
C 3 9015 00333 793 1
University of Michigan – BUHR

Dr. [illegible]

Medicinische Woche

mit der Beilage

Therapeutische Rundschau.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

Herausgeber:

R. Deutschmann, Hamburg. **A. Dührssen**, Berlin. **A. Hoffa**, Berlin. **E. Jacobi**, Freiburg i. Br. **R. Kobert**, Rostock. **M. Koeppen**, Berlin.
K. Partsch, Breslau. **H. Rosin**, Berlin. **H. Schlange**, Hannover. **H. Senator**, Berlin. **R. Sommer**, Gießen. **H. Unverricht**, Magdeburg. **A. Vossius**, Gießen.

Redaktion der Medicinischen Woche:
Dr. P. Meißner, Berlin.

Redaktion der Therapeutischen Rundschau:
Dr. H. Lungwitz, Berlin.

Jahrgang 1907.



Halle a. S. 1907.
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

Sach-Register der Medicinischen Woche.

Originalartikel.

Feuilleton.

Bücherbesprechung.

Sitzungsberichte.

Berlin.

Hamburg.

München.

Freiburg.

Breslau.

Oesterreich.

Congresse.

Neue Entscheidungen des Reichsgerichtes.

Nekrologe.

Standesfragen.

Monatsschau.

Periodische Literatur.

A.

B.

C.

D.



E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

Y.

Z.

Namen-Register.


Digitized by Google

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Sach-Register der „Therapeutischen Rundschau“.

Originalartikel.

Technische und pharmaceutische Neuigkeiten.

Periodische Literatur.



Neuere Arzneimittel.

Bücherbesprechung.

Patente und Erfindungen.

Allgemeines.

Namen-Register.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. 14. — Verlag: Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P. Meißner.

Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 7. Januar 1907. Nr. 1.

Die „Medicinische Woche“ erscheint jeden Montag und kostet vierteljährl. 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Der heutige Stand der Wochenbettpflege.

Nach einem in der medicinischen Gesellschaft zu Giessen gehaltenen Vortrage

von

Dr. Kroemer, Privatdozent zu Giessen.

Am 30. September v. Jahres wurde in Budapest das Semmelweis-Denkmal vor einer glänzenden internationalen Gesellschaft enthüllt. Dem Apostel der Desinfektionslehre ist von seiten seiner Vaterstadt eine reiche, wenn auch späte Ehrung zu Teil geworden. Zu dem schon bestehenden Ehrengrabmal gesellen sich nunmehr eine Gedenktafel am Geburtshause des grossen Mannes und das imponierende Standbild. — Als schönste Ehrengabe legte der Festredner: „Tiberius von Györy“ die Neuausgabe von Semmelweis' gesammelten Werken an dem Denkmal nieder. Semmelweis war in Ofen geboren und Budapest, bezw. Ungarn demnach zunächst verpflichtet zur ehrenden Anerkennung des Toten. Wir wollen es dem Nationalstolz Ungarns zu Gute halten, dass Semmelweis in erster Linie als Sohn der ungarischen Nation gefeiert wurde. Wie Semmelweis als Arzt und Forscher internationaler Kosmopolit war, so ist auch seine Lehre internationales Gemeingut geworden. In Wien betrieb er seine Studien als Student und Arzt, in deutscher Sprache schrieb er seine Werke, und Lehren englischer Geburtshelfer suchte er sich zu eigen zu machen, ebenso wie später Lister bekannt hat, dass die Grundlagen seiner Lehre von Semmelweis geschaffen worden seien. Wahrlich, es hätte der Denkmalsaufrichtung nicht bedurft, um das Andenken an diesen Mann lebendig zu erhalten. Dafür bürgt seine Persönlichkeit und sein Märtyrerschicksal. Er rang vergebens nach Anerkennung. Verfolgt von Neid und Uebelwollen starb er am 13. August 1865 in geistiger Umnachtung an den Folgen einer Pyaemie. Er erlag demselben Leiden, das er so lange und erfolgreich bekämpft hatte. Heute findet sich sein Bild in allen geburtshilflichen Hörsälen, nicht als toter Besitz, sondern als lebendige Mahnung. Ja man kann sagen: „Das Lebensbild von Philipp Ignaz Semmelweis gehört mit zu den idealen Gütern, welche der angehende Arzt aus der Geschichte der Medicin erwirbt zu dauerndem Besitz!“

Uns aber mahnt es zu rastlosem Streben, seinen Kampf gegen das Puerperalfieber zu dem unsrigen zu machen, denn das Puerperal-Fieber ist zwar reduziert, aber nicht ganz erloschen. — Vielleicht lohnt es sich, zunächst einen vergleichenden Rückblick auf den Ausbau der Semmelweisschen Lehre und ihre Erfolge zu werfen.

Was haben wir erreicht seit Semmelweis und: Welche Aufgaben haben wir noch zu erfüllen?

Wir können uns heute keine Vorstellung mehr machen von den traurigen Verhältnissen, welche um das Jahr 1840 in den klinischen Gebärhäusern herrschten, als zeitweise 31 von 100 Entbundenen an Puerperalfieber starben. Semmelweis konnte durch Bekämpfung der Keimeinschleppung die Mortalität bis auf 1:100 herabdrücken. Da seine Lehre zunächst nicht befolgt wurde, blieb die allgemeine Mortalität noch erschreckend hoch. Nach Ahlfelds Angaben fieberten in der Leipziger Entbindungsanstalt um das Jahr 1868 von 100 Frauen 87, und 4—5 erlagen der Infektion. Die durch Lister wieder erweckte Desinfektionslehre besserte sofort die Resultate.

So waren im Zeitalter der absoluten Antisepsis (1875—1883) in Giessen z. B. die entsprechenden Zahlen für die puerperale Morbidität = 30—40%. Für die Mortalität = 1,33% entsprechend der von Dohrn für die damalige Zeit berechneten Anstaltsmortalität von 1,37%. Noch immer war in Anstalten der Wochenbettsverlauf ein weniger günstiger als in der Privatpraxis, für welche Dohrn damals 0,7% als Mortalitätsquote berechnete. Die moderne Asepsis in ihrer Uebertragung auf die Geburtshilfe hat das Verhältnis umgekehrt. Für die Giessener Klinik beträgt jetzt die puerperale Mortalität 0,07%, für ganz Hessen 0,3%. Nunmehr ist die Klinik die Zuflucht aller schwierigen Fälle geworden und mit Recht: denn heute ist nach der allgemeinen Erfahrung die puerperale Mortalität in den Kliniken mit ihrer rigoros durchgeführten subjektiven Asepsis, auf 0,06 im Durchschnitt gesunken (in Giessen 1900—1905 = 0,07%). Nach Ahlfelds umfassenden Berechnungen sterben auf 10 000 Geburten etwa 60 Frauen, darunter 25—30 an Infektion.

Diesen gewaltigen Fortschritt verdanken wir der Beachtung des Semmelweis'schen Lehrsatzes: „Das Puerperalfieber entsteht durch Infektion von aussen her.“ Die puerperale Infektion wird daher vermieden durch Vernichtung des Ansteckungsstoffes, d. h. durch die Desinfektion. Sie alle wissen, dass wir das von Semmelweis und Lister erworbene Gut nicht einfach hingenommen, sondern im wahrsten Sinne des Spruches von neuem erworben haben.

Sie wissen und haben es zum Teil mit angebahnt, dass wir die Asepsis heut verschärfen durch das Gebot der Noninfektion und der prophylaktischen Desinfektion und Suspension, sobald eine Desinfektion wahrscheinlich geworden ist.

Sie wissen, dass wir unsere Hände frei halten von allen möglichen Infektionsquellen, ja dass wir die subjektive Desinfektion unserer Hände bis zur absoluten Keimfreiheit steigern können durch den Gebrauch der Gummihandschuhe. Wir haben heute mit Recht auch unsere Ansprüche gesteigert. Wir fragen nicht allein: „Wie können wir unsere Gebärenden vor Ansteckung schützen?“ Dieser Schutz scheint uns selbstverständlich, sondern wir wollen unsere Prophylaxe auf alle Schädigungen ausdehnen, welche durch das Gebärgeschäft mittelbar oder unmittelbar eintreten und die Arbeitsfähigkeit des Individuums herabsetzen könnten; denn das Fortpflanzungsgeschäft ist für die meisten Frauen mit einer Reduzierung ihrer Körperkräfte und ihres wirtschaftlichen Wertes verbunden, welche auch ohne In-

fektion eintritt als Folgen der Graviditäts- bezw. Geburtsveränderungen des mütterlichen Körpers. Die Schwangerschaft als Tragzeit, die Geburt und das Wochenbett stellen eben an den Körper der Mutter hohe Anforderungen. Die Leistungsfähigkeit der grossen parenchymatösen Organe, insbesondere der Nieren und der Leber, die Herzkraft, die Festigkeit und Elastizität der Bauchwände und des Beckenbodens werden auf eine harte Probe gestellt. Die Geburt allein erfordert eine bedeutende Kraftleistung von seiten der Frau. Sie ist stets mit einer Reihe von Verletzungen, Gewebszerreissungen verknüpft, die den an sich normalen Vorgang mit Leichtigkeit zu einem pathologischen machen können.

Entsprechend der besseren oder schlechteren Widerstandskraft des Körpers werden somit die Kreissenden auch bei normalen Spontangeburten die Folgen der Ueberanstrengung verschieden leicht überwinden. Es ist bekannt, dass nach einem anstrengenden Uebungsmarsch unter 100 Soldaten ein gewisser Prozentsatz mit Temperatursteigerung und Albuminurie, bezw. Cylindrurie reagiert. Geradeso sehen wir unter der Geburt die gleichen Erscheinungen der Ueberanstrengung manifest werden. Mit anderen Worten: Die Geburt ist ein so eingreifender Vorgang, dass das Ausbleiben jeder Reaktion im Wochenbett nicht zu erwarten steht. Nur wird die Grösse der Reaktion und die Leichtigkeit, mit welcher die Individuen selbige überwinden, graduell verschieden sein. Dem entspricht schon das subjektive Befinden der Wöchnerinnen; die einen fühlen sich nach Ueberwindung der ersten Ermüdung vollständig gesund, die andern schwach und krank. Dem entspricht auch unsere objektive klinische Erfahrung. Nehmen wir unsere gewöhnliche Methode zur Feststellung klinischer Störungen, die Temperaturmessung, als Grundlage unserer Betrachtungen, so ist die Summe aller Störungen im Wochenbett, d. i. die Gesamtmorbidität, niemals gleich Null, sondern es fiebern unter 100 Wöchnerinnen nach den Statistiken der besten Kliniken 15 bis 30. In Giessen betrug in den letzten Jahren die Summe aller Fieberfälle 15,6% (Achselhöhlenmessung!). Bei Ausschaltung aller Infektionsmöglichkeiten, d. i. bei Vermeidung jeder Berührung der Kreissenden durch Pflegerin oder Arzt, wird diese Morbidität im allgemeinen nicht herabgesetzt. Die praecipitierten Geburten der Giessener Anstalt haben sogar eine gesteigerte Morbidität von 18—34,5%. Auch die Steigerung der subjektiven Asepsis zur absoluten Keimfreiheit der Hände durch den Gebrauch der Gummihandschuhe hindert nicht die letzten restierenden Fieberquoten. Alle diese bemerkenswerten Tatsachen zwingen uns immer und immer wieder, ausser den subjektiven Maßnahmen auch das Objekt (die Schwangere selbst, bezw. die Kreissende oder Wöchnerin) ins Bereich unserer Betrachtung zu ziehen.

Die Morbidität, das ist die Summe aller Fieberfälle im Wochenbett ist eine gemischte Zahl, in welcher genitale und extragenitale Erkrankungen eingeschlossen sind.

Die Abgrenzung der reinen Genitalfieber gegenüber den Extragenitalstörungen ist sehr schwierig; offenbar aber haben wir auf diesem Gebiete grosse Fortschritte gemacht. Es scheint, dass die reine Genitalfieberquote, die sog. reducierte Morbidität allmählich an den verschiedenen Kliniken sich gleich stellen will. In Giessen beträgt sie 7,2%! Diese letzten Störungen des Wochenbetts sind für gewöhnlich nur leichte Erkrankungen und offenbar mehr als Intoxikation wie als Infektion aufzufassen; allein in Ausnahmefällen kann aus der harmlos scheinenden Erkrankung: „dem Fieber im Wochenbett" ein echtes Puerperalfieber entstehen auch bei subjektivster Asepsis, auch bei nicht berührten Individuen. Die Infektionsmöglichkeit besteht also im Wochenbett auch ohne Verschulden der Geburtsleitenden oder der pflegenden Personen. Wenn die ektogene Keimeinschleppung (Semmelweis) als Puerperalfieberquelle die Regel darstellt, so wird die endogene Keiminvasion als seltene Ausnahme die Regel bestätigen. Diese lang bekämpfte Anschauung Ahlfelds und anderer Kliniker wird immer mehr durch Belege gestützt. Auch unsere eigenen Erfahrungen sprechen im gleichen Sinne. Diese Tatsache hat ja für uns nichts Erschreckendes. Unter den letzten Zahlen von Puerperalfiebertodesfällen (nach Bumm 4—5000 jährlich in Preussen) stellen die endogenen Infektionen einen verschwindend kleinen Anteil. Sie sind für die Rechnung quasi gleich Null zu setzen. Maßgebend für unser Handeln bleibt die enorme Differenz gegenüber der vorantiseptischen Zeit, welche die Statistik unserer Tage durch die Vermeidung der ektogenen Infektion erreicht hat.

Nach Ahlfeld sterben also von 10000 Wöchnerinnen heutzutage etwa 60, und davon wieder 25—30 an puerperaler Infektion. Die Mortalität unserer Anstalt an Puerperalfieber beträgt 0,07%, bei Betrachtung der letzten grösseren Berechnung. Ich brauche nicht hinzuzusetzen, dass diese letzte Summe so gut wie nie durch ein Verschulden der Klinik zu erklären ist.

An allen Anstalten werden, wie bei uns, lange Zeiten — Jahre — vergehen, in welchen die reduzierte puerperale Mortalität des Anstaltsmaterials gleich Null ist — bis wieder die eine oder andre Erfahrung uns mahnt, dass das Puerperalfieber zwar eingeschränkt ist, aber noch immer nicht als überwundener Standpunkt gelten kann. — Solche mahnenden Fälle halten den Kliniker mit Recht fortgesetzt unter Waffen gegenüber dem gefürchteten Feind. Gibt es doch heute noch unter den Vertretern der Seuchentheorie intelligente Köpfe, welche die Puerperalfieberfrage mit der epidemischen Virulenz-Steige-

Feuilleton.

Eine Reise auf der „Amerika" nach Amerika.

Von Dr. **Clemm**-Darmstadt.

Ich ergriff gerne die mir gebotene Gelegenheit, auf dem berühmten Riesendampfer, der eine Zeitlang zu den heutigen Tages so rasch im Wettbewerb wechselnden Weltwundern gehört hat, eine Studienreise zur Erforschung einer bestimmten Art der Seekrankheit zu machen.

Am 23. Mai lichteten wir, nachdem zwei Dampfer die nahezu 3000 Zwischendecker an Bord gebracht hatten, die Anker an der Ankerstelle oberhalb Cuxhavens und nahmen folgenden Tages zwei Sonderzüge mit den Passagieren erster und zweiter Klasse auf. Eingerechnet etwa 600 Mann Besatzung (worunter ungefähr 160 Kellner, „Stewards") setzte sich dann diese schwimmende Stadt mit ca. 4000 Einwohnern in Bewegung, um am Vormittag des folgenden Tages in Dover in den Hafen mit einer Eleganz und Sicherheit der Steuerung, wie sie bei dem Koloss wunderbar erscheinen muss, einzulaufen. Die ganz flache Bucht, welche ihre Bedeutung als Dampfschiffslände zunächst wohl nur dem Umstand verdankt, dass ihr gegenüber, auf dem kürzesten Seewege erreichbar, der französische Küstenhafen von Calais liegt, steht im Begriff, sich durch künstliche Hafenmauern in einen mächtigen Kriegshafen zu verwandeln: Es sind ja ein paar Stunden Fahrt näher von dieser vorgeschobenen Ostecke von Englands Südküste aus nach dem von England so maßlos gefürchteten Deutschland, dessen Erwähnung auf den langgliedrigen, phlegmatischen Inselbewohner wirkt wie ein rotes Tuch auf den Puter oder den Bullen: Eine Deutschenfurcht, einen Deutschenhass hegen diese wackeren Vettern dort drüben, weise genährt von ihrem edlen Könige, dem „ersten Gentleman" in Bezug auf Hosen- und Westenschnitt, dass es trotz der traurigen Verblendung, die sich darin zeigt, lächerlich wirkt!

Die starrende Südküste dieses wunderbar von der Natur geschützten Landes weist mit ihren jähen Kalkschroffen jeden Landungsversuch zurück, und die Reihe der, zum Teil vortrefflichen, Häfen ist in gleichen Abständen durch Riesenkriegshafen unterbrochen, von denen Plymouth, Dover nach seiner Fertigstellung und Portsmouth die West-Ostecke und Mitte markieren.

In Dover ragt hoch auf dem steilabfallenden Schlossberge ein noch prächtig erhaltenes altes Normannenschloss mit seinen himmelanragenden Steilmauern — unwillkürlich sieht man in der Architektur der New Yorker „Wolkenkratzer" die Motive aus jenen Bauten längst verschollener Zeiten wieder aufleben

rung oder -Schwächung des Infektionserregers erklären wollen. — Die Erfahrungen aller Kliniker berechtigen uns, diese Furcht vollständig fallen zu lassen. Der Genius loci et temporis verschwindet aus den Anstalten. Wir sahen zuweilen unsere Anstalten von zahlreichen fiebernd von Aussen eingelieferten Fällen in Anspruch genommen, — an jeder geburtshilflichen Klinik wird eine solche Infektionsabteilung für Puerperalfieberfälle offen sein, — aber nie kommt eine Uebertragung des Puerperalfiebers von solchen eingeschleppten Fällen auf die Wochenstation zustande. Die Isolierung der Puerperalfieberfälle und die gute aseptische Schulung des Personals in dem Prinzip der Noninfektion ermöglicht es uns, jeden Krankheitsherd lokal zu beschränken und die Haus-Endemieen zu vermeiden.

Betrachten wir die Summe aller Fieberstörungen im Wochenbett, in welcher ja die letzten, schweren Erkrankungen auch eingeschlossen sind, von der Seite der klinischen Verantwortlichkeit, so stehen wir sofort vor der Frage: Ist es genug, zur Zeit der Geburt oder im Wochenbett den ganzen Apparat subjektivster Asepsis in Szene zu setzen, oder können wir auch das Objekt prophylaktisch unter günstigere Bedingungen setzen? Praktisch wird ja an allen Kliniken allgemeine Prophylaxe geübt. Das Prinzip der Noninfektion wird ganz besonders auf Hochschwangere ausgedehnt, welch letztere nicht mit septischen Stoffen in Berührung kommen, nicht mehr touchiert werden und Belehrung über die Gefahr der Selbst-Touchierung erfahren etc. Die allgemein gültige Regel: ein zum Kaiserschnitt bestimmter Fall darf in den letzten Wochen nicht mehr innerlich untersucht werden, ist auch heute noch zu Recht bestehend. Auch die Gummihandschuhe haben darin nichts geändert. Die allgemeine Morbidität, vor allem die Extragenitalfieber, werden bekämpft durch Verbesserung der hygienischen Bedingungen und durch Zwangserziehung zur Körperpflege (Prophylaxe der Mastitis!), endlich durch Beachtung der Eklampsie-Prodromalerscheinungen. Leider herrscht nicht dieselbe schöne Einigkeit in der Frage der zulässigen oder zu verwerfenden prophylaktischen Scheiden-Desinfektion. Auf der einen Seite stehen nach wie vor die Vertreter der lokalen Desinfektion (Ahlfeld, Hofmeier), auf der anderen die Vertreter der Anschauung von den physiologischen Schutzkräften des Genitalschlauches (Krönig, Menge, Doederlein), welche jeden Desinfektionsversuch als grobe Störung der natürlichen Schutzvorrichtungen verwerfen. Das Studium der einschlägigen Arbeiten (vergl. Baisch, Archiv f. Gyn. 79, 2!) lässt einen praktischen Schluss nicht zu. Auf der einen Seite steigert sich bei prophylaktischer Desinfektion die Morbidität um das doppelte, während die Gegner durch die prophylaktische Scheidendesinfektion ihre Wochenbettsmorbidität herabdrücken und beim Unterlassen der Scheidenspülungen ihre Morbidität etwa auf das doppelte anschwellen sehen. Die Verhältnisse jeder Anstalt sind eben etwas so spezifisches, dass die Erfahrungen eines Jeden zunächst nur für ihn selbst Gültigkeit haben, bezw. immer in Rücksicht auf sein eigenes Material und die sonstigen Umstände zu werten sind. Immerhin möchte ich nicht verfehlen, darauf hinzuweisen, dass die Morbidität nach praecipitierten Geburten bei Frauen, welche nicht mehr unserer gemäßigten Geburts-Prophylaxe (Clysma, Bad, Sublimatdesinfektion der äusseren Genitalien) unterzogen werden konnten, an unserer Anstalt erheblich höher liegt, als die der prophylaktisch Behandelten (34,5% gegenüber 15,6%). Dieses Resultat scheint mir besonders wertvoll, weil es in einem wie im anderen Falle ohne Behandlung der Scheide unter der Geburt gewonnen wurde. Es demonstriert gewissermaßen ad oculos die Harmlosigkeit des Bades und die Wichtigkeit der Damm-, bezw. der Vulvakeime. Die Vertreter der physiologischen Selbstreinigung der Vagina machen mit Recht darauf aufmerksam, dass eine Sublimatausreibung der Vagina, welche ja überhaupt nicht keimfrei gemacht werden kann, mehr schadet (wenigstens intra partum und in puerperio) als nutzt. In dieser Zeit würden wir Sublimatspülungen schon wegen der Gefahr der Sublimat-Resorption vermieden wissen wollen. Aber darum bleibt doch zweifellos die individuelle Verschiedenheit der lokalen Scheiden-Verhältnisse bestehen.

Von einem sichern Selbstschutz und einer Selbstreinigung der Scheide kann man heute wohl nicht mehr mit absoluter Ueberzeugung reden, nachdem der nahezu regelmäßige Befund von Vaginal-Streptococcen bei schwangeren und nicht schwangeren Frauen von den verschiedensten Seiten berichtet wird. Die Streptococcen, welche von der Aussenwelt in die Vagina eingeschleppt worden sind, verschwinden nicht, wie man früher wohl anzunehmen geneigt war, sondern sie passen sich als fakultative Anaërobier dem veränderten Medium an. Die Beobachtungen mehren sich, welche der Ahlfeldschen Behauptung einer möglichen Virulenzänderung der Coccen, also einer endogenen Infektion in puerperio das Wort reden. Die Schutzkräfte der Scheide sind eben individuell verschieden, sie sind vor allem dann mangelhaft, wenn vorhergehende Erkrankungen die Vagina verändert haben. Die krankhaft veränderte Scheide reagiert durch veränderte Sekretion, durch pathologischen Scheidenfluor. Man hat viel über die Berechtigung gestritten, ob man bei der groben Einteilung: normales und pathologisches Scheidensekret bleiben solle. Nach meiner Ansicht ist nichts Einfacheres und Verständlicheres darüber geschrieben worden als Doederleins erste Veröffentlichungen über das Scheidensekret.

(Fortsetzung folgt.)

— und daneben steht ein halbverfallener Turm aus noch weit älteren Zeiten, er weist auf die Befestigung der britischen Küste durch die gewaltigen Welteroberer, die Römer, zurück. Oede genug liegt im Sonnenglast der von kurzem dürrem Gras bestandene baumlose Hang da, an dessen Fuss sich die Badestadt mit ihrem Strande schmiegt. In mächtigen Bogen ziehen sich von Ost und West her die gewaltigen Seemauern, welche den Hafen bilden und an deren östlicher noch eifrig gearbeitet wird.

Der Unerfahrene sieht wenig Kriegerisches an den Anlagen: Ein paar veraltete Kasematten und steinerne Festungsanlagen sehen wenig furchterweckend aus; doch darin liegt gerade das Furchtbare dieses hochmodernen Kriegshafens: Vollkommen harmlos erscheinende Terrassierungen der Hänge, fast wie Weinbergsanlagen sich dem Auge darbietend, bergen die maskierten Festungsanlagen, welche eine feindliche Flotte, die kühn und — dumm genug wäre, ihnen zu nahen, den Untergang bereiten müssten. Und dennoch hat das grosse Flottenmanöver der englischen Flotte, das ich auf der Rückreise mitzumachen das Glück hatte, zur Landung der Angriffsflotte geführt!

Wenig Schiffe lagen in Dover und wir lichteten nach Aufnahme der englischen Passagiere, welche wir gegen eine beträchtliche Zahl von Hamburg nach England reisender eintauschten, die Anker, um an der Nordspitze Frankreichs den Kriegshafen Cherbourg anzulaufen, wo die Elite der Passagiere, die reichen von Paris kommenden Amerikaner, und vor allem die des Kanals kurze rollende Wellen fürchtenden alten Praktiker, an Bord kamen. — — —

Nebel! Dies furchtbare Ungetüm, welches in der engen, von tausend Schiffsrouten durchkreuzten Fahrstrasse des Kanals so viele Opfer fordert, machte diese Kanalfahrt zu einer wenig erquicklichen. Auch auf dem Ocean hatten wir viel damit zu kämpfen und das von der Kommandobrücke aus minutlich in Tätigkeit gesetzte Nebelhorn, die Dampfsirene, brüllte uns ein übles Reiselied. Und doch wieder, ein fesselndes Bild, solch eine Nebelbank: Bei hellem, klarem Wetter fährt das Schiff seine Strasse in der endlosen Wasserwüste dahin, in mächtiger Ferne sind die Mastspitzen und Schornsteine anderer Ozeanschwimmer zu sehen, nur vor uns, da liegt es dick und gelb, wie der Rahm auf der Vollmilch, über den Wassern; näher und näher kommen wir dem gelben Streifen, da plötzlich wirds unsichtig um uns, und wir sehen nicht mehr auf Schiffslänge voraus! Dumpf dröhnt der Mahnruf der Sirene, ihm antwortet dort und da ein gleicher aus dem Nebel; der Marconidraht fängt anderer Atlanticfahrer Nachrichten von da und dort her auf; mit langsamer Fahrt gehts weiter, die wasserdicht schliessenden Schottentüren in allen Decks schlussfertig bereit gemacht, was auf ängstliche Gemüter sehr beunruhigend wirkt, nach Schiffbruch schmeckt. Der diensthabende Offizier wird alsbald zur „Nebelkrähe“ ernannt und der Navigationsoffizier

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynaekologie zu Berlin.

Sitzung am 9. November 1906.

Vorsitzender: Herr Keller.

Vortrag des Herrn Gerstenberg: Meine ersten Erfahrungen mit Bier'scher Rückenmarksanaesthesie.

Nach Demonstration des Instrumentariums, Beschreibung der einschlägigen Präparate und einem kurzen historischen Ueberblick berichtet G. über sieben eigene Fälle.

1. 60jährige Frau mit cystischem Tumor. Im Sitzen zwischen dritten und vierten Lendenwirbel punktiert. 10 ccm Cerebrospinalflüssigkeit abgelassen, 2 ccm = 0,08 Stovain + 0,25 mg Adrenalin injiciert. Zehn Minuten später 3/4 Stunden lang anhaltende Anaesthesie. Zum Schluss noch eine Stunde lang Narkose mit 25 g Choroform. Später Wohlbefinden.
2. 38jährige Frau mit Myom. 6 cg injiciert. Vaginale Totalexstirpation. Anaesthesie nicht vollständig. Chloroform. Später Schmerzen im Rücken.
3. 24jähriges Mädchen mit spitzen Condylomen. Im 2. Interarcualraum 15 ccm. Flüssigkeit abgelassen, 7 cg. Stovain und Epirenan injiciert. Anaesthesie vollständig bis zum Pectoralis major.
4. 24jährige Multipara mit Abort. Zwischen 3. und 4. Interarcualraum 6 cg injiciert. Hegardilatation und manuelle Ausräumung. Dysurie.
5. 45jährige Frau mit Dermoid. 7 cg injiciert. Anaesthesie reicht bis zur Absetzung des Tumors, dann 1 Stunde lang Chloroform.
6. Im 2. Interarcualraum 0,04 injiciert. Zunächst Anaesthesie, dann 20 g Aether und 25 g Chloroform. Pulsverlangsamung.
7. Skoliose. Punktion gelang nicht.

Mithin nur in zwei Fällen voller Erfolg, viermal Narkose notwendig, 1 Misserfolg.

G. empfiehlt das Verfahren für Carcinom- und Myomoperationen, besonders bei Komplikation mit Herzerkrankungen als Chloroform-sparend. Kontraindiciert bei Fieber aus unbekannter Ursache, bei Bestehen eitriger Erkrankungen und bei übergrosser Aengstlichkeit.

Wichtig ist sorgfältige Technik, genaue Dosierung, Vermeidung extremer Beckenhochlagerung.

Ueble Ausgänge sind: Dauernde Beinlähmung, Cystitis und Pyelitis.

Zum Schluss Demonstration der einschlägigen anatomischen Verhältnisse.

Diskussion: Herr Moraller macht noch darauf aufmerksam, dass bei der Sterilisation der Instrumente Soda sorgfältig zu vermeiden ist, da die Präparate sonst völlig unwirksam werden. Er hat oft lang anhaltende heftige Kopfschmerzen und Blasenstörungen im Gefolge der Rückenmarksanaesthesie beobachtet.

Herr Strassmann erwähnt, dass von Komplikationen auch einmal eitrige Meningitis beobachtet worden ist. Auf Grund seiner eigenen Erfahrungen, die auf 15 Fällen basieren, rät er, nicht im Sitzen zu injicieren und die Verwendung von Chloraethyl zu vermeiden. In drei Fällen erwies sich nachträgliche Inhalationsnarkose als notwendig, viermal hat er die Anwendung von Morphium und Scopolamin mit der Stovaininjection kombiniert.

Herr Bröse hat nach der Anwendung von Scopolamin-Morphium zwei Todesfälle ohne nachweisbare Ursache (bei der Sektion) gesehen.

Herr Keller glaubt, dass die Rückenmarksanaesthesie für die Geburtshilfe wegen der Ausschaltung der Bauchpresse wenig geeignet sein wird; er hält sie auch bei geburtshilflichen Fällen für völlig entbehrlich, weil ja Schwangere nur sehr wenig Chloroform brauchen und dasselbe gut zu vertragen pflegen.

Herr Gerstenberg: Schlusswort.

Sitzung am 23. November 1906.

Vorsitzender: Herr Keller.

I. Demonstrationen.

1. Herr Strassmann: Versteinerter Ovarialtumor.

III. Para, in der letzten Gravidität mehrfach untersucht, ohne dass Besonderheiten gefunden wurden. Während der Geburt auffallend stürmische Wehen, Symptome drohender Uterusruptur. Die Untersuchung ergab einen fest an der Beckenwand liegenden knochenharten Tumor, der für eine Beckenexostose gehalten wurde. Zangenversuch gelang nicht. Bei nochmaliger Untersuchung von Vagina und Rectum aus liess sich dann der Tumor hochschieben. Forceps-Entwickelung eines lebenden Kindes mit tiefer Impression am Schädel. 11 Monate post partum Exstirpation des Tumors, der sich als ein reichlich hühnereigrosses, vollständig verkalktes Ovarium erwies. Nur noch wenig Ovarialparenchym vorhanden. Seltener Fall, nur ein ähnlicher von Kleinwächter beschrieben.

Diskussion: Herr R. Meyer. Derartig starke Verkalkungen kommen nur bei Tuberkulose und bei Cystadenom vor. Hier handelt es sich jedenfalls um ein Cystadenom, dessen Struktur man nach der Entkalkung deutlich sehen dürfte.

---

stöhnt und seufzt nach einem Sonnenblick, um seine Sextantenmessungen vornehmen zu können, um seine Längen- und Breitenbestimmungen zu machen; des Kapitäns behagliches, bei schönem Wetter so überaus bequemes Leben zeigt sich dabei stark von der Schattenseite, denn im Nebel muss er auf die Brücke, und in Nordsee oder Kanal gar, auf der Bank von Newfoundland oder im Fahrwasser vom New Yorker Hafen, nachdem er um den „Sandhaken“, Sandy Hook, herumgelenkt hat, muss er eben dort ausdauern, wenn sein bequemes Bett und sein hocheleganter Salon auch noch so sehr locken! An einem Tage war die See dermaßen rauh, dass mir auf Deck im Vorderschiff, „auf der Back“, mehrere Stockwerke hoch über Wasser stehend, zwei Sturzseen rasch nach einander die Wiedertaufe gaben und ich nass bis auf die Knochen abzog. Eine Unterbrechung des alltäglichen Lebensganges an Bord brachte die Impfung der ca. 3000 Zwischendecker, welche an einem Vormittag von uns drei Aerzten vorgenommen ward. Einem Schiffsarzt wird „in die Fixigkeit“ wohl kein anderer Impfer „über“ sein, so etwas lässt man sich an Land nicht träumen. Und wie die Burschen sich zu drücken suchen, wie kleine Kinder lieblich dabei lächeln und stämmige Weiber oder Kerle heulend quietschen — ein Schauspiel, das mitgemacht zu haben, ein lebendiger Quell komischer Erinnerungen bleibt!

Im Nebel, von Eismassen umgeben, welche durch den Temperatursturz des Wassers von 21° auf 9° und durch schwimmende Nebelballen sich kenntlich machten, von denen ein gewaltiger Eisberg laut von der „Kaiserin Augusta Victoria“ erhaltenem Marconitelegramm — denn Marconis Geschäftsinn hat sich so viele Dampferlinien und Küstenstationen gesichert, dass selbst deutsche Schiffe nur mit „Maccaroni“ arbeiten können — von dieser gesichtet ward, schwammen wir in der Nacht über die Bank von Newfoundland und fuhren dann im dicksten Nebel um Sandy Hook herum, zwischen den vorgelagerten Inseln Long-Island und Staten Island dem herrlichen Hafen von New York zu, auf verhältnismäßig gar engem Fahrwasser, von Heul-, Glocken- und Lichtbojen dicht umsäumt, mit Leuchtfeuern aller Art gekennzeichnet. Für solch trübes Wetter geben die draussen verankerten Leuchtschiffe ihre Unterseeglockensignale ab, welche die mit Empfängern versehenen grossen Ozeaner, wenn ihnen das Licht nicht durch die Nebelwand bricht, aufnehmen, um ihre Fahrtrichtung zu behalten.

Es ist heute so wunderbar vielfältig gesorgt für die Sicherheit der Seefahrt und solche Riesen von ungeahnter Grösse bieten derartigen Schutz gegen ein dennoch eintretendes Unglück, dass sicherlich die Reise auf einem solchen weniger Gefahren in sich birgt, als eine Fahrt auf der Eisenbahn sie mit sich bringt.

(Fortsetzung folgt.)



2. Herr Stöckel: In die Blase eingewanderter Tupfer:

Patientin hat im Mai d. J. anderwärts eine Perityphlitisoperation mit gleichzeitiger Exstirpation beider Ovarien durchgemacht. Die Bauchwunde heilte damals nicht primär, sondern soll immer wieder gefistelt haben. Später wurde eine Blasenscheidenfistel konstatiert, die sich angeblich spontan geschlossen hat. Jetzt bestand eine Fistel der Bauchnarbe, bei deren Aetzung mit Argentum der Urin milchig-weiss getrübt wurde. Da demnach eine Kommunikation mit der Blase angenommen werden musste, wurde die Pat. cystoskopiert. Dabei fand sich ein polypöses, inkrustiertes Gebilde an der Seitenwand der völlig reizlosen Blase. Nach mehrfachen Versuchen gelang es, dasselbe mit einer gebogenen Zange zu fassen und in Gestalt eines Tupfers in die Blase hinein zu ziehen und von da per urethram nach aussen zu entfernen. Die zunächst ziemlich starke Blutung stand nach einer kalten Spülung. Eine nach drei Tagen vorgenommene cystoskopische Untersuchung der Blase ergab nur noch einen feinen, schmalen Spalt. Patientin ist jetzt beschwerdefrei. Merkwürdig an dem Fall ist, dass der Tupfer nicht den durch die Fistel präformierten Weg durch die Bauchwunde, sondern den durch die Blase gewählt hat, ferner, dass die Patientin keine Cystitis hatte und endlich, dass es der erste Fall ist, in dem die Tupfereinwanderung im Beginn beobachtet werden konnte.

3. Hr. Blumreich: Fieberkurven einer Schwangeren.

Patientin, eine 23jährige II. gravida, erkrankte fünf Wochen ante partum mit Fieber und Schüttelfrösten, für die die behandelnden Internisten absolut keine Ursache feststellen konnten. Behandlung mit Chinin, Collargol etc. war ohne Erfolg. Auch die gynaekologische Exploration verlief völlig resultatlos. Da das Fieber anhielt, entschloss sich B. zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt, die auch ein lebendes Kind lieferte. Während der Hystereurynther lag, erreichte die Temperatur ihren höchsten Grad (41,5), um dann plötzlich und dauernd abzufallen. Patientin ist seitdem — seit zehn Monaten — völlig gesund. Die bakteriologische Untersuchung der Placenta ergab ein negatives Resultat, das Fruchtwasser war nicht übelriechend. Während der Geburt wurde durch Venenpunktion Blut entnommen, dessen bakteriologische Untersuchung ausser Staphylococcen auch spät wachsende Streptococcen ergab. Dies war der einzige positive Befund, für den man ev. einen Zusammenhang mit einer im Beginn der Erkrankung bestehenden leichten Angina annehmen kann. Wie ist aber die Heilung durch die Geburt zu erklären? Am plausibelsten erscheint B. die Annahme, dass die baktericide Wirkung des mit der Geburt verbundenen Blutverlustes — Leukocythose, Anregung der Antitoxinbildung und der Haemolyse — hierfür verantwortlich zu machen ist. Erkennt man die Streptococcen als Ursache des Fiebers nicht an, so bliebe noch zur Erklärung derselben die Annahme einer Intoxikation mit Schwangerschaftsprodukten übrig.

Diskussion: Herr Hense hat einen ganz ähnlichen Fall beobachtet.

Herr Liepmann bedauert, dass die Placenta nicht biologisch untersucht worden ist. Bei seinen Versuchen hat er durch Injektion von Placentaraufschwemmungen sehr hohe Temperatursteigerungen hervorrufen können. Er nimmt an, dass die Schwangerschaftsprodukte einen erregenden Einfluss auf die Temperaturzentren des Grosshirns ausüben.

Herr Aschheim berichtet über einen ähnlichen Fall, in dem die bakteriologische Untersuchung des Fruchtwassers Diplococcen — wahrscheinlich Gonococcen — ergab.

Herr Keller fragt an, ob der Urin nur einmal oder des öfteren auf Pyelonephritis untersucht worden ist. Man findet häufig trotz des Bestehens einer solchen tagelang normalen Urin.

Herr Blumreich: Pyelonephritis kommt in seinem Fall sicher nicht in Betracht, da der Urin 11—12 mal untersucht worden ist. Auch Fruchtwasserinfektion glaubt er mit Sicherheit ausschliessen zu können. Die Entstehung durch Infektion hält er für wahrscheinlicher als die durch Intoxikation.

II. Vortrag des Herrn Liepmann: Zur Aetiologie der Placenta circumvallata und marginata. (Mit Demonstrationen am Epidiaskop.)

In einem historischen Ueberblick bespricht L. zunächst die über das vorliegende Thema bisher erschienenen Arbeiten, von denen die einen entzündliche, die anderen mechanisch-physiologische Vorgänge für das Entstehen der Placenta circumvallata und marginata verantwortlich machen. Auf Grund seiner Untersuchungen von vier charakteristischen Fällen, deren makroskopische und mikroskopische Präparate er demonstriert, bekennt sich L. als unbedingten Anhänger der mechanisch-physiologischen Theorie. Ebenso wie Hitschmann hat er in keinem Falle Entzündungserscheinungen feststellen können. Die mechanische Ursache liegt meistens, so auch in 75% seiner Fälle, in der Implantation der Placenta in der Tubenecke, die infolge der Raumbeschränkung ein Zusammenpressen, und als Folge davon eine Faltenbildung der Eihäute am Anheftungsrande zur Folge hat. Die Marginata entsteht aus einer stark placentarwärts gepressten circumvallata-Falte. Für die Erklärung der circumvallata bei Placenten, die nicht in der Tubenecke sitzen, nimmt L. mit Hitschmann als Ursache Fruchtwasserschwankungen an, die ein Nachlassen des Innendruckes und als Folge davon eine Faltenbildung der Eihäute — natürlich wieder am festen Rande — bedingen. Fast beweisend für die Richtigkeit dieser Annahme ist die Tatsache, dass in den von Stöckel beschriebenen Fällen von Hydrorrhoea uteri gravidi durchgehends circumvallatae gefunden wurden. In ähnlichem Sinne können auch Schwangerschaftswehen bei schlaffem Eisack ein ursächliches Moment abgeben.

Die klinische Bedeutung ist im Gegensatz zu der Ansicht von v. Herff nach L.s Erfahrungen gleich Null. Unter 320 Fällen kamen ausser einigen Placentarretentionen, für die der Sitz in der Tubenecke verantwortlich zu machen war, keinerlei Anomalien zur Beobachtung. G. Z.

Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. Dezember 1906.

Tagesordnung:

1. Herr Goldscheider: Ueber die physiologischen Grundlagen der physikalischen Therapie.

Bisher ist es nicht möglich gewesen, durch Experiment oder exakte Untersuchung die physikalische Therapie auf ihre Wirkung hin streng wissenschaftlich sicher zu stellen. Eine lange Erfahrung, die aufmerksamste Beobachtung des Patienten, die dauernde Registrierung sämtlicher Veränderungen des Zustands sind erforderlich, um die Therapie nutzbringend zu verwerten. Zwischen Physiologie und Heilwirkung besteht immer noch ein Etwas, das wir nicht kennen; wir gewinnen daraus kein Verständnis für die Heilung. So kommt es, dass gleiche Massnahmen die verschiedensten Wirkungen hervorbringen. Alter, Zustand, Konstitution u. a. spielen dabei eine Rolle. Aus der physiologischen Wirkung der physikalischen Heilmittel sind keine sicheren Schlüsse bezüglich der Therapie zu ziehen. Die Wirkung erfolgt durch Reize; der Erfolg aber ist abhängig von den Maschinen, auf die der Reiz wirkt. Der Reiz wird in Arbeit umgesetzt und kann lange fortdauern. Der Erfolg indessen ist nicht annähernd proportional dem Reiz. Im Organismus besteht das Bestreben, das Gleichgewicht aufrecht zu erhalten. Der Reiz aber ruft Störungen mit Regulierungstendenz hervor. Daher haben viele Reize die gleiche Wirkung und dasselbe Mittel wirkt gegen verschiedene Krankheiten, wie z. B. die Hydrotherapie gegen Anaemie, Neurasthenie, Gicht etc. Durch die physikalische Therapie wird eine Reaktion hervorgerufen, d. h. ein Ausgleich der primären Veränderungen im Organismus; Assimilation nach Dissimilation tritt ein analog dem natürlichen Heilprozess. Die regulierende Wirkung dabei ist sehr kompliziert und von verschiedenen Faktoren, wie Konstitution, Zustand u. a. abhängig. Nur die Massage und die Bier'sche Stauung scheinen direkt zu wirken und die krankhaften Störungen auszugleichen. Durch die physikalische Therapie werden Störungen hinzugefügt, um die Organe in ihrer vegetativen Funktion anzuregen, zu üben, zu stärken. Eine lange Nachwirkung der Prozeduren ist dabei zu beobachten, daher Zeit lassen und alle Eingriffe dem Sinne der Heilwirkung anpassen. Ein Schaden tritt

ein, wenn die Reguliervorrichtung versagt, so sind Ischias, Erkältungen bei Anwendung der Hydrotherapie nicht selten. Die Entscheidung ist oft recht schwer, ob durch die physikalische Therapie eine Schädigung mit folgender Anpassung, Regulierung und Heilung, oder nur eine dauernde Schädigung zugefügt wird. Die physikalische Therapie wirkt nicht nur auf das erkrankte Organ, sondern auf den Gesamtorganismus, indem sie die „allgemeine Mobilisierung der Bahnen des Heilprozesses" verursacht. Schonungsbehandlung, Höhenklima gehören in dieses Gebiet. Pathologische Anatomie und Symptome zeigen funktionelle oder intensive Störungen an, geben aber kein vollständiges Bild der Krankheit. Die physikalische Therapie wirkt auf die Lebensvorgänge, reguliert sie und greift so die ganze Krankheit an. Von Wichtigkeit ist dabei die Beseitigung krankhafter Erscheinungen des Nervensystems, wie schlechte Stimmung, Missgefühle und Unlustgefühle der Kranken. Diese wirken auf den Affekt selbst; z. B. ein Herzkranker fühlt Stiche in der Herzgegend, ist missgestimmt darüber, schläft nicht, isst und trinkt in ungenügender Weise, wird schwächer dadurch und verschlechtert so seine Herzkrankheit. Dagegen bewährt sich die physikalische Therapie mit ihrer anregend bahnenden oder hemmenden Elektrotherapie.

An der Diskussion beteiligen sich die Herren: Kauer, Munter, Goldscheider.

Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten in Berlin.

Sitzung vom 5. November 1906.

1. Herr Paderstein: Ein Fall von ophthalmoplegischer Migräne.

16jährige Patientin. Migräne seit früher Kindheit, im 14. Lebensjahr zum ersten Male Ptosis beim Anfall, die verschwand und sich mehrmals wiederholte, einmal mit Pupillenerweiterung. Beim letzten Anfall Lähmung aller Zweige des linken Okulomotorius, die schnell wieder schwand. Wegen des späten Hinzutretens der Parese zu den Migräneanfällen will Vortragender den Fall nicht der Möbiusschen Form zurechnen, sondern der Chanotschen Migraine ophthalmoplegique.

2. Herr Plaut: Ueber das Vorhandensein luetischer Antistoffe in der Cerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern.

Unter Antigen versteht man Körper, welche im Organismus Antikörper erzeugen. Diese bilden sich auch, wenn Zellen einer Tierart in den Körper anderer eingeführt werden. Es handelt sich dabei um ein chemisches Affinitätsverhältnis. Nach der Vereinigung von Antigen und Antikörper erlangen diese die Fähigkeit, einen dritten Körper an sich zu ketten. Buchner nannte diesen Körper Alexin, Ehrlich Komplement. Diesem Körper kommen fermentative Eigenschaften zu; er vermag z. B. die zugeordneten Zellen aufzulösen. Man kann also im allgemeinen sagen: wenn eine Flüssigkeit die Fähigkeit hat, Komplement zu binden, so ist in ihr ein Antigen und der zugeordnete Antikörper enthalten. Hat man eine Flüssigkeit, von der man weiss, sie hat das bestimmte Antigen, z. B. Lues, und will man eine Flüssigkeit auf Antikörper prüfen, so wird man folgendermaßen schliessen müssen: Wird Komplement gebunden, so war in der zu prüfenden Flüssigkeit der spezifische Antikörper vorhanden, wird keines gebunden, so fehlte der spezifische Antikörper. Technisch stellte sich das folgendermaßen dar: Man nimmt ein Reagensgläschen, gibt darein Luesantigen. Das letztere gewinnt man aus Organen luetischer Herkunft, etwa Organenbrei von luetischen Foeten und Kochsalzlösung mit Phenolzusatz; man schüttelt diesen, zentrifugiert und benutzt nur die klare Extraktionsflüssigkeit, dann gibt man hinzu die zu untersuchende Flüssigkeit, etwa Blutserum oder Cerebrospinalflüssigkeit eines Paralytikers. Zu diesen Flüssigkeiten fügt man dann Komplement hinzu aus frisch entstandenem Serum eines normalen Meerschweinchens. Man stellt das Glas bei 37 Grad in den Thermostat und setzt dann ein sogen. haemolytisches System hinzu; zur Erläuterung dieses letzten Ausdruckes diene folgendes: wenn man einem Kaninchen Typhusbazillen injiziert, so gewinnt das Serum die Fähigkeit, Typhusbazillen aufzulösen, nimmt man zur Vorbehandlung nicht Typhusbazillen, sondern rote Blutkörperchen eines Hammels, so gewinnt das Blutserum die Fähigkeit, die roten Blutkörperchen des Hammelblutes aufzulösen; es bilden sich nämlich spezifische Antikörper, gegenüber den roten Blutkörperchen des Hammels. Lässt man es dann eine Zeitlang stehen, so verliert es die Eigenschaft, die roten Blutkörperchen des Hammels aufzulösen und das Komplement geht zu Grunde. Ein so inaktiviertes Serum gewinnt von neuem die Fähigkeit, rote Blutkörperchen aufzulösen, wenn man frisches Komplement hinzusetzt. Wir fügen also dem vorbereiteten Glase hinzu: Inaktiviertes Kauinchenblutserum und alsdann rote Blutkörperchen eines Hammels, man lässt das Glas nur zwei Stunden im Brutschrank, es können nun: 1. die roten Blutkörperchen gelöst werden, wir schliessen daraus, dass das Komplement nicht gebunden wurde, daraus wieder schliessen wir, dass das Komplement nicht gebunden werden konnte, weil kein spezifisches Antigen vorhanden war, der Versuch ist also negativ ausgefallen; 2. die Haemolyse tritt ein, so ist der Versuch positiv ausgefallen, das Komplement wurde gebunden, es waren spezifische Antikörper in der zu untersuchenden Flüssigkeit vorhanden.

Die technische Ausführung ist recht schwierig, man muss sich durch Kontrollversuche vor Trugschlüssen schützen. Untersucht wurden 48 Fälle von sicherer Paralyse, es wurde sowohl die Cerebrospinalflüssigkeit wie das Blutserum untersucht, in weitaus dem grössten Teil der Fälle mit positivem Ausfall. Bei Versuchen an drei Fällen von Cerebrospinalmeningitis war der Ausfall negativ. Unter den Fällen von Paralyse mit positivem Ausfall war bei einem grossen Teil Lues in der Anamnese sichergestellt. Bindende Beziehungen zwischen dem klinischen Verhalten und den Resultaten der biologischen Untersuchung ergaben sich nicht, bei den Fällen mit negativem Ausfall wäre zu beachten, ob nicht der Gehalt an Antikörpern Schwankungen unterliegt, in solchen Fällen müssen die Versuche von Zeit zu Zeit wiederholt werden. Alle diese Fälle, auch die mit biologisch negativem Ausfall, zeigten in Cerebrospinalflüssigkeit cytologisch positiven Befund. Negativ verhielt sich ein alter Luetiker ohne cerebrale Störungen, ein Traumatiker mit starren Pupillen. Bindende Schlüsse sollen zunächst nicht gezogen werden, es lässt sich nichts weiter sagen, als dass in der Mehrzahl der untersuchten Fälle von Paralyse sich spezifische luetische Stoffe im Serum und Cerebrospinalflüssigkeit finden. Ueber den Zusammenhang von Lues und Paralyse soll nichts Entscheidendes ausgesagt werden. G. F.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Biologische Abteilung.)

Sitzung vom 20. November 1906.

Vorsitzender Herr Nonne.

I. Demonstrationen:

1. Herr Wohlwill spricht über „Tuberkulose im Kindesalter". Die generalisierte Lymphdrüsentuberkulose entsteht nach Harbitz auf dreierlei Art: a) die Lymphdrüsen werden vom Blute aus infiziert; b) die Lymphdrüsen werden von der zugehörigen Schleimhaut aus infiziert; c) ein Lymphgebiet erkrankt primär, und von hier aus werden die anderen Lymphdrüsen infiziert. Diese Unterscheidung ist im einzelnen Falle oft sehr schwierig. Herr Fraenkel hält die aerogene Infektion trotz Behring aufrecht und erinnert an die Flüggeschen Hundeversuche, bei denen man, obwohl sie an und für sich sehr selten an Tuberkulose erkranken, nach Inhalation des Virus häufiger eine Infektion als nach Fütterung nachweisen konnte. Er erwähnt die jüngsten Veröffentlichungen aus dem Reichsgesundheitsamt, nach denen Perlsuchtbacillen auf den Menschen übertragbar sind, sodass Vorsicht beim Genuss ungekochter Milch geboten erscheint. Herr Simmonds sah öfters schon einen primären Tuberkuloseherd, der zunächst als Pseudoleukaemie imponiert hatte, und glaubt, dass die Infektion häufig vom Intestinaltrakt ausgeht. (Barthels Versuche in der Weichselbaumschen Klinik.) Herr Fraenkel bestreitet, dass eine Tuberkulose des Intestinaltrakts stets eine Fütterungstuberkulose sei; sie könne auch durch Inhalation und Verschlucken der Bacillen entstehen. 2. Herr Fahr legt ein Präparat vor von Hernia diaphragmatica congenita spuria bei einem totgeborenen Kinde; auch hier liegt der Defekt, wie so häufig, links.



Die linke Lunge ist völlig aplastisch, ein Beweis dafür, dass die Missbildung schon in früher Foetalzeit entstanden ist; er erörtert die Theorie der Entstehung solcher Defekte. 3. Herr Fraenkel spricht unter Demonstration von Präparaten über Spontanrupturen der Aorta. Meist klafft der Riss weit auseinander, die Aortenwand ist terrassenförmig eingerissen. Bei einem Präparat handelte es sich um eine bis dahin völlig intakte Aorta bei einem Individuum mit echter Schrumpfniere und Hypertrophie des linken Ventrikels: infolge der starken Blutdrucksteigerung erfolgte die Aortenruptur. 4. Herr Fraenkel zeigt ferner Präparate von glatter Atrophie des Zungengrundes, einer bei Lues häufigen Erscheinung. 5. Herr Nonne bespricht einen Fall von eitriger Meningitis bei einem 40jährigen Gärtner, der vor sechs Jahren sich eine Kugel in die rechte Schläfe gejagt hatte. Zwei Jahre später traten zwei schwere epileptische Anfälle auf; später .war der Mann stets gesund gewesen. Bei der Sektion fand sich eine Eiterung an der Spitze des Nucleus caudatus, darunter sass die Kugel. Nach Bergmanns Beobachtungen treten die Eiterungen nach Schussverletzungen des Gehirns meist nach einigen Wochen schon auf, doch ist auch schon ein Zeitraum von dreissig Jahren festgestellt worden.

II. Vortrag des Herrn Nonne: Ueber einen diagnostizierten Fall von Tumor im Kleinhirn-Brücken-Winkel. Eine 44jährige Frau, die früher stets gesund gewesen war und auch keine Lues gehabt hatte, erkrankte akut mit leichten Convulsionen und einer leichten Lähmung des rechten Beines; eine eingeleitete Schmierkur hatte guten Erfolg, so dass die Patientin wieder zur Arbeit gehen konnte. Aber schon nach drei Tagen traten wiederum leichte Konvulsionen auf. Zehn Wochen danach wurde sie ins Krankenhaus gebracht, wo die Diagnose zwischen incipientem Hirntumor oder Paralyse schwankte; nach vierzehn Tagen wurde zuerst ein taumelnder Gang wahrgenommen, und es entstand ganz plötzlich auf dem rechten Ohr völlige Taubheit. Die weiteren Symptome waren Stauungspapille, rechtsseitige Facialis- und Abducensparese, Reizerscheinungen im linkem Facialisgebiet, die in völlige Contraktur übergingen. Die Section bestätigte die Annahme, dass es sich hierbei um einen Tumor im Kleinhirnbrückenwinkel handelte, der zum grössten Teile in der Pons sass. Die Operation solcher sogen. Acusticusfibrome ist wegen der Technik äusserst schwierig, zumal sie häufig multipel auftreten: man spricht dann von centraler Neurofibromatose.

III. Diskussion: Herr Saenger fragt, ob eine Blicklähmung vorhanden war; er selbst hat bisher fünf solche Tumoren gesehen. Der letzte Fall war von Krause ohne Erfolg operiert worden und wurde auf der letzten Naturforscherversammlung als Präparat gezeigt. Eigentümlich ist die Herabsetzung des Cornealreflexes auf der einen Seite. Herr Umber (Altona) hat ebenfalls einen derartigen Tumor bei einem 17jährigen Mädchen gesehen, der mit multiplen Hautfibromen kombiniert war; bei der Sektion fanden sich ebenfalls Neurofibrome fast sämtlicher Hirnnerven. Herr Hess erwähnt einen Fall von Cholesteatom, während Herr Engelmann sich nach ganz genauen Details der Gehörstörung erkundigt; auch Herr Saenger hat in seinen Fällen keine ganz genauen Hörprüfungen anstellen lassen. Herr Nonne: Blicklähmung war nicht vorhanden, dahingegen eine Reflexherabsetzung der Cornea. Periphere Fibrome fanden sich in seinem Falle nicht. Mikroskopisch handelte es sich um ein sehr zellarmes Fibrosarcom. Schönewald.

Aerztlicher Verein München.

Sitzung vom Mittwoch, den 14. November 1906.

1. Herr Theilhaber: Der Alkohol in der Gynaekologie.

Theilhaber gibt eine historische Uebersicht über den Missbrauch des Alkohols in der Therapie der Frauenärzte, konstatiert, dass man seither sehr mit der Verwendung des Alkohols als Medikament aufgeräumt hat und verwirft ihn vollständig bei den gynaekologischen Erkrankungen.

Diskussion: Herr Trumpp.

2. Herr Pfaundler: Ueber Wesen und Behandlung der Ernährungsstörungen im Säuglingsalter.

Nach verschiedenen Einteilungsversuchen der Ernährungsstörungen des Säuglingsalters (nach anatomischen, aetiologischen Gesichtspunkten etc.) scheint die folgende Klassifikation die beste zu sein:

1. Verdauungsstörungen durch qualitativ und quantitativ falsche Nahrung: Nährschäden (Czerny und Keller),
2. Erkrankung ex infectione und intoxicatione,
3. Verdauungsstörungen infolge einer krankhaften Anlage des Organismus (kommt selten in Betracht).

Ex alimentatione erkranken die Säuglinge, ex infectione oder intoxicatione sterben sie, kann man schematisch sagen. Im Folgenden sind die Ernährungsstörungen der künstlich genährten Säuglinge berücksichtigt. Das häufigst gesehene Bild bei Kuhmilch-Ernährung (Czerny-Kellers Kuhmilch-Nährschaden) zeigt eine Beeinträchtigung des psychischen Verhaltens, Gewichtsabnahme oder Schwankungen, Abnahme des Gewebsturgors, trockene zerfallene Stühle mit alkalischer Reaktion, verlängerte Magen-Verdauungsdauer, Indikanurie. Dieses Bild ist nicht auf eine bakterielle Verunreinigung der Milch zurückzuführen. Die erste plausible These über diesen Zustand stammt von Biedert (Unterschiede des Frauenmilch- und Kuhmilch-Kaseins, schädlicher Nahrungsrest). Die Biedertschen Hypothesen konnten einer strengen Kritik nicht standhalten. Die neuerdings von Czerny und Keller an ihrer Stelle aufgestellte Hypothese ist jener der Biedertschen verwandt, denn diese Autoren teilen dem Fett dieselbe Rolle zu, die bei Biedert das Kasein hat. Der Vortragende vermisst vor allem den Nachweis der Breslauer Autoren, dass die Stühle dieser Kinder einen erhöhten Kalkseifengehalt haben. Selbst nach Beibringung des Beweises, dass der Stuhl in der Tat eine Vermehrung der Fettausscheidung zeigt, fehlt noch immer der Nachweis, dass dieses Fett aus der Nahrung selbst stammt (Darmfett). Die Breslauer haben auch keinen Versuch gemacht, nur das Fett aus der Nahrung auszuschalten. Der Vortragende selbst hat in Graz solche Versuche mit Magermilch unternommen, musste aber sehen, dass letztere kein Heilmittel gegen den Kuhmilchnährschaden darstellt. Er hat die Meinung, dass aus der Säure-Theorie der Breslauer Schule heraus das Fett als die materia peccans beim Kuhmilchnährschaden angesehen worden sei. Es handelt sich bei der erhöhten Ammoniak-Ausscheidung der Säuglinge aber um keine Säurevergiftung, sondern um eine Alkaliverarmung, eine alimentäre Acidose verhältnismäßig harmloser Art. Auch die Stoff- und Kraftwechselversuche gestatten die Hypothese eines schädlichen Nahrungsrestes abzulehnen, denn bei Brust- wie Flaschenkindern können 91 von 100 eingeführten Kalorien für den Körper nutzbar gemacht werden. Einen neuen Fingerzeig gaben Versuche von L. F. Meyer, der Kuhmilchmolke mit Frauenmilchkasein und Fett verfütterte und damit schlechte Resultate erzielte, gute Resultate aber, wenn er zur Frauenmilchmolke Fett und Kasein gab. All dies musste zur Meinung führen, dass die Milch als von einer anderen Tierart stammend schädliche Wirkung ausübt. (Hierher gehören auch Versuche von Moro und Brüning.) Den Zustand, der durch die Verfütterung der Milch einer anderen Tierart zustande kommt, nennt Pfaundler Hetero(dys)trophie.

Nach Hamburger ist die Umprägung des artfremden Eiweisses in arteigenes Eiweiss Zweck der Verdauung. Bei Neugeborenen fehlt die Fähigkeit dieses Umprägens. Es ergibt sich darnach durch Verfütterung einer fremden Milch ein aphysiologischer Reiz, ein Schaden. Publikationen von Schlossmann und Finkelstein bieten eine gewisse Stütze für diese Meinung. Ein Nährschaden durch Eiweiss war aber nur dann möglich, wenn das artfremde Eiweiss durch den Darmkanal hindurch ins Blut dringen konnte. Während Ganghofner und Langer und auch Moro Versuche machten, die diese Möglichkeit scheinbar zeigten, konnte Uffenheimer nachweisen, dass ein Uebertritt des Kuhmilcheiweisses unter normalen Bedingungen nicht stattfand. Sind wir somit überhaupt zur Annahme gezwungen, dass die künstliche Nahrung schadet? Es kann sich auch um Fehlen eines Nutzens handeln. Die Versuche von Meyer sprechen sehr dafür, dass Nutzstoffe in der Milch vorhanden sind und zwar sind dieselben wahrscheinlich thermolabiler Natur (Moro, Finkelstein). Die Fermente, welche diese Nutzstoffe darstellen, sind wahrscheinlich für die Art, der sie zu gute kommen sollen, spezifische. Bei der Heterothrophie ist die Frauenmilch ein spezifisches Heilmittel, aber nicht für die sekundären Schäden, die bereits entstanden sind



Man erwarte nicht Wirkung in allerkürzester Zeit, speziell nicht auf das Gewicht. Wo man nicht Frauenmilch geben kann (die Wehrstoffe nicht zuführen kann), kann man die Nährstoffmenge einschränken. (Einleitung einer minimalen Nahrung.) Da eine Berechnung nicht völlig möglich ist, muss man tastend vorwärts gehen (lange Nahrungspausen, Verminderung der Milchkonzentration). Wo zur Vermehrung der Verbrennungsmenge noch weitere Stoffe in Betracht kommen, führe man Fett und Kohlehydrate als Verbrennungssubstanzen zu. Hierbei müssen aber die Mehle in der natürlichen Form gegeben werden, nicht als Kindermehle, da die Verzuckerung des Mehles im Darm vor sich gehen soll. Bei der Auswahl und Zubereitung der Mehle leiten uns vorläufig noch rein empirische Gesichtspunkte. In einer Anzahl von Fällen muss man von zwei Kohlehydraten gleichzeitig Gebrauch machen (Liebigsche und Kellersche Suppe, Buttermilch). Natürlich muss vor übermäßigen Mehlgaben gewarnt werden, die an der Stelle des Kuhmilchnährschadens nur einen Mehlnährschaden setzen würden (saure braune Stühle mit nachweisbaren Stärkeresten, Hypertonie der Muskulatur etc.). Viel dankbarer als die Therapie ist die Prophylaxe: Muttermilch über alles.

Diskussion: Herr Friedrich Müller, Herr Rommel; Herr Pfaundler (Schlusswort). Albert Uffenheimer-München.

Verein für innere Medicin.

Sitzung vom 3. Dezember 1906.

Vor der Tagesordnung:

Demonstrationen:

1. Herr H. Hoffmann zeigt mit Syphilis geimpfte Affen und Präparate von solchen, in denen sich Spirochaete pallida findet.

2. Herr A. Fränkel demonstriert Präparate von einem am 15. Tage der Krankheit verstorbenen Kinde, das an spinaler Kinderlähmung litt, ferner Präparate einer transversalen Myelitis, die nach einer von Herrn Benda angegebenen Methode gefärbt sind.

Diskussion: Herr Benda schildert kurz die Vorteile der Färbung von Nervenpräparaten mit Scharlach oder Sudan.

Herr Krauss fragt, ob bei dem Kinde Lumbalpunction gemacht werde, im Hinblick auf Arbeiten, welche die infektiöse Natur der spinalen Kinderlähmung befürworten. Herr Fränkel verneint das zwar, führt aber verschiedene Gründe für die infektiöse Natur der Erkrankung an.

Herr Heubner: Auch hier wie in zwei von ihm früher beobachteten Fällen fällt die Schnelligkeit auf, mit der die Ganglienzellen verschwinden. Ein Zusammenhang der Krankheit mit der Meningitis ist nicht unwahrscheinlich.

Herr Davidsohn: In der schwedischen Litteratur wird von einem epidemischen Auftreten der Krankheit gesprochen.

Schlusswort: Herr Fränkel.

III. Herr Georg Klemperer: Man hat beobachtet, dass beim Aderlass schwerer Diabetiker im Coma das Blut milchig sich trübt, also eine Lipaemie vorhanden ist. Es handelt sich nicht um mangelnde Fettzersetzung im Körper, oder um abnormen Fetttransport, sondern nach den Untersuchungen des Vortr. ist ein grosser Teil des Aetherextraktes Cholesterin und Lecithin. Ob es sich um Bildung dieser Substanzen aus den Gewebselementen oder einen Gehirnzerfall als Ursache der Erscheinung handelt, lässt sich noch nicht sagen.

Tagesordnung.

Herr Kausch berichtet eingehend über sechs Fälle von Bronchoskopie und vier Fälle von Oesophagoskopie in der Breslauer chirurgischen Klinik. Carl Lewin.

Naturforschende Gesellschaft zu Freiburg i. B.

Allgemeine Sitzung vom 28. November 1906.

Privatdozent Dr. Link: Ueber Schwindel und Seekrankheit.

Nach kurzer Definition des Begriffs „Schwindel“ bespricht Vortragender zunächst die Physiologie der Gleichgewichtsorgane. Dem Kleinhirn, dem unter der Schwelle des Bewusstseins arbeitenden Zentralorgan des „statischen Sinnes“, kommen vornehmlich auf drei Bahnen Erregungen zu: durch die Augen, den Vestibulärapparat und die zahlreichen „kinaesthetischen“ Bahnen (Hinterstränge, Kleinhirnseitenstrangbahnen usw.). Schwindel entsteht nun zunächst durch Augenmuskellähmungen (Augenschwindel) beim Blick nach der Richtung des gelähmten Muskels, dann als galvanischer Schwindel bei querer Galvanisation des Kopfes (Demonstration), als „Drehschwindel“ bei aktiven und passiven Drehungen des Körpers um seine Längsachse und bei verschiedenen Erkrankungen des inneren Ohres durch Hyperfunktion, bezw. Reizung des Vestibularapparates. Bei Affektionen der kinaesthetischen Bahnen tritt blos Schwindel auf, wenn sie in der Nähe des Deitersschen Kernes lokalisiert sind, also hoch oben, sonst nur Koordinationsstörungen. Erkrankungen des Kleinhirns können, namentlich solche des Wurms, zu sehr heftigem Drehschwindel führen. Besprechung des Schwindels bei organischen Erkrankungen des Gehirns, bei Zirkulationsstörungen im Gehirn (Arteriosklerose), bei Vergiftungen (Drehschwindel bei Alkohol) und beim Fieber. Der neurasthenische Schwindel, von dem der Platzschwindel eine Abart darstellt, kommt zustande durch pathologische Apperzeption der vom Kleinhirn ausgehenden Erregungen in der Grosshirnrinde. Es ist ein Gefühl von Unsicherheit, ohne dass Schwankungen etc. des Körpers auftreten. Beim Höhenschwindel kommt in Betracht der Einfluss der Erschöpfung und eine Art von Autosuggestion durch die Furcht herabzufallen. Das folgt aus der Tatsache, dass man sich den Höhenschwindel bis zu einem gewissen Grad abgewöhnen kann, ferner, dass Blinde, denen man suggeriert, dass sie am Rande eines Abgrundes ständen, schwindlig werden können und daraus, dass Kinder viel weniger dem Höhenschwindel unterworfen sind als Erwachsene, weil sie eben die Gefahr nicht kennen.

Als ursächliches Moment der Seekrankheit, die Vortr. wegen vorgerückter Zeit nur kurz bespricht, fasst er nicht die abnorme Blutverteilung namentlich im Gehirn auf, da man nicht aus der Blässe des Gesichts auf Gehirnanaemie schliessen darf, und die Erscheinungen einer Gehirnanaemie ganz andere sind als man sie bei Seekranken sieht und da u. a. Blutdruckmessungen bei Seekranken und Seefesten die nämlichen Schwankungen ergaben. Die dem Gesetz der Schwere folgenden Bewegungen der Eingeweide sind auch nicht die Ursache; sonst müssten Personen mit Enteroptose bei Fahren auf holperigen Wegen der Seekrankheit ähnliche Zustände bekommen, was nicht der Fall ist; ebensowenig werden Leute seekrank, die z. B. reiten lernen, und bei denen die Erschütterungen der Baucheingeweide sicher viel intensiver sind als bei Seefahrern. Die Seekrankheit ist vielmehr aufzufassen als Reaktion des gesamten, der Erhaltung des Gleichgewichts dienenden Apparates mit seinen zahlreichen Verbindungen mit dem übrigen Gehirn auf die ungewohnten wuchtigen passiven Bewegungen des Körpers. Ein eigentliches Medikament kann es deshalb auch nicht geben. Prophylaktisch scheint empfehlenswert eine mehrere Tage vor Beginn der Reise fortgesetzte Einnahme von Brom in mittlerer Dosis, auf dem Schiff dann die bekannten allgemeinen Verhaltungsmaßregeln. Morphium und Opium scheinen zwar momentan ganz gut zu wirken, indessen ist bei ihrem Gebrauch wahrscheinlich die Gewöhnung, die für die Ueberwindung der Seekrankheit den Hauptfaktor darstellt, eine weniger leichte. R. Link.

Österreich.

K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 26. Oktober 1906.

(Eigener Bericht.)

Clairmont demonstrierte einen Fall von excessiver Hyperalgesie und Hyperaesthesie am Halse nach Kopfschuss. Das Projektil sitzt in der Gegend der Fissura orbitalis super hinter der orbita. Cl. erklärt die sensible Störung durch Sympathikusreizung.

Hochenegg sprach im Anschlusse an die Demonstration eines operierten Patienten über die Indikationen und Erfolge der Gastroenterostomie wegen Ulcus ventriculi. Auf Grund experimenteller Untersuchungen und auf klinische Erfahrungen gestützt, gelangt er zu dem Schlusse, dass die chirurgische Ulcustherapie imstande sei, da erfolgreich einzugreifen, wo die interne Therapie versagt. Er stellt sich vor, dass die Entlastung des

Magens durch die Operation einen der wichtigsten Gründe für die Stillung einer eventuellen Blutung und eine wesentliche Vorbedingung der Heilung darstelle. Er möchte die Operation möglichst frühzeitig ausgeführt wissen.

An der Diskussion über dieses Thema beteiligten sich Schnitzler, Exner, Latzko und H. Schlesinger. Der letztere verteidigt den konservativen Standpunkt des Internisten. Nur bei Stenose und bei Perforation ist er auch für die chirurgische Behandlung.

Peham stellt zwei Fälle von weit vorgeschrittener Extrauteringravidität vor. Im ersten Falle (sekundäre Bauchhöhlenschwangerschaft) musste, da Fieber eintrat, der Uterus exstirpiert werden; im zweiten Falle wurde der Foetus lebend geboren, ist aber seither zu Grunde gegangen, über den Sitz des Fruchtsackes wird erst die mikroskopische Untersuchung entscheiden können.

Sitzung vom 2. November 1906.

Ehrmann demonstrierte einen Fall von tertiärer Lues, der durch seine besondere Ausbreitung bemerkenswert ist. Der grösste Teil der Kopfhaut und ein beträchtlicher Teil der Mammae sind teils mit gummösen Geschwüren, teils mit luetischen Narben bedeckt. Derartige Fälle stammen meist aus nur wenig kultivierten Ländern. Diese Patientin ist aus Wien aber niemals herausgekommen. Ehrmann schliesst an die Betrachtung dieses Falles den Wunsch, dass der Prophylaxe der Syphilis in Zukunft mehr Aufmerksamkeit zugewendet werde.

Mracek und Lang pflichten dieser Anschauung bei.

Fabricius zeigt mehrere Präparate von Tubargravidität und Appendicitis. Die Differentialdiagnose dieser Fälle ist mitunter sehr leicht, bisweilen aber ein sehr schwieriges Problem.

H. Schur und Zack hielten einen Vortrag über Nierenfunktion. Sie ziehen zur Erklärung des sekretorischen Vorganges, der sich in der Niere abspielt, Quellungsvorgänge der den Harn ausscheidenden Zellen hervor. Auf solche Weise würde es am besten verständlich, dass aus der Blutflüssigkeit von bestimmter Konzentration der unter Umständen viel mehr oder auch weniger konzentrierte Harn ausgeschieden wird und dass geringe Mengen von Diureticis einen so nachhaltigen Einfluss auf die Diurese auszuüben vermögen. Auch die Wirkung des Diuretins ist auf diese Weise zu erklären. Durch Untersuchungen der Diluierfähigkeit der Niere haben die Vortr. gefunden, dass Arteriosklerose mit Niereninsufficienz einhergeht; auch bei Arteriosklerose wirke das Diuretin bloss als Diureticum. Insufficienzprüfungen durch Feststellung der Diluierfähigkeit sind eigentlich nur Prüfungen der Nierensufficienz und lassen keinerlei Schluss auf die anatomische Beschaffenheit der Niere zu.

Sitzung vom 9. November 1906.

(Eigener Bericht.)

Lorenz demonstrierte an einem 10jährigen Mädchen den kosmetischen Effekt einer plastischen Operation bei höchstgradiger doppelter Hasenscharte mit prominierendem Zwischenkiefer. Lorenz hat diesen Knochen entfernt und das gespaltene Filtrum zur Bildung der Nasenscheidewand verwendet.

Spiegler zeigte einen Patienten mit Xanthoma tuberosum, einer aus multiplen erbsengrossen Einlagerungen von lipomatösem Charakter bestehenden Hautaffektion.

Benedict besprach seine Erfahrungen über die Röntgendurchleuchtung des Schädels. Seiner Ansicht nach kann man verschiedene endocranielle Affektionen, darunter die frontale Ataxie, ferner Tumoren und Exsudate bei Kleinhirnaffektionen sowie auch manche Tumoren des Vorderhirns auf radioskopischem Wege diagnostizieren oder eine diesbezügliche Diagnose stützen, wofern man die dabei in Betracht kommenden technischen Vorteile kennt und zu benützen versteht. Der Publikation mancher unter diesen Befunden steht ganz besonders die Schwierigkeit des Reproduktionsverfahrens entgegen.

Schüller besprach im Anschlusse daran die Grenzen der Leistungsfähigkeit der Radiologie des Schädels. W. H.

Standesfragen.

Von Dr. M. Cohn (Berlin-Charlottenburg).

In der vorjährigen Neujahrsnummer dieser Wochenschrift schrieben wir über die Honorarverhältnisse der Aerzte das Folgende: „Im Laufe der letzten Jahre ist die ganze Lebenshaltung bedeutend verteuert worden, alle Berufsstände haben infolgedessen ihre Forderungen erhöht, nur das Honorar der Aerzte, und speziell das der Privatpraxis, ist nicht im richtigen Verhältnis gestiegen. Da erscheint es angezeigt, dass die deutsche Aerzteschaft die Forderung nach höheren Gebühren, besonders auch in der Hausarzttätigkeit erhebt; kein billig Denkender wird den Aerzten solch Vorgehen verargen. Die zu geringe Entlohnung in der Privatpraxis trägt, was lange nicht gebührend betont wird, ein gut Teil der Schuld an der wirtschaftlichen Notlage.“ Was wir im Anfang des Jahres gewünscht haben, scheint sich zu Ende desselben — schneller, als wir es erhoffen konnten, — erfüllt zu haben. Die Aerzteschaft von Gross-Berlin hat in völliger Einmütigkeit beschlossen, vom 1. Januar 1907 ab eine zeitgemäße Erhöhung der Honorarsätze für ärztliche Hilfeleistungen, und zwar in gleicher Weise für Einzel- wie Pauschalleistungen (Hausarzthonorare) eintreten zu lassen. Die Fünfzehnerkommission der Gross-Berliner-Aerzteschaft, welche im vorvorigen Jahre mit Erfolg den Kampf gegen die Mittelstandskassen geleitet hatte, hat das Verdienst, in dieser Angelegenheit die Führung übernommen zu haben. Die Kommission ging zwar anfänglich von einer Idee aus, welche die Billigung der Vereinsdelegierten nicht fand: sie wollte eine Erhöhung der Mindestsätze der Gebührenordnung durchführen in der Hoffnung, dadurch dann allmählich eine Steigerung aller Gebühren erreichen zu können. Von diesem Plane wurde fast allseitig aus den verschiedensten Gründen abgeraten, ebenso übereinstimmend aber eine Erhöhung der Privathonorare als unbedingt erforderlich erklärt. Publikum und Presse werden sicherlich bei der Durchführung dieser Forderung den Aerzten keine Schwierigkeiten machen, weiss doch Jedermann aus den Erfahrungen am eigenen Leibe, welche erheblichen Mehrausgaben die allerverschiedensten Lebenserfordernisse von ihm verlangen. Und sicherlich werden die Kollegen bei dieser Gelegenheit einmütig ihren Vertretern Dank wissen, dass sie ihnen die notwendige Stütze geben, um endlich einmal unwürdige Anforderungen mit Erfolg ablehnen zu können, endlich einmal da einen höheren Tribut verlangen zu können, wo allzulange schon eine unerhörte Ausnutzung der ärztlichen Arbeitskraft stattgehabt hat, wir meinen die Hausarztstellen, deren ganzes Wesen einer Reform dringend bedarf. Mögen selbst einige „outsiders“ unter den Kollegen, die es ja stets gibt, den Versuch wagen, durch Unterbieten ihr Schäfchen zu scheeren, das macht nichts aus; dass der billige Arzt meist nicht gerade der beste ist, ist männiglich bekannt. Wir erhoffen zuversichtlich aus der Durchführung unseres Planes eine wesentliche finanzielle Förderung der Berliner Aerzteschaft und glauben, dass deren Vorgehen vorbildlich werden wird für eine entsprechende Bewegung in ganz Deutschland.

Eine andere Angelegenheit, in der ein negativer Ausfall der Beratungen uns erfreulich war, beschäftigte in letzter Zeit die Berliner Standesvereine. Es betraf dies die Notizen im redaktionellen Teile der politischen Tagespresse, welche die Wiederaufnahme der ärztlichen Tätigkeit oder die Rückkehr von der Reise einzelner Aerzte — meist waren es Spezialärzte — ankündigten. Der Geschäftsausschuss der Standesvereine hatte ein Vorgehen dieserhalb angeregt, das einmal die politische Presse veranlassen sollte, solche Notizen nicht mehr aufzunehmen, dann aber die betreffenden Kollegen ersuchen sollte, eine Aufnahme zu verhindern. Mit Recht wurde dagegen eingewendet, dass beide Teile sich ein derartiges Einschreiten verbitten würden, die Presse, weil es ihr allein zustände, zu entscheiden, was sie für die Oeffentlichkeit für wichtig befände, die Kollegen, weil sie sich eine derartige Beschränkung ihrer persönlichen Willensfreiheit nicht gefallen zu lassen brauchten. Die ganze Idee wurde als zünftlerisch und kleinlich verworfen, der Schaden, der einzelnen Aerzten oder der Aerzteschaft erwachsen könnte, sehr gering bewertet und schliesslich alle diesbezüglichen Anträge abgelehnt. Auch diese Angelegenheit zeigte, dass die Aerzte allzuoft mit un-

wichtigen Dingen ihre Zeit vergeuden, während bedeutendere vorliegen, welche die grösste Aufmerksamkeit erfordern.

Zu diesen rechnen wir die für Berlin geplante Organisation des städtischen Untersuchungsamtes. Diese seit langer Zeit geplante Anstalt geht nunmehr ihrer Vollendung entgegen, und der Magistrat unterbreitet der Stadtverordnetenversammlung deren Arbeitsplan. Ein einzelner Mann soll Leiter der Anstalt sein, die aus drei Abteilungen, einer hygienischen, einer chemischen und einer bakteriologischen bestehen soll; sechs Assistenten sollen ihm beigegeben werden. In der Stadtverordnetenversammlung ist diesem Projekt bereits entschiedener Widerspruch geleistet worden. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Leitung eines solchen Institutes die volle Arbeitskraft eines Mannes verlange, dass aber für die Einzelarbeiten Abteilungsleiter mit entsprechender Vorbildung angestellt werden müssen, denen dann die Assistenten untergeordnet werden sollen. Unter den Aufgaben des Institutes ist eine für die Aerzteschaft und die Gesamtbevölkerung ausserordentlich bedeutsame vergessen: die Schaffung einer Untersuchungsstelle für Krankheitsmaterial. Eine grosse Anzahl von Städten besitzt bereits ein solches Institut, ein musterhaftes z. B. unsere Nachbarstadt Charlottenburg. Der Stadt Berlin, die fast immer das negiert, was die Aerzte für wünschenswert halten, sollte es eine Ehrenpflicht sein, eine mit allen Hilfsmitteln der modernen Technik ausgerüstete Untersuchungsstelle für ansteckende Krankheitsprodukte, Gewebsmaterial etc. zu errichten und dadurch eine neue Waffe zu schmieden im Kampfe gegen die Infektionskrankheiten.

Haben nun die Berliner Aerzte in dem zur Rüste gehenden Jahre reichliche Gelegenheit gehabt zu Kampf und Abwehr, zu heftigen Debatten und Auseinandersetzungen aller Art, so konnten sie am Jahresschluss ein Fest feiern, das einem Manne galt, der sich allseitiger Beliebtheit erfreut: Ernst von Bergmann vollendete sein siebzigstes Lebensjahr. Reich an wissenschaftlichen und persönlichen Erfolgen war das Leben des Jubilars; überall fand er Anerkennung und erwarb er sich Freunde. Verhältnismäßig erst spät hat er es verstanden, der Berliner Aerzteschaft näher zu treten. Nachdem er dies aber einmal getan, hat er deren Herzen im Sturme erobert; sein warmes Eintreten für die Interessen der Aerzteschaft, — die wirtschaftlichen ebenso wie die sozialen — seine stete Hilfsbereitschaft, wenn es galt, in einem besonders ernsten Moment ärztliche Angelegenheiten zu vertreten, seine Förderung aller humaner Bestrebungen, hat ihn aus einem stets geachteten Lehrer der Aerzte zu einem hochverehrten Führer derselben gemacht. So beging denn die Berliner Aerzteschaft den Geburtstag Ernst von Bergmanns als einen Feiertag und ist einmütig in dem Wunsche, dass dem Jubilar ein langdauernder Lebensabend in geistiger und körperlicher Frische beschieden sein möge.

Periodische Literatur.

Münchener medicinische Wochenschrift. 1906. Nr. 49.

1. Christiani und Kummer, Genf: **Ueber funktionelle Hypertrophie überpflanzter Schilddrüsenstückchen beim Menschen.**

Bei einer Frau, der wegen Kropf fast die ganze Schilddrüse entfernt werden musste, wurden unter die Akromialhaut kleine Schilddrüsenpfröpflinge eingepflanzt; dieselben sind angewachsen und haben sich regelrecht weiter entwickelt, ganz so, wie wenn das Drüsengewebe im Zusammenhang mit dem Mutterboden und der normalen Gefässversorgung geblieben wäre. Die überpflanzten Schilddrüsenstückchen haben sich deutlich vergrössert, so dass sie nach drei Jahren das mehrfache ihres ursprünglichen Umfanges aufwiesen. Die histologische Untersuchung eines nach drei Jahren exstirpierten Pfröpflings hat ein mit der normalen Schilddrüse ganz übereinstimmendes Aussehen ergeben. Es erscheint weiter nicht zweifelhaft, dass die Pfröpflinge bei der Patientin auch an der Gesamtschilddrüsenfunktion teilgenommen haben. Dafür spricht auch, dass eine andere Patientin, bei der am gleichen Tage der Kropf exstirpiert, aber wegen der Möglichkeit der Erhaltung von mehr Schilddrüse, eine Schilddrüsenpfropfung unterlassen wurde, schon nach eineinhalb Jahren an Cachexia thyreopriva starb. Wichtig erscheint, dass der Pfröpfling von histologisch normalem Schilddrüsengewebe entnommen wird. Dann kann man mit der Drüsenpfropfung beim Menschen neue Schilddrüsenorgane erzielen, die sich nicht nur auf die Dauer erhalten und funktionieren, sondern die sich auch vergrössern und zu Neu-Schilddrüsen anwachsen.

2. Neubauer und Stäubli, München: **Ueber eosinophile Darmerkrankungen.**

Die eosinophilen Schleimhauterkrankungen sind, wie das die Untersuchungen, beim Bronchialasthma gelehrt haben charakterisiert durch das Vorkommen der eosinophilen Leucocyten am Krankheitsherde, durch das lokale Auftreten der Charcot-Leyden'schen Krystalle und durch die Vermehrung der eosinophilen Zellen im Blut. Der Nachweis der Krystalle, die wohl sicher aus den eosinophilen Körnelungen hervorgehen, ist für diagnostische Zwecke gleichbedeutend mit dem Befund der eosinophilen Zellen; die Eosinophilie im zirkulierenden Blute ist nicht konstant, fehlt namentlich öfter im Beginn der Affektionen. Was die Eosinophilie bei Erkrankungen der Verdauungsorgane betrifft, so dürfte sie nicht als pathognomisch für Wurmkrankheiten angesehen werden; Verf. haben sie vielmehr bei verschiedenen akuten wie chronischen Darmaffektionen konstatiert. Die betreffenden Beobachtungen werden eingehend mitgeteilt. Es handelt sich zweimal um akuten, unter schwersten Erscheinungen verlaufenden Brechdurchfall, einmal um Dysenterie, allerdings mit negativem Amoeben- und Bazillenbefund, einmal um einen chronischen Dünn- und Dickdarmkatarrh verbunden mit Atonie und Ectasie des Magens und Hypochondrie, und schliesslich dreimal um eine eigenartige Dickdarmerkrankung. Die letzten drei Fälle betrafen jugendliche Individuen, die wegen schwerer Diarrhoeen mit reichlichem Schleim- und Blutabgang in Behandlung kamen; Darmschmarotzer oder Eier wurden nicht gefunden, ebenso wenig irgend welche spezifischen Bakterien; dagegen sehr reichlich Charcot-Leyden'sche Krystalle und bei zweien auch zahlreiche, gut erhaltene eosinophile Zellen; die rektoskopische Untersuchung zeigte auf der geröteten, samtartig aufgelockerten Rektalschleimhaut linsengrosse, gelblichweisse, leicht abstreifbare Auflagerungen, die bei mikroskopischer Untersuchung reichlich eosinophile Leucocyten, Granulahaufen und Charcot-Leyden'sche Krystalle aufwiesen; nach dem Abstreifen blieb eine gerötete, leicht blutende aber nicht deutlich vertiefte Schleimhautstelle (Errosion) zurück; nirgends war ein Geschwür oder eine Narbe zu sehen. Das Leiden ist charakterisiert dadurch, dass es in einzelnen, mitunter sehr heftigen, Wochen bis Monate andauernden Schüben auftritt, zwischen denen jegliche Veränderungen völlig fehlen können; in vielen Punkten erinnert es an die eosinophilen Affektionen des Bronchialbaumes, speziell an das Asthma bronchiale. Wie dieses dürfte vielleicht auch die „eosinophile Proktitis mit herdförmigen Auflagerungen", die sich als wohl charakterisierte Krankheitsgruppe darstellt, als örtliche Aeusserung einer allgemeinen Konstitutionsanomalie aufzufassen sein.

3. Moro, Graz: **Weitere Untersuchungen über Kuhmilchpraezipitin im Säuglingsblute.**

In Ergänzung früherer Versuche hat M. das Blut von weiteren 21 Säuglingen, meist Atrophikern, auf die Gegenwart von praezipitabler Substanz und Praezipitin der Kuhmilch untersucht, in der Weise, dass zum Nachweis des Praezipitins das Säuglingsblutserum mit roher Kuhmilch, zum Nachweis der praezipitablen Substanz mit dem spezifischen Lactoserum in Reaktion gebracht wurde. Ein Fall ergab positive Praezipitinreaktion; dagegen blieb die Untersuchung auf praezipitable Substanz in allen Fällen negativ. Nur mit der Moreschischen Methode der Komplementablenkung, die viel empfindlicher ist, liess sich einmal ein positives Ergebnis erzielen.

Bruck, Köln: **Beitrag zur Tuberkulose des Säuglingsalters.**

Der Fall betrifft das Kind einer früher tuberkulösen Mutter, die geheilt war und jedenfalls zur Zeit der Geburt und des Stillens keinerlei klinisch festzustellende Zeichen eines neuen Herdes darbot; an der Brust entwickelte sich das Kind in der besten Weise; nach vier Monaten wurde abgestillt und das Kind



aus der Klinik entlassen. Bald darauf wurde es wieder eingeliefert mit einer wesentlichen Gewichtsreduktion, einer ausgedehnten Bronchitis und ging nach temporärer Besserung des Befindens nach zwei Monaten an einer tuberkulösen Meningitis zu Grunde. Die Autopsie ergab neben der Meningitis tuberculosa eine ausgedehnte Tuberkulose der Lungen und anderer Organe, und eine vollständige Verkäsung der bronchialen Lymphdrüsen. Was die Aetiologie dieser tuberkulösen Infektion betrifft, so ist eine kongenitale Uebertragung durch die Mutter nach dem klinischen Bilde und Sektionsbefund wohl auszuschliessen, ebenso eine Fütterungstuberkulose, da die mesenterialen Drüsen fast intakt waren. Es handelt sich wohl um eine bald nach der Geburt, wahrscheinlich gelegentlich einer damals vorhandenen Rhinitis, bei dem disponierten Individuum erfolgte Infektion, die, solange das Kind an der Mutterbrust war, keinerlei Ausbreitung annahm und sich im Augenblick des Eintritts ungünstiger Verhältnisse rapid ausbreitete; oder die Infektion erfolgte bei dem belasteten Kinde überhaupt erst infolge der durch das Abstillen und die ungünstigen äusseren Verhältnisse hervorgerufenen Veränderungen.

5. Conradi, Neunkirchen: **Zur bakteriologischen Frühdiagnose des Typhus.**

Von der Erfahrung ausgehend, dass bei der Gerinnung die im Blut enthaltenen Typhusbazillen in den Blutkuchen übertreten, hat Verf. die Gallenkultur für die Anreicherung des geronnenen Blutes zum Nachweis der Typhusbazillen in kleinen Blutmengen verwertet. Zur Verwendung kamen von auswärts zugesandte Blutquanten von 0,05—0,2 ccm, in Glaskapillaren nach Einstich ins Ohrläppchen aufgefangen. Das in den Kapillaren enthaltene Blutserum wurde zur Agglutinationsprüfung, der Blutfaden zur Züchtung verwandt. Dazu wurde derselbe in ein Reagensröhrchen mit 5 ccm Rindergalle, 10% Pepton und 10% Glyzerin übertragen, 12—16 Stunden bei 37° gehalten und danach 0,1—1,0 ccm der aufgeschüttelten Flüssigkeit auf eine Lackmus-Milchzucker-Agarplatte ausgestrichen, und die weitere Untersuchung in gewohnter Weise vorgenommen. In 50% der Typhusfälle gelang durch diese Anreicherung des Blutfadens der Nachweis der Erreger im Blute; und da dies in manchen Fällen möglich war zu einer Zeit, wo noch sonst kein sicheres Symptom für Typhus vorhanden war, ist die Anreicherung des Blutfadens durch Galle nicht nur zur Stütze, sondern unter Umständen zur Stellung der Diagnose zu verwerten. Es ist jede Blutprobe, deren Menge zur Ausstellung der Widalschen Serumreaktion hinreicht, gleichzeitig zum kulturellen Nachweis der Typhusbazillen geeignet; und da die Gallenkultur der Gerinnsel von 1—4 Bluttropfen eines Typhuskranken in 50% der Fälle die Frühdiagnose des Typhus herbeiführt, so ist zu fordern, dass bei jeder eingesandten Blutprobe eines typhusverdächtigen Kranken nicht nur die Agglutinationsprüfung des Serums, sondern auch die Gallenkultur des Blutfadens vorgenommen wird. Wenn auch die Anreicherung des vor Gerinnung bewahrten Blutes durch Galle das zuverlässigere und elegantere Verfahren darstellt, so dürfte doch die Gallenkultur des Blutfadens wegen ihrer Einfachheit vielfache Anwendung finden. Der Nachweis der Erreger in den Dejektionen gelingt im Beginn der Erkrankung selten; diesem Verfahren fällt die wichtige Aufgabe zu, die bakteriologische Feststellung der Genesung und der Bazillenträger im Interesse der Seuchenbekämpfung durchzuführen: die Frühdiagnose des Typhus ist von der Gallenkultur zu erwarten.

6. Lardelli, Zürich: **Ueber den Einfluss des Arsens (Val Sinistrawasser) auf den Stoffwechsel.**

Die Tierversuche wurden in der Weise angestellt, dass eine Gruppe von Kaninchen mit Arsenwasser (Val Sinistra), eine Kontrollgruppe mit gewöhnlichem Wasser mehrere Monate getränkt wurde. Die Arsentiere zeigten bald und dauernd eine bessere Entwicklung, vor allem eine wesentlich grössere Gewichtszunahme, die sich hauptsächlich in einem stärkeren Fettansatz dokumentierte; dass diese Adipositas aber nicht als eine pathologische anzusehen, dass die Gewichtsvermehrung vielmehr auf einer Vermehrung des gesamten Stoffwechsels beruht, das zeigte die chemische Analyse der Tiere. Trotz dem viel höheren Fettgehalt des Arsentieres betrug sein Stickstoffgehalt prozentual fast genau gleich viel, wie bei dem viel fettärmeren Kontrolltier, woraus hervorgeht, dass bei der Gewichtsvermehrung des Arsentieres nicht nur das Fett beteiligt ist, sondern in hohem Grade auch der stickstoffhaltige Bestandteil. Der grössere Fettreichtum findet also seine Erklärung in einer besseren Ernährung und Assimilation des Arsentieres unter Verminderung des Wassergehaltes seiner Gewebe und der gleichzeitigen absoluten wie prozentualen Steigerung des Eiweissgehaltes.

7. Paschen, Hamburg: **Was wissen wir über den Vakzineerreger?**

Nach einer Zusammenstellung der bisherigen mikroskopischen und experimentellen Forschungsergebnisse über den Vakzineerreger, berichtet P. über bemerkenswerte Befunde, die er an der Kinderlymphe erhoben hat. Ausstrichpräparate derselben, mit Giemsa gefärbt, zeigen eine überraschend grosse Zahl von gleichmäßig gefärbten, sehr kleinen Körperchen; dieselben erscheinen teils rundlich, teils in der Mitte gespalten, mit einem Fädchen zusammenhängend, teils ganz klein mit eben sichtbarem, fädigen Fortsatz. In Schnitten von Kalbspusteln und der geimpften Kaninchencornea konnten mit Hilfe der Levaditischen Silberimprägnierung zahlreiche kleine Körperchen nachgewiesen werden, die vielleicht den in den Lymphausstrichen gefundenen entsprechen. Irgendwelche Schlüsse will Verf. aus den Befunden nicht ziehen.

8. Wederhake, Bonn: **Theoretisches und Praktisches über unser Fadenmaterial.** Nicht abgeschlossen.

9. Wassermann und Bruck: **Ueber das Vorhandensein von Antituberkulin im tuberkulösen Gewebe.**

Die von dem Verf. zu dieser Frage vorgenommenen Untersuchungen (Deutsch. med. W. 1906, No. 12) haben Weil und Nakajama (d. W. 1906, No. 21) einer Nachprüfung unterzogen, die Ergebnisse zwar im ganzen bestätigt, aber wesentlich andere Schlüsse daraus gezogen. Demgegenüber verteidigen W. und B. in längeren Ausführungen nochmals die Richtigkeit ihrer Schlussfolgerung, die dahin geht, dass sich im tuberkulösen Gewebe Tuberkulin und beim Vorhandensein noch reaktionsfähigen Gewebes als Reaktionsprodukt Antituberkulin nachweisen lässt.

10. Lengfelder, Berlin: **Die Behandlung bei äusserem Anthrax.**

Zusammenstellung von 15 Fällen von mikroskopisch und bakteriologisch sicher gestelltem, äusserem Milzbrand aus der Bergmannschen Klinik, die völlig konservativ, Ruhigstellung des betroffenen Gliedes, Bedeckung der Pustel mit reizlosem Salbenverband, behandelt und sämtlich geheilt wurden.

11. Sondermann, Dieringhausen: **Nasentamponade bei Ozaena.**

Es wird die Tamponade der Nase mit einer aus Kondomgummi gefertigten Hülle, die mittels eines Schlauches mit Luft aufgeblasen wird, empfohlen; dadurch sollen sich alle Borken leicht entfernen lassen. In Verbindung mit der Saugbehandlung verspricht diese Methode weitgehende Besserung.

12. Mayer, Löfflingen: **Beitrag zur Serumbehandlung der Basedowschen Krankheit.**

Mitteilung eines Falles von schwerem Basedow, bei dem mit Antithyreoidinserum, das in kleinen, allmählich steigenden Dosen zur Anwendung kam, in kurzer Zeit eklatante Erfolge erzielt wurden.

13. Schallehn, Stettin: **Eine Halteplatte für Specula.**

Beschreibung des Instrumentes an der Hand von Bildern.

Wiener klinische Wochenschrift. 1906. No. 47.

1. Clairmont, Wien: **Ueber das Verhalten des Speichels gegenüber Bakterien.**

Eine Uebersicht der einschlägigen Literatur ergibt, dass bezüglich der Einwirkung des Speichels auf Bakterien bisher keine einheitlichen Resultate erzielt worden sind; als erwiesen sind nur die beiden Tatsachen der Virulenzabschwächung der Pneumococcen im Speichel oder auf speichelhaltigem Nährboden, trotz gutem Wachstum, und der Abschwächung oder Zerstörung von Toxinen durch Verdauungssäfte anzusehen. C. hat eine Reihe von Reagenzglasversuchen mit dem Speichel von verschiedenen Tieren, Hunde, Katzen, Kaninchen, Ziegen, Affen, und vom Menschen zum Studium der Frage angestellt; bei den Tieren wurde der Speichel entweder in toto, oder von den einzelnen Drüsen durch Freilegung des Ausführungsganges, bei natürlicher Sekretion, oder

nach Pilocarpininjektion, resp. Reizung der sekretorischen Nervenfasern gewonnen. Einer Prüfung unterzogen wurden die bakteriociden Eigenschaften des Speichels, die Virulenzabschwächung hinsichtlich pyogener Infektionserreger, die Beeinflussung von Toxinen. Aus den Versuchen ergibt sich: Wenn Wunden in der Mundhöhle per primam heilen, so ist dies vor allem auf zwei Momente zurückzuführen, auf die schlechten Existenzbedingungen für Bakterien und die mechanische Wegschwemmung derselben durch den Speichel. Von einer bakterioiden Wirkung des Speichels (Typhus, Koli, Vibrionen, Staphylo-, Streptococcen, Milzbrand) kann im allgemeinen nicht gesprochen werden; jedoch findet eine geringe Zahl von Keimen im Speichel so ungünstige Lebensbedingungen, dass sie zu Grunde gehen; in dieser Wirkung ist der Speichel der physiologischen Kochsalzlösung an die Seite zu stellen; der menschliche Speichel steht hier dem einzelner Tiere nach. Unterschiede zwischen dem Speichel der Glandula submaxillaris und parotis sind für die meisten Tierarten zu konstatieren; die erstere liefert einen Speichel von geringer schädigender Wirkung für Bakterien, während das Parotissekret meist, am intensivsten bei den Wiederkäuern, eine das Wachstum der Mikroorganismen hemmende Wirkung ausübt. Unter den schlechten Existenzbedingungen, die der Speichel bietet, scheinen vor allem die pyogenen Infektionserreger, Staphylo- und Streptococcen, zu leiden. Virulenzabschwächende Momente sind im Speichel für Streptococcen nicht sicher nachweisbar. Zusatz von Bouillon zum Speichel bessert die Existenzbedingungen für Bakterien. Durch künstliche Anregung der Speichelsekretion kann man nach einiger Zeit fortdauernden Speichelflusses einen fast sterilen Speichel erhalten. Die im secernierenden Stadium excidierte Parotis zeigt eine auffallende Resistenz gegen Fäulnis. Diese Beobachtungen lehren, dass man in der Mundhöhle mit einem gewissen Grad von Selbstschutz des Organismus rechnen kann; man kann denselben unterstützen durch Anregung der Speichelsekretion und die Retention guter Nährmedien für Bakterien.

2. Pirquet, Wien: **Ist die vaccinale Frühreaktion spezifisch.**

Die angestellten Versuche führten zu folgenden Schlusssätzen: 1. Die vaccinale Frühreaktion ist eine spezifische Reaktion zwischen der Kuhpockenlymphe und dem gegen dieselbe „immunen“ (allergischen) Organismus. Sie wird weder durch bakterielle Verunreinigung der Lymphe, noch durch das in der Kuhlymphe vorhandene Rindereiweiss hervorgerufen, denn sie zeigt sich auch bei der Infektion mit frischer menschlicher Lymphe. 2. Die Frühreaktion ist quantitativ abhängig von der Menge des eingebrachten Virus und unterscheidet sich dadurch von der Erstimpfung, bei welcher die Grösse der Reaktion von der Menge des Infektionsmaterials unabhängig ist. Die Frühreaktion ist bedingt durch den Zusammentritt des Vaccineerregers mit im allergischen Organismus vorhandenen Antikörpern. 3. Das Serum der Vaccinierten enthält keine Praecipitine gegen Kuhlymphe.

3. Horn, Wien: **Ueber Rheumatismus nodosus im Kindesalter.**

Unter Mitteilung der Krankengeschichte eines Falles, bei dem im Anschluss an eine rasch und milde verlaufende Chorea ohne vorausgehende objektiv wahrnehmbare rheumatische Zufälle, eine Endocarditis auftrat, die in ihrem progredienten Verlauf mit einer mehr oder minder ausgebreiteten knötchenförmigen Erkrankung der Sehnen und Aponeurosen, zweifellos rheumatischen Ursprungs, kompliziert war, wird das seltene Krankheitsbild der rheumatischen Erkrankung der sehnigen Gebilde eingehend erörtert. Der Rheumatismus nodosus charakterisiert sich als eine auf rheumatischer Basis beruhende fieber- und meist beschwerdelose Erkrankung der Sehnen und des Periosts, bei der es an verschiedenen Körperstellen, meist in der Nähe der Gelenke, symmetrisch zur Bildung von fibrösen Knötchen kommt. Er ist keine Erkrankung sui generis, sondern ein den andern Manifestationen rheumatischer Infektion koordiniertes Symptom. Er befällt meist Kinder vor der Pubertät, deren Konstitution durch vorausgegangene rheumatische Erkrankungen geschwächt ist. Er ist stets von schweren Herzklappenveränderungen begleitet, die über kurz oder lang zum exitus führen. Den mit ihm komplizierten rheumatischen Erkrankungen muss eine Malignität zuerkannt werden. Das Auftreten von Rheumatismus nodosus im Verlaufe von Erkrankungen mit unbekannter Aetiologie muss als pathognomonisches Zeichen für die rheumatische Natur derselben aufgefasst werden.

4. Kapsammer, Wien: **Zur Frage der Phloridzinprobe.**

Die Bedeutung des zeitlichen Auftretens der Phloridzindiabetes als sicheres Reagens für die Funktionsprüfung der Niere wird gegenüber der Kritik Lichtensteins in Nr. 44 d. W. erneut verteidigt.

Bücherbesprechung.

Ein biographisches Lexikon der deutschen Universitäts-Dozenten. Unter dem Namen „Das akademische Deutschland, Biographisches Handbuch der deutschen Universitäten“ erscheint im Verlage von K. G. Th. Scheffer-Leipzig ein lexikalisches Werk, das nicht nur die Biographien sämtlicher deutschen Universitäts-Dozenten geben, sondern auch ein übersichtliches Bild bieten soll, durch welche Lehrkräfte die einzelnen Disziplinen an den Universitäten des deutschen Reiches vertreten sind. „Das akademische Deutschland“ bringt nicht, wie es bisher bei biographischen Sammelwerken üblich war, die Namen der Dozenten in alphabetischer Reihenfolge, sondern nach Fakultäten und innerhalb der Fakultäten nach Disziplinen geordnet. Innerhalb jeder Disziplin sind die Universitäten in alphabetischer Reihenfolge, und innerhalb jeder Universität die Dozenten nach dem Rangverhältnis angeführt. Man kann also mit einem Blicke übersehen, welche Lehrkräfte — Ordinarien, Extraordinarien, Privatdozenten, Lektoren — zurzeit etwa für die alttestamentlichen Wissenschaften oder das Strafrecht oder die pathologische Anatomie oder die Aegyptologie an jeder Universität etc. etc. vorhanden sind, und bei jedem Dozenten zugleich die Biographie finden. Ein alphabetischer Index sämtlicher Dozenten erleichtert die Auffindung der einzelnen Biographien. Jede Biographie bringt im knappesten Umfange die Hauptdaten aus der wissenschaftlichen Laufbahn des Dozenten und eine mit wenigen Worten zu gebende Charakteristik seiner Lehr- und Forschertätigkeit, die durch die Anführung seiner Hauptschriften ergänzt wird. Die Angaben beruhen zum grössten Teile auf Mitteilungen der Herren Dozenten selbst. Herausgeber des „Akademischen Deutschland“ sind die Herren Dr. Gustav Zieler-Berlin und Dr. Scheffer-Leipzig.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Der Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff Halle a. S.



Medicinische Woche

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen.

Herausgegeben von

R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.



Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P. Meißner.

Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 14. Januar 1907. Nr. 2.

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag und kostet vierteljährl. 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Der heutige Stand der Wochenbettpflege.

Nach einem in der medicinischen Gesellschaft zu Giessen gehaltenen Vortrage

von

Dr. Kroemer, Privatdozent zu Giessen.

(Fortsetzung.)

Wie der Darm, so bedarf auch die Vagina einer flora ihr offenbar angepasster Bakterien (Charakteristische Säure-Stäbchen!), welche nur unter pathologischen Umständen zurückgedrängt und durch andere Formen ersetzt werden. Wer die Berechtigung, einen pathologischen Scheidenfluor anzunehmen, leugnet, muss auch soweit gehen, eine gonorrhoische Scheide für nicht infektiös zu halten. Die Bedeutung der Gonococcen scheint mir in dem Kampf der Meinungen wichtig. Sie beweisen uns durch immer neue Belegfälle die Keim-Ascension und Virulenzsteigerung. Wir können nicht mehr die Diagnose: „echtes Puerperalfieber" auf die positiven Befunde von Streptococcen beschränken. Wenn wir auch noch nicht so weit sind, nach dem Ergebnis der bakteriologischen Lochien-Untersuchung — je nach dem Erreger — die einzelnen Formen in ein nach aetiologischen Faktoren begründetes Schema zu ordnen, so müssen wir doch oft genug erfahren, dass Staphylococcen — Gonococcen — Bakt. Coli Formen und andere genau die gleichen stürmischen Erscheinungen machen wie echte Streptococcen und zu schweren, echten Puerperalerkrankungen führen können. Mit Recht trennt man die gewöhnlichen Gonococcenerkrankungen von der eigentlichen Wundinfektion. Der Gonococcus ist in der Regel ein Epithelbewohner und hält sich an der Oberfläche. Aber schon die diffuse Gonococcenperitonitis ist ein Stadium, in welchem echte Streptococcenpuerperalfieber und Gonococcen-Aussaat klinisch dasselbe Bild machen können. Dazu kommt, dass die Gonococcen immer häufiger im Myometrium, in parametranen Abszessen, ferner als Erreger typischer Phlegmasie — Endocarditis — Arthritis nachgewiesen werden, so dass über die Möglichkeit ihres Eindringens nach Art einer typischen Wundinfektion sowie ihrer Verschleppung auf dem Blut- und Lymphwege wohl nicht mehr gestritten werden kann. Ihre Verschleppung in die Harnwege und das gelegentliche Entstehen einer gonorrhoischen Pyelonephritis wird ja wohl von niemand mehr geleugnet.

Ich weiss sehr wohl, dass die foudroyant verlaufenden Sepsisfälle, die ja jeder Therapie spotten, so gut wie immer dem Streptococcus pathogenes longus anzurechnen sind — aber bei den meisten Spätinfektionen konnten wir wenigstens fast nie einen einfachen bakteriologischen Befund erheben. Stets ergab die von seiten des bakteriologischen Instituts liebenswürdiger Weise übernommene Untersuchung eine Mischinfektion, bei welcher namentlich Pseudodiphtheriebazillen und bact. Coli häufig eine Rolle spielten.

Wenn wir auch annehmen können, dass die begleitenden Symbionten den Boden für die in den einzelnen Fällen verschiedenen Haupterreger (Streptococcen, Staphylococcen) nur vorbereiten, so bleibt doch die Bedeutung der Mischkeime nicht geringer. Sie setzen die lokalen Widerstände herab und lockern den Boden für die wahre Infektion.

Für die Praxis kann man an dem seiner Zeit von unserer Klinik (Kroemer, Monatsschrift für Geb. und Gyn. XX) empfohlenen Verfahren festhalten: „Die Behandlung des pathologischen Scheidenfluors in der Schwangerschaft ist eine notwendige und einfache Prophylaxe puerperaler Morbidität. Wenn der Ausstrich aus dem pathologischen eitrigen Scheidenfluor in Uebereinstimmung mit dem grob-klinischen Befund statt des bekannten Bildes der Säurestäbchen und Epithelien, Eiterkörperchen und überwiegend fremdartige Bakterien (Gonococcen, Streptococcen, Staphylococcenrasen etc.) enthält, so ist diese Scheide mit desinfizierenden Spülungen zu behandeln, gerade so gut wie eine Furunkulose erst zur Abteilung gebracht sein muss, ehe wir eine Operation vornehmen. Der Befund von Streptococcen im Deckglasausstrich ist doch relativ selten. Meistens muss man recht sorgfältig suchen, ehe man einige kurze Ketten zu Gesicht bekommt. Ich stehe nicht an, einen reichlichen Streptococcenbefund im Ausstrich, der uns beim ersten Blick ins Mikroskop und überall im Präparat begegnet, für pathologisch zu erklären. Die chemische Reaktion des Scheidensekretes ist meistens sauer auch bei pathologischem Fluor. — Alkalische Reaktion sahen wir höchst selten und nur vorübergehend.

Wie ich des Weiteren ausführte, wird unsere Prophylaxe nur solange fortgesetzt, als der klinische Befund es erfordert. Wir beginnen mit der Behandlung der fast stets dabei zu beobachtenden Hautaffektionen der Vulva und ihrer Umgebung (Damm und Schenkelhaut). Nach dem Rasieren und Desinfizieren der äusseren Genitalien wird die ganze Region zunächst durch feuchte Vorlagen ($^1/_{2000}$ Sublimatlösung — essigsaure Tonerde) gereinigt, später durch Salbenauftrag (Zinkpaste — Lenigallol $10^0/_0$ — Ungt. Drachylon) vor dem herabrinnenden Vaginalfluss geschützt. Die Scheide selbst wird durch milde Vaginalduschen (Sublimat 1 : 2000) zweimal täglich gereinigt, bis Sekretmenge und -Art zur Norm zurückkehren. Zuweilen hat Hefebehandlung (Rheol) und bei hartnäckigem Soorbelag auch mechanisches Austupfen sich bewährt.

Für wesentlich erachten wir ferner, dass wir in allen pathologischen Fällen die Geburt möglichst ohne innere Untersuchung leiten, ja dass wir pathologische Fälle auch in den letzten Wochen nicht zu den Untersuchungen der Studierenden heranziehen. Dass uns der Schwangerschaftsbefund in allen Gonorrhoefällen z. B. — zur besonders sorgfältigen Wochenbettsüberwachung führt (Verlängerung der Liegezeit) — sei nur nebenbei erwähnt. Unsere Maßnahmen im Wochenbett sind wiederum nur auf das

Mindestmaß beschränkt. Es widerstrebt uns alle, auch die normalen Wöchnerinnen in Behandlung zu nehmen. Aus diesem Grunde konnten wir uns nicht entschliessen, das Austupfen der Scheide zur Entfernung der Blutgerinnsel (Zweifel) vorzunehmen. Wir beschränken uns darauf, bei profusen und riechenden Lochien die Vagina durch milde Spülungen (Wasserstoffsuperoxid [1%] oder Kali permangan) zu entlasten. Die Hauptsache ist auch hier die Reinigung der Vulva und des Dammes, bei welcher die Pflegerin — mit der Pinzette arbeitend — niemals die Genitalien berühren darf.

Unter der Geburt wird bei Spontanverlauf jeder Versuch innerer Desinfektion, als zu grober Eingriff, ängstlich vermieden. Tritt die Notwendigkeit operativer Beendigung fiebernder Fälle an uns heran, so wird von Fall zu Fall über die Art der Vorbereitung und Nachbehandlung entschieden. Bei riechendem zersetzendem Scheideninhalt wird auch hier das Operationsfeld vor dem Eingriff gereinigt und desinfiziert (Lysol 1%). Ist der Uterus mit Wahrscheinlichkeit Sitz der Fieberursache, so würde eine einmalige Alkohol-Ausspülung den Eingriff beschliessen. Diese letzten Maßnahmen, deren Unschädlichkeit wir genugsam erprobten, wenden wir auch im Wochenbett nach notwendig werdenden intrauterinen Eingriffen an. Doch soll dies noch weiter unten Erwähnung finden.

Dieses streng individualisierende Verfahren während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett halten wir nach wie vor für die richtige Lösung der schwebenden Fragen hinsichtlich unserer praktischen Bestrebungen. Fränkel (Enzyklopaedische Jahrbücher, neue Folge, 4. Bd.) betont auch die Wichtigkeit dieses unseres vermittelnden Standpunktes. In jedem Falle würden wir nach unseren oben geschilderten Anschauungen eine bindende, gesetzliche Vorschrift: „Die Desinfektion der Scheide ist unbedingt zu üben, bezw. zu unterlassen" als absolut falsch bekämpfen müssen! Die Entscheidung wird von Fall zu Fall stets vom Arzt getroffen werden müssen.

Ich sagte im Eingang unserer Betrachtung, dass unser Bestreben danach ginge, alle Schädigungen der Mutter durch das Gebär-Geschäft zu vermeiden. Worin bestehen ausser den puerperalen Wunderkrankungen diese Schädigungen? Gefährdet sind in der Schwangerschaft die grossen Entgiftungsorgane, in erster Linie Niere und Herz (parenchymatöse Nephritis-Eklampsiegefahr) im Wochenbett. Fernerhin drohen Infektionen der Brustdrüse (interstitielle und parenchymatöse Mastitis), noch häufiger vielleicht Ureter- und Blasenstörungen (Cystitis und aufsteigende Pyelitis).

Als häufige Folgen der Schwangerschaft bezw. der Geburt erwähne ich ferner die Erschlaffung der Bauchdecken mit und ohne Diastase der Recti und mehr oder weniger fortgeschrittener Enteroptose, das Entstehen oder Grösserwerden von Hernien, Scheidensenkung und -Prolaps. Hierher gehört auch das Entstehen von Varicén und Lageveränderungen des Uterus. Endlich muss man hier die mögliche Verschlimmerung allgemeiner Leiden erwähnen. Vor allem ist ja die Kombination von Schwangerschaft und Tuberkulose oder Herzfehler, Basedow, Diabetes, Nephritis chronica gefürchtet.

Von selteneren Affektionen führe ich an: Osteomalacie, Glaskörperblutungen, Netzhautablösung, perniziöse Anaemie. Diese Zusammenstellung bezweckt nicht die Aufzählung aller möglichen Schädigungen. Es lag mir mehr daran, die typischen Gefahren hervorzuheben, weil aus ihnen wiederum hervorgeht, dass unsere therapeutischen Maßnahmen in erster Linie prophylaktische sind und dass auch diese Prophylaxe schon in der Schwangerschaft einsetzt, bezw. einsetzen müsste. Wir können sogar ganz im allgemeinen zwei Richtungen der Therapie erkennen. In allen Fällen, in welchen eine Prophylaxe bei gefährlichen Allgemeinleiden in der Schwangerschaft erfolglos scheint, beseitigen wir die Schwangerschaft frühzeitig: so bei progredienter Tuberkulose, so bei schweren Herzfehlern und Nephritis, Eklampsie, zuweilen auch bei Osteomalacie etc., sobald die Schwangerschaft das Leben oder die Gesundheit der Mutter bedroht und der entbindende Eingriff Aussicht auf Erhaltung des mütterlichen Lebens bietet.

In allen anderen Fällen, in welchen das Leben der Mutter zunächst nicht bedroht ist, setzt die Prophylaxe ein und versucht, die schon in der Schwangerschaft drohenden Schäden vorzubeugen. Die Schwangerschaft ist ein normaler Zustand, aber die Geburt ist die Kraftprobe, welcher die Schwangere sich unterziehen muss. Je besser wir in der Schwangerschaft das Individuum ausgerüstet haben, um so geringer wird die Reaktion im Wochenbett sein.

Die prophylaktischen Bestrebungen dürfen sich aber nicht auf die wohl allgemein geübte Pflege und Abhärtung der Brüste (kalte Waschungen, Formierung der Warze) und die Kontrolle der Nierentätigkeit beschränken. Vielmehr müssen unsere orthopaedischen Maßnahmen schon beim ersten Beginn der Schwangerschaftsüberdehnungen der Gewebe, ja womöglich vor denselben einsetzen. Intelligente Frauen werden wohl stets rechtzeitig auf sich achten und den Rat ihres Arztes nachsuchen. Jedoch ist im allgemeinen die Indolenz der Individuen gegen ihren

Feuilleton.

Eine Reise auf der „Amerika" nach Amerika.

Von Dr. **Clemm**-Darmstadt.

(Fortsetzung.)

Die drei grössten Hafen der Erde: London, New York und Hamburg lassen sich nicht miteinander vergleichen. Der englische und der deutsche sind Flusshafen, unendlich künstlich mit gewaltiger Aufbietung von Geistesarbeit, Geld- und Zeitmitteln geschaffen. Sie wirken überwältigend grossartig und fesselnd auf den, welcher sie zum ersten Male sieht! Was aber wollen sie besagen neben dem von der Natur dargebotenen Riesenbecken an der Hudson-Mündung! Dem Hafen von New York vergleicht sich wohl nichts auf Erden an Grossartigkeit und Nachhaltigkeit des Eindruckes, wer in diesem Getriebe sich umgetan hat, wird diese Pracht, diese gewaltigen Bilder niemals vergessen! Auf die Stadt New York, wo 4 Millionen Menschen in Riesenkasernen zusammengepfercht sind, kann ich schon eher verzichten!

Vorbei an mächtigen Sperrforts, eine düster qualmende Stadt von Schloten, die Rockefellersche Standart-Oil-Cy. zur Seite lassend, gehts auf die kleine Insel zu, auf welcher die Freiheitsstatue sich erhebt, welche der französische Freistaat der Stadt New York zum Geschenk gemacht hat. Sie wirkt etwas komisch, die grünpatinierte, einsame, etwas vierschrötige Dame, welche in staunender Selbstbewunderung nach ihrer Zackenkrone hinaufschaut und einen Flambeau in der Rechten schwingt, der eine infame Aehnlichkeit mit dem Polizeiknüttel besitzt, mit welchem die New Yorker policemen Freiheitsbegriffe und Menschenrechte in recht handgreiflicher Weise predigen. Eine andere kleine Insel, mit mächtigen Gebäuden besetzt, schwimmt ein wenig weiter draussen backbords vom einfahrenden Schiffe: es ist Ellis Island, wo die Einwanderungsbehörde ihre Paläste errichtet hat — nachdem die Holzgebäude, welche der neueingeführten Grenzsperrung, mit der die Vereinigten Staaten sich gegen die Ueberflutung durch fremdes Proletariat verwahren, durch Feuer niedergelegt wurden —; ein kleines Stückchen Land, wo über das Schicksal von Hunderttausenden von Menschen jährlich der Stab gebrochen wird, auf welchem es sich entscheidet, ob aus dem polnischen Kaftanträger oder dem kleinrussischen Bauern, dem Serben, Rumänen, Galizier, wie sie in bunter Mischung mit — erfreulicherweise nur wenigen mehr! — Deutschen im Zwischendeck herübergekommen sind, „freie Amerikaner" werden, oder ob diese oft recht merkwürdigen Exemplare des genus homo durch Schub wieder über die grosse Salzwanne zurückgebracht werden sollen. Meinen Besuch auf diesem, in seiner Art einzig auf Erden dastehenden Fleckchen Landes werde ich später schildern. In was für einem Staate es liegt, weiss ich nicht mehr genau: Jedenfalls leistet der über unsere „Kleinstaaterei" so geringschätzig spöttelnde freeborn american darin

eigenen Körper, die Vernachlässigung des letzteren noch allgemein recht gross und nicht nur in den ärmeren Klassen der Bevölkerung verbreitet. Wie häufig finden wir in der Sprechstunde nach einer einzigen Entbindung die gesamte vordere Bauchwand erschlafft und bei dem herrschenden falschen Korsettbau alle Vorbedingungen zum venter propendens und zur Enteroptosis univertalis gegeben. Varicen nehmen fast alle als unvermeidliche Schwangerschaftsbeigabe mit in den Kauf und lassen den entstandenen Schaden grösser und grösser werden, bis endlich vielleicht schmerzhafte Knoten in einer Gelenkbeuge sie zum Arzt zu gehen zwingen. (Fortsetzung folgt.)

In der vorigen Nummer hat sich leider ein sinnstörender Druckfehler eingeschlichen. Auf Seite 1, Spalte 2, Zeile 14 von unten lies: Infektion statt Desinfektion.

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 19. Dezember 1906.

Vor der Tagesordnung

demonstriert Litten Präparate von zwei Fällen von Lebersyphilis, eine Frau und ein zwölfjähriges Kind betreffend, die beide infolge einer Haematemesis gestorben sind. Die Lebern zeigen hochgradige Lappung und sind mit zahlreichen Gummata durchsetzt. Als Quelle der Blutung liessen sich bei der Autopsie arrodierte erweiterte Venen im unteren Teile des Oesophagus nachweisen. Diese sind wohl immer als Ursache der Blutungen bei der Cirrhosis hepatis überhaupt anzusehen und nicht parenchymatöse Magenblutungen, wie man früher annahm.

T. Cohn stellt einen Fall von Aphasie vor.

Manasse berichtet über einen Fall von Hydronephrose, bei dem bei der Untersuchung mit Magen- und Rectumaufblähung der Tumor sich spontan eröffnete und Eiter entleerte. Bei der Operation zeigte sich, dass der Hauptanteil der Erweiterung das Nierenbecken betraf; der Ureter lief an der vorderen Wand der Cyste entlang.

Martens demonstriert Röntgenbilder von einem Fall von Oesophagusdivertikel.

Cohn zeigt ein Mädchen mit hysterischen Bewegungen des Gaumensegels.

Tagesordnung.

M. Senator: Ueber die subglottische Laryngoskopie.

S. hat die Gerbersche Methode der Inspektion des subglottischen Raumes durch Einführung eines zweiten Spiegels in den Kehlkopf nachgeprüft und in einem Falle als Ursache einer Diphthongie Knötchenbildung an der unteren Fläche der Stimmbänder nachgewiesen, deren Beseitigung mit Aetzmitteln Heilung herbeiführte.

In der Diskussion betonen Rosenberg und Mayer, dass die Methode absolut nichts neues darstellt.

Heubner: Zur Kenntnis orthotischer Albuminurie.

Ein Teil der Autoren, die über orthotische Albuminurie gearbeitet haben, hat die Meinung vertreten, dass es eine Albuminurie ohne Nierenkrankheit gibt. Eine befriedigende Erklärung für das Zustandekommen einer solchen ist schwer zu geben. Eine Klärung ist in jüngerer Zeit angebahnt durch Untersuchungen über den Blutdruck, die zeigten, dass, während bei Normalen unter gewissen Bedingungen der Blutdruck steigt, er bei Orthotikern sinkt, durch den klinischen Nachweis einer Schwäche des Herzens bei Orthotikern und durch Untersuchungen über Pulsdruck und Geschwindigkeit des Blutstromes, die eine Schwäche des Blutgefässsystems der Nieren annehmen lassen. H. hat zum ersten Male einen Autopsiebefund bei orthotischer Albuminurie erleben können. Es handelte sich um ein lange und genau beobachtetes Kind mit orthotischer Albuminurie, das an einem Hirntumor starb. Die Nieren erwiesen sich makroskopisch als völlig normal; die genaue mikroskopische Untersuchung derselben zeigte neben leichten Hyperaemien hier und da geringfügige fettige Degenerationserscheinungen der Epithelien und einen ganz kleinen zirkumscripten atrophischen Herd. H. glaubt diese geringen Veränderungen nicht im Sinne einer Erkrankung der Niere ansprechen zu sollen und hält durch seinen Befund den Beweis für erbracht, dass es eine Albuminurie ohne Nierenerkrankung gibt.

Diskussion:

Kraus: Die konstitutionelle Minderwertigkeit hält er nicht für das Wesentliche bei der orthotischen Albuminurie. Den anatomischen Beweis für die Unversehrtheit einer Niere zu erbringen, hält er für sehr schwer. Er betont die Wichtigkeit der Diagnose der orthotischen Albuminurie für die Berufswahl, Lebensversicherung etc. und macht auf ein von Versicherungsärzten angegebenes differentialdiagnostisches Hülfsmittel aufmerksam: 1 g milchsauren Calciums soll das Albumen der benignen Albuminurie trotz Aufbleibens und Normallebens sofort zum Schwinden bringen.

Senator sieht in den geringfügigen anatomischen Befunden Reste von Entzündungserscheinungen und meint, dass die H.schen Untersuchungen gerade den Beweis erbringen, dass die orthostatische Albuminurie nur bei, wenn auch noch so leicht kranken

---

vielfach ein Erkleckliches mehr als bei uns möglich ist: Wer z. B. in der Stadt New York sein im Staate gleichen Namens erworbenes Arztpatent dazu benutzen wollte, um auch in der, am rechten Hudsonufer gelegenen, in ständig-regem Verkehr mit ihr stehenden Hafenstadt von New York, in Hoboken, zu praktizieren, der würde, da diese im Staate New Jersey liegt, übel ankommen. Sein Arztdiplom gilt dort nicht mehr, als wenn er etwa in die Schweiz damit ginge! Ach ja, auch wir können über manches lachen, was diese unerreichbaren Amerikaner drüben haben, und mehr als ein altes Zöpflein bammelt drüben nicht nur den zahlreichen Chinesen auf dem Buckel! Nun habe ich der Reise Ziel bereits erwähnt. Rechts steigen die riesenhaften, abscheulich hässlichen Speicherbauten der New Yorker Wolkenkratzer in die Luft, in vornehmeren Linien schmiegt sich daneben die berühmte, von einem deutschen Ingenieur erbaute, erste Hängebrücke nach Brooklyn, welche von der später erbauten zweiten an Grossartigkeit noch übertroffen wird, hinüber, dem Kopfe von Long Island, der mächtigen vorgelagerten Insel, welche von der Manhattan-Insel, auf der die City der Weltstadt sich erhebt, des Ozeans Anprall abhält.

An veralteten Festungsrotunden, roten Steinbastionen vorbei, zu deren Füssen eine Menge von Geschützen aufgefahren ist, die mit den dahinter geschichteten Kugelhaufen stark an ein Waffenmuseum gemahnen, gehts jetzt auf die Hudsonmündung zu, um an ihrem rechten Ufer die deutschen Peers von Hoboken zu erreichen. Zu den erwähnten alten Kanonen muss ich aber noch den Spass erzählen, warum dieselben dort aufgefahren sind. Als der kühne Cerveras im spanischen Kriege mit seinen elenden Schifflein den Amerikanern längere Zeit entgangen war, bemächtigte sich der Letzteren eine solch krankhafte Angst, der spanische Seeheld werde New York bombardieren, dass sie ihr altes Soldatenspielzeug dort auffuhren, wahrscheinlich um ihn damit wegzugraulen. Denn die alten Feuerschlünde hätten selbst Cerveras' Holzschiffen nur Salut schiessen können! So hat man mirs berichtet, si non vero bene trovato! —

Nach dem furchtbaren Brande, welchem ein gut Teil der früheren Holzpeers von Hoboken zum Opfer fiel, werden nur noch eiserne Gebäude errichtet. Diese mehrstöckig ins Hafenbecken auf viele hundert Meter hinausspringenden Kolosse sind von einer mustergiltigen Einfachheit der Einrichtung bei erstaunlicher Zweckmäßigkeit; freilich geben die „Höft" genannten Hamburger Schiffsländen ein hinreichendes Bild von ihrer Einteilung, so dass ich dieselbe hier nicht näher zu schildern brauche. Auf der Landseite des Peer 3, an dem wir anlegten, während an seiner anderen Längsseite die „Batavia" bereits löschte und an Peer 2 der schöne nach Neapel-Genua fahrende „Blücher" lag, befindet sich das Modell des Hamburger Bismarckdenkmals, das auf der Weltausstellung in St. Louis ausgestellt war. (Fortsetzung folgt.)

Nieren vorkommt. Die Erscheinungen der orthostatischen Albuminurie sind dieselben wie bei den Stauungen venöser Art; beim Aufsein und Stehen steigt der venöse Druck, während der arterielle sinkt. Bei den meisten Orthotikern lässt sich irgend eine Infektion anamnestisch nachweisen; die Albuminurie ist das sehr lang dauernde Abklingen einer vorangegangenen Entzündung der Nieren.

Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie zu Berlin.

Sitzung am 14. Dezember 1906.

Vorsitzender: Herr Keller.

I. Demonstrationen.

1. Herr Liepmann: Krankenvorstellung. Patientin, eine IX. para, wurde am Ende der Gravidität mit fünfmarkstückgrossem Blumenkohlgewächs aufgenommen. Mit Rücksicht auf die Tatsache, dass die vaginale Hysterotomie mit anschliessender Totalexstirpation bei Carcinom in der Gravidität sehr schlechte Resultate qua Recidiv liefert, wurde die abdominelle Totalexstirpation nach Sectio caesarea vorgenommen. Kind lebt, Rekonvaleszenz bis zum 21. Tage fieberfrei, dann durch Thrombophlebitis gestört. Nur neun entsprechende Fälle bisher beschrieben. Da sich in dem Carcinom ante operationem Reinkulturen von Streptococcen fanden, wurden besondere Vorsichtsmaßregeln zur Verhütung einer Infektion getroffen: Am Tage ante op. Formalintampon in die Vagina, trotzdem dahinter nach Streptococcen gefunden; unmittelbar vor der Operation wurde der Tumor mit Scheidenschleimhaut übernäht, dann erst die Scheide desinfiziert. Trotzdem nach Eröffnung des Peritoneums in der Bauchhöhle noch Streptococcen; deshalb post operationem Durchspülung der Bauchhöhle mit 5 Liter Kochsalzlösung, Abfluss nach der Vagina; nach dieser Spülung keine Streptococcen mehr. Endlich bekam Pat. noch eine Injektion von Aronsonschem Antistreptococcenserum. Die Operation selbst war auffallend leicht auszuführen.

Diskussion: Herr Bumm hat sich im vorliegenden Fall trotz des Vorhandenseins der Streptococcen zum abdominalen Vorgehen entschlossen, weil er bisher in allen Fällen von vaginaler Operation Recidive gesehen hat und nur radicale Carcinomoperationen für berechtigt hält. Er bestätigt die auffallende technische Leichtigkeit der Operationen in der Gravidität.

Herr Olshausen hält die Prognose der vaginalen Operation für doch nicht so schlecht; die früheren schlechten Resultate waren bedingt durch mangelhafte Technik.

Herr Czempin fragt an, ob mit den Streptococcen Impfversuche vorgenommen worden sind.

Herr Liepmann: Derartige Impfversuche sind prinzipiell aufgegeben, weil der Ausfall der Tierversuche für die Beurteilung der Menschen-Virulenz nichts beweist.

2. Herr Olshausen: Präparate.

a) Adenokarzinom des Corpus uteri. Bemerkenswert an dem Fall ist einmal, dass die Trägerin der Geschwulst erst 37 Jahre alt war und ferner, dass dieselbe trotz erheblicher Grösse so wenig Symptome machte, dass erst durch ein Probecurettement die Diagnose gestellt werden konnte.

b) Myom und Schwangerschaft. Myomatöser Uterus einer 42jährigen Patientin mit Foet. M. III. Exstirpation notwendig, da der Tumor ein absolutes Geburtshindernis darstellte.

c) Dickdarmcarcinom. Bei der Patientin, einer älteren Frau mit Unterleibsbeschwerden, wurde ein Tumor in der linken Beckenhälfte diagnostiziert, der als Ovarialtumor angesprochen wurde. Bei der Operation stellte es sich heraus, dass es sich um ein Carcinom des Dickdarms mit starker Kotstauung, die trotz mehrtägigen energischen Abführens nicht behoben worden war, handelte. Resektion, Naht mit Catgut, Demonstrationen der dazu verwandten Darmklemmen mit Gummischutz. Glatte Rekonvalescenz.

Diskussion: Herr Bumm fragt an, ob vorher nicht Blut oder Eiter im Stuhlgang gefunden worden ist.

Herr Olshausen: Nein, es bestanden ausser starker Obstipation fast gar keine Symptome, die auf eine Darmerkrankung hätten schliessen lassen können.

Herr Bumm glaubt, dass derartige Fälle relativ häufig zu Fehldiagnosen Anlass geben. Er selbst hat zwei ganz gleiche Fälle erlebt, die er auch irrtümlich für Ovarialtumoren gehalten hatte. Deshalb ist eine besonders sorgfältige Anamnese auf Blut- oder Schleimabgang wichtig. Die Naht des S. Romanum gilt als ganz besonders difficil und gefährlich. Er benutzt dieselben Klemmen, wie Herr O., nur ohne Gummischutz.

Herr Strassmann: Bei der Diagnose wird häufig der über dem Tumor liegende, durch Kotstauung aufgetriebene Darmteil für den eigentlichen Tumor gehalten. Er berichtet über einen ähnlichen Fall von Gallertcarcinom bei einem 20jährigen Mädchen, wo die richtige Diagnose durch Verwendung des Rektoskops ermöglicht wurde.

Herr Steffek berichtet über einen einschlägigen Fall, wo bei einem 19jährigen Mädchen die Diagnose aus einem zufällig am Tage vor der Operation abgehenden Tumorstückchen gestellt werden konnte. Erwähnenswert ist, dass die Patientin jetzt — nach 9 Jahren — noch gesund ist.

Herr Mainzer hat in einem derartigen Fall, den er irrtümlich für einen Abscess gehalten hatte, das Missgeschick gehabt, bei vaginalem Vorgehen den Darm zu eröffnen. Er empfiehlt die Rektoskopie.

Herr Czempin empfiehlt zur Sicherung der Diagnose einen von Körte angegebenen einfachen Kunstgriff, nämlich die Einführung eines ca. 40 cm langen Schlauches in das Rectum und den Darm, dadurch wird die Untersuchung der Darmausscheidungen, die der Arzt sonst häufig nicht zu sehen bekommt, ermöglicht.

Herr Olshausen: Schlusswort.

3. Herr Orthmann, Corpuscarcinome. Demonstration einer grösseren Anzahl Präparate von Corpuscarcinomen mit kurzer Angabe der wichtigsten klinischen Daten. Fünf Fälle sind vaginal operiert, davon drei mit Schuchardtschem Schnitt, vier abdominal. Mikroskopisch: sämtlich Adenocarcinome. Dreimal Komplikation mit Myom. Einmal doppeltes Carcinom (Corpus und Cervix).

Diskussion: Herr Henkel, Herr Orthmann.

II. Vortrag des Herrn Kownatzki. Ueber die Venen des weiblichen Beckens mit besonderer Berücksichtigung der puerperalen Venenunterbindung. (Mit Demonstrationen.)

An der Hand einer Anzahl von Beckenvenen-Injektionspräparaten beschreibt K. nach einem kurzen Ueberblick über die Anatomie der Beckenvenen und die angewandte Injektions- und Untersuchungstechnik die einschlägigen Verhältnisse am normalen und graviden Körper unter besonderer Berücksichtigung der klinisch-operativen Gesichtspunkte. Die anatomischen Einzelheiten sind zu kurzem Referat ungeeignet. G. Z.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

Sitzung vom 13. November 1906.

Vorsitzender Herr Kümmell.

I. Demonstrationen: 1. Herr Cordua (Harburg) stellt eine Patientin vor, die er wegen Carcinoms der Pappilla duodenalis erfolgreich operiert hat. Es war Steinverschluss des Ductus choledochus angenommen worden, da alle Symptome hierfür sprachen: erst bei der Laparatomie zeigte sich, dass es um maligne Neubildung sich handele. Nach Exstirpation des Geschwürs wurde der Choledochus in das Duodenum geleitet, die Gallenblase entfernt, und eine Gastroenterostomie angeschlossen. 2. Herr König (Altona) demonstriert eine Frau, bei der er wegen eines ausgedehnten enostalen Unterkieferepithelioms den halben Kiefer exartikuliert hatte, und bespricht im Anschluss daran die Frage des Kieferersatzes. Patientin trägt eine Prothese, die in funktioneller wie in kosmetischer Hinsicht tadellos ist, und die von ihr selbst ausgewechselt werden kann. 3. Herr Delbanco führt wiederum den schon einmal gezeigten Feuerwehrmann mit Sclerodermie vor, dessen Leiden trotz der Salicyltherapie Fortschritte gemacht hatte. Jetzt ist Vortr. zu Fibrolysin- und Thiosinamininjektionen übergegangen. 4. Herr Krieg spricht über seine Erfolge bei Scoliosenbehandlung mit dem Klappschen Kriechverfahren. 5. Herr Kümmell zeigt an der Hand



eines einschlägigen Falles mehrere Röntgenaufnahmen von Wirbelkompressionsfrakturen, die häufig erst nach einiger Zeit Beschwerden machen. 6. Ferner spricht Herr Kümmell über den Erfolg von Thiosinamininjektionen bei Oesophagusstrictur in fünf Fällen; obwohl er anfangs dem Verfahren sehr skeptisch gegenüberstand, hat ihn das Resultat doch eines Besseren belehrt.

II. Dem am 10. November 1906 verstorbenen Medizinalrat des Hamburgischen Staates Herrn Dr. J. Reincke, der sich vor wenigen Monaten seiner angegriffenen Gesundheit wegen pensionieren liess, widmet Herr Kümmell einen warmen Nachruf.

III. Vortrag des Herrn Hasebroek: „Ueber Arteriosklerose und Gymnastik." (Autoreferat.) H. gibt zunächst die von ihm in früheren Arbeiten entwickelten Anschauungen über die Bedeutung der Gefässe für den normalen Kreislauf, speziell in Hinsicht auf die selbständige Aspiration der Peripherie gegenüber dem Herzen. Er berührt kurz die Tatsachen der Gefässhistologie und Physiologie, und definiert die Arteriosklerose, funktionell betrachtet, als Schädigung und Ausfall des selbständigen Eigenbetriebes der Gefässe. Eine Kompensation schafft die Natur durch Erhöhung des Blutdruckes, die Selbständigkeit der Peripherie geht unter Umständen so weit, dass die Peripherie für ein erkranktes Herz eintreten kann, wofür H. besonders die Versuche Balints über fehlende Kompensationsstörungen bei phosphorvergifteten herzklappenkranken Tieren mit totaler Degeneration des Herzmuskels anführt. Die Abnutzungstheorie kann nach H. nur für die Organe Gehirn, Herz, Niere, Splanchnicusgebiet gültig sein, für den Kreislauf des motorischen Körpers kann diese Theorie bei der grossen Zahl Arteriosklerotiker aus den besseren Ständen unmöglich zutreffen: denn hier ist es vielmehr Untätigkeit mit oder ohne Altersinvolution, welche den Eigenbetrieb darniederliegen lässt. H. führt den Körperkreislauf als Blitzableiter für die Abnützungsschädigungen nervöser und toxischer Natur auf. Die vorhandenen Ausgleichstellen im Körperkreislauf zu trainieren, ist das Ziel der Gymnastik. Der Körperkreislauf ist ein Organ, welches durch Vernachlässigung leidet und durch Uebung aufgebessert werden kann! Solche Arteriosklerotiker hält H. für geeignet zur Gymnastik. H. bespricht die Wirkung der Muskelarbeit auf die Pulscurve und den Blutdruck. Die Druckabnahme unter der Wiederholung der Muskelarbeit ist ihm Beweis für die Trainierbarkeit der Körperkreislaufperipherie. Das Training bedeutet für den Arteriosklerotiker Vergrösserung der Aspirationsbreite des Körperkreislaufes, resp. dessen Peripherie. Es findet ausserdem durch die Uebung eine Hebung der Toleranz gegen Blutdrucksteigerung statt.

H. gibt alsdann Uebersicht über die verschiedenen Methoden der Gymnastik und betont die Vorzüge der Zanderschen Gymnastik, bei welcher ein automatisches Arbeiten von Bedeutung ist. Möglichste Automatik hält H. für notwendig bei der aktiven belasteten Bewegung, um den Gefahren einer Blutdrucksteigerung vorzubeugen. Die Therapie ist zunächst prophylaktisch durch die Eliminierung der nervösen und toxischen Abnutzungsschädigungen durch gründliche Betätigung des Körperkreislaufes. H. meint, dass es vielleicht möglich sei, hierdurch die anatomische Sklerose zeitlich hinauszuschieben. Für die Wirkung der Gymnastik bei ausgebildeter Sklerose führt H. die Neurasthenie an, welche man neuerdings vielfach mit der Arteriosklerose und mit einer Blutdrucksteigerung in Verbindung bringt. Weitere Bemerkungen über Angina pectoris und Herzneurosen beschliessen den Vortrag! —

Schönewald.

Sitzung vom 27. November 1906.

Vorsitzender Herr Kümmell.

I. Demonstrationen: 1. Herr Wiesinger stellt einen jungen Mann mit linksseitiger Scapularesection wegen Osteomyelitis vor, deren funktionelles Resultat ausgezeichnet ist. 2. Herr E. Franke spricht über anormale Trichromasie und gibt die neuen Nagelschen Tafeln zur Diagnosensicherung herum. 3. Herr Rudolph demonstriert einen jungen Schlachter, bei dem sicher eine Tuberkuloseübertragung vom Tier stattgefunden hat. Er verletzte sich bei seiner Arbeit, die Wunde wollte sich nicht schliessen: durch das Röntgenbild wurde ein tuberkulöser Käseherd am vierten Metacarpus festgestellt. Pat. stammte aus völlig gesunder Familie und war selbst nie krank gewesen. 4. Herr Arning zeigt unter dem Mikroskop lebende Spirochaeten im hängenden Tropfen, die er aus einem Primäraffect gewonnen hat. Spirochaeten im Ausstrichpräparat aus syphilitischen Produkten, besonders aus Primäraffecten nachzuweisen, ist einstweilen noch sehr schwierig. Gefärbte Spirochaetenpräparate werden jetzt schon in einer Viertelstunde hergestellt, so dass die Diagnosenstellung auf Lues beschleunigt wird.

II. Vortrag des Herrn Simmonds: Ueber Form und Lageanomalien des Magens. (Autoreferat.)

Vortr. berichtet unter Vorführung zahlreicher Lichtbilder über seine durch photographische Aufnahmen des Bauchsitus bei Sektionen gemachten Erfahrungen über normale und pathologische Form und Lagerung des Magens. Er kommt zum Schluss, dass es nicht eine normale Magenform gibt, sondern zahlreiche verschiedene, dass die vertikale Stellung in allen Altersstufen weit überwiege, dass die von Holzknecht als pathologisch bezeichnete hakenförmige Form der Pars pylorica ebenfalls eine normale sei, da sie schon im Säuglingsalter, gelegentlich sogar bei starker Schleimfüllung beim Neugeborenen anzutreffen sei. Er weist ferner auf das Emporklappen des Magens durch stärkere Darmfüllung hin, wobei die hintere Magenfläche zur unteren werde. Das sei sehr häufig im Kindesalter. Der Magen nimmt diejenige Stellung ein, welche ihm die übrigen Eingeweide und der Gegendruck der Bauchdecken anweisen. Ist der Raum durch einen abnorm schmalen, sogen. paralytischen Thorax, durch Tiefstand des Zwerchfells, durch Schnürwirkung eingeengt, und kommt dazu Schlaffheit der Bauchdecken, die beim weiblichen Geschlecht, zumal nach Geburten, so häufig ist, hinzu, so erfolgt eine dauernde Verlagerung des Magens nach abwärts, die Gastroptose. Am häufigsten ist der ptotische Magen überdehnt, öfter gleichzeitig auch der Anfangsteil des Duodenums infolge Abknickung desselben an der Grenze zwischen dem beweglichen, oberen, horizontalen und dem vertikalen, fixierten Abschnitt. Bei älteren Individuen begegnet man oft nur partiell gedehnten oder auch ganz engen, darmähnlichen ptotischen Magen. Bei diesen steht in der Regel die kleine Kurvatur besonders tief, das Pankreas liegt dabei in grosser Ausdehnung frei vor, ist intra vitam palpabel. Man kann von einer ausgesprochenen Gastroptose reden, wenn der Pylorus oder die kleine Kurvatur oder beide abwärts von einer normal geformten Leber bei Eröffnung der Bauchhöhle vorliegen. Eine Verlagerung der Kardia kommt bei Gastroptose nur dann vor, wenn das Zwerchfell tief steht. Es gibt aber auch Gastroptosen bei Zwerchfellhochstand, so bei phthisischen Frauen mit Retraktion der Lungen und Obliteration der Pleurahöhlen. Bei Verwachsung des Pylorus mit der Leberpforte kann trotz exquisiter Ptose der Pylorus in normaler Höhe bleiben. Dann haben wir eine Gastroptose, die sich nur durch Verlagerung der kleinen Kurvatur dokumentiert. Die höchsten Grade von Gastrektasie neben Ptosis hat Vortr. bei kyphoskoliotischen Individuen gesehen und ferner dort, wo sekundär eine Krebsstriktur am Pylorus sich entwickelt hatte. In manchen Fällen wird die Ptosis durch Zugwirkung eines verlängerten dislocierten, schweren Colon oder durch Netztumoren und Hernien gefördert. Hand in Hand mit der Gastroptose geht oft eine Senkung des Colon transversum, welche denselben Schädlichkeiten wie die des Magens ihre Entstehung verdankt. Doch kommen für die Entstehung der Coloptose noch angeborene Anomalien des Colon, abnorm langes, schlaffes Lig. gastrocolicum, abnorme Länge und Schlingenbildung dieses Darmteiles in Betracht. Mäßige Grade von Coloptosis sind daher schon beim Kinde zu finden, während Gastroptosis in diesem Alter nicht vorkommt. Klinisch weniger wichtig sind die Verlagerungen des Magens durch abnorm gelagerte Schlingenbildung des Colon transversum. Oft ist der Magen nach rechts verdrängt durch eine zwischen Rippen und Magen eingelagerte bewegliche oder durch Adhaesion fixierte Colonschlinge. Gelegentlich kann sich eine solche Schlinge zwischen Zwerchfell und einen ptotischen engen Magen von oben her einschieben. Am häufigsten aber ist die Ueberlagerung des Magens durch ein verlängertes, geschlungenes Colon, so dass bei Eröffnung der Bauchhöhle der Magen nicht sichtbar ist. Dabei kann auch der linke Leberlappen mit vom Colon überlagert sein. Auch Ueberlagerung des rechten Leberlappens durch das Colon ist nicht selten. Alle

diese Magenverdrängungen machen wahrscheinlich keine Erscheinungen, sie bieten nur der physikalischen Diagnostik Schwierigkeiten.

III. Diskussion über den Vortrag des Herrn Hasebroek: „Arteriosklerose und Gymnastik". Nach einigen kurzen Bemerkungen des Herrn Raether bespricht Herr Hasebroek noch den grossen Wert der dosier- und kontrollierbaren Zander-Apparate. Schönewald.

Periodische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift. Nr. 47. 1906.

1. Cloetta, Zürich: **Ueber die Cumulativwirkung der Digitalis.**

Vergleichende Tierexperimente mit Digitoxin und Digalen ergaben das überraschende Resultat, das mit klinischen Erfahrungen übereinstimmt, dass das kristallinische Digitoxin eine cumulative Wirkung hat, das Digalen dagegen nicht. Zur Erklärung dieser Differenz konnte bei der Gleichheit der Elementaranalyse, der Farbenreaktionen, der Abbauprodukte für beide Substanzen nur noch die Moleculargrösse herangezogen werden. Nach den Bestimmungen dieser kommt dem kristallisierten Digitoxin die Formel $C_{28} H_{46} O_{10}$, dem Digalen die Formel $C_{14} H_{23} O_5$ zu, wobei es als wahrscheinlich anzusehen ist, dass die letztere die ursprüngliche Digitoxinformel ist und offenbar bei der Kristallisation zwei Moleküle zusammentreten. Es wurden nun Versuche angestellt, um zu sehen, ob in den verschiedenen Molecülgrössen die Ursache der Cumulativwirkung zu suchen sei. Diese ergaben mit Deutlichkeit, dass die Grösse des Moleculargewichts nicht maßgebend ist für den Eintritt der Cumulation; welche andern Faktoren denselben bestimmen, ist zur Zeit nicht zu überblicken; sicher erscheint nur, dass das einmal kristallisiert gewesene Präparat die Giftwirkung auslöst. Für die Beantwortung der Frage, unter welchen Umständen die Digitalis cumulativ wirkt, erscheinen diese Resultate von Wert. Die praktische Erfahrung, dass die ganz frischen Digitalisblätter fast nie cumulativ wirken, und die Tatsache, dass das kristallisierte Digitoxin dies mit einer gewissen Regelmäßigkeit tut, das Digalen dagegen nicht, erlauben die Folgerung, dass das Digalen das Digitoxin in dem Zustande darstellt, wie es sich in den frischen Blättern findet. Cumulative Wirkung an Folia digitalis wären danach in der Weise zu erklären, dass in derselben eine Ueberführung des Digalens in einen dem kristallisierten Digitoxin analogen Zustand stattgefunden hat. Die Cumulativwirkung ist somit keine notwendige Eigenschaft der Digitalis, sonst müsste sie das Digalen auch aufweisen; vielmehr ist ihr Auftreten an bestimmte Umstände und Veränderungen der Blätter gebunden. Weiteren Untersuchungen muss es vorbehalten bleiben, Anhaltspunkte dafür zu gewinnen, ob eine bestimmte Blättersorte bereits in dieses unzuverlässliche Stadium eingetreten ist.

2. Hamburger, Wien: **Ueber die Oberflächenwirkung des Perkussionsstosses.**

Bezüglich der Entstehung des Perkussionsschalles akzeptiert H. die, eine Vereinigung der Williamschen und Skodaschen Lehre darstellende Erklärung Mazonns, nach der der Perkussionsschall hervorgerufen wird durch die Schwingungen der Brustwand und durch die dadurch sekundär bedingten Schwingungen der Lungenluft, wobei die besondere Bedeutung der unbehinderten Schwingungsfähigkeit der Brustwand betont wird. Weiter schliesst er sich Weil darin an, dass die Intensität des Perkussionsschalles nicht nur von der Schwingungsamplitude, sondern auch von der Schwingungsmasse abhängt, unter der die Gesamtheit der in schallgebende Schwingungen versetzten Anteile der Brustwand, des Lungengewebes und der in ihr enthaltenen Luft zu verstehen ist. Die Schwingungsmasse hängt wiederum ab von der Intensität des Perkussionsschlages. Hierbei kommt aber nicht nur, wie Weil annahm, eine Tiefenwirkung in Betracht, sondern auch eine Oberflächenwirkung. Deren Bedeutung wird genauer erläutert und besonders gezeigt, wie die relative Leber- oder Herzdämpfung entsteht, wenn ein Teil des supponierten Erschütterungskreises durch die in ihn hineinfallende Leber (resp. Herz) am Schwingen verhindert wird. Mit dem Uebergreifen der ideellen Erschütterungskreise von der einen Thoraxhälfte auf die andere, sind leicht die paravertebralen und parasternalen Perkussionserscheinungen bei Pleuritis zu erklären. Die Berücksichtigung der Oberflächenwirkung des Perkussionsstosses ist praktisch von grosser Wichtigkeit besonders für die Untersuchung des kranken Kindes. Die grössere Elastizität und die dadurch erhöhte Schwingungsfähigkeit der kindlichen Thoraxwandung bedingen beim Kinde eine viel grössere Wirkungssphäre des Perkussionsstosses. Das ist bei Beurteilung der Untersuchungsresultate zu beachten, und weiter sind Fehler zu vermeiden, die durch künstliche Schwingungsbehinderung der Brustwand bedingt werden, dadurch, dass die stützende Hand der Mutter auf dem Thorax des Kindes ruht, oder dieses sich mit der Brustwand gegen die Mutter lehnt.

3. Lichtenberg, Heidelberg: **Experimenteller Beitrag zur Frage der Entstehung der Pneumonie nach Narkosen.**

Die Experimente wurden an Kaninchen angestellt und durch besondere Vorrichtungen mit Verwendung des Roth-Drägerschen Apparates Narkosezeiten bis zu 7 ½ Stunden erreicht, eine Zeitdauer, welche die bisher bei Narkoseexperimenten an diesen Tieren verzeichneten Zeiten aufs vielfache übertrifft. Die Tiere wurden entweder gleich nach der Narkose, oder 1—2 Tage später durch Verblutung, Nackenschlag oder elektrischen Schlag getötet. Die Experimente ergaben, dass bei Kaninchen nach Chloroforminhalation tiefgehende Lungenveränderungen angetroffen werden, welche innerhalb 48 Stunden zu einer typischen lobulären Pneumonie führen können. Die Veränderungen finden sich, ob man Chloroformdämpfe mit Luft oder ob man sie mit Sauerstoff gemischt einatmen lässt. Als das ursächliche Moment muss man die direkte schädigende Wirkung der Chloroformdämpfe auf die Alveolarepithelien annehmen. Die Quellung und Abstossung der verfetteten Epithelien, Blutungen in die Alveolen sind die unmittelbaren Folgen der Schädigung. Dadurch werden die einzelnen Bronchiolen verstopft, und so entstehen überall auf der Lunge zerstreut kleine atelektatische Herde. Ein Teil der Atelektasen dürfte auch auf Aspiration zurückzuführen sein; diese Atelektasen sind a priori als infiziert zu betrachten, während die durch Schädigung der Chloroformdämpfe entstandenen nur leicht infizierbare Puncta minoris resistentiae darstellen. Die durch die schädigende Wirkung des Narcoticums entstandenen Veränderungen der Lungen sind als ernste Komplikation der Betäubung zu betrachten, und die Narkose muss für die grösste Mehrzahl der postoperativen Lungenveränderungen verantwortlich gemacht werden. Die Hoffnung, durch Mischung der eingeatmeten Chloroformdämpfe mit Sauerstoff die Entstehung der Lungenveränderungen irgendwie vorteilhaft beeinflussen zu können, erscheint nach den Experimenten nicht berechtigt.

4. Schmieden, Bonn: **Ueber die Cirrhose des Pankreas.**

Zwei Fälle mit annähernd gleicher Anamnese und gleichem Befund: Abmagerung, heftige Kolikattaquen, fühlbarer, harter, höckeriger, druckempfindlicher Tumor, der Lage des Pankreas entsprechend. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines chronischen Krankheitsprozesses am Pankreas findet eine Stütze in der deutlichen Verlangsamung der Sahlischen Glutoidreaktion. Die Probelaparatomie ergibt im einen Falle Carcinom des Pankreaskopfes, im andern hochgradige Cirrhose des Organs; hier tritt nach einer ausgedehnteren Excision Heilung ein.

5. Blum, Strassburg: **Ueber die diagnostische Bedeutung der Angina typhosa ulcerosa.**

In einer nicht geringen Zahl von Typhusfällen lässt sich eine eigenartige ulceröse Angina beobachten; die Geschwüre sind flach, ovalär, mit leicht aufgeworfenem Rande; die Geschwürsfläche erscheint gelblich, blutet nach dem Abstreichen, zeigt keine Membranbildung; der Sitz ist meist an den vorderen Gaumensegeln, weichem Gaumen, Uvula. Von mancher Seite werden diese Ulcerationen für typhöse angesprochen und eine derartige Angina als sicheres Typhussymptom betrachtet. B. selbst vertrat diese Ansicht, bis ihn zwei Beobachtungen zur Aufgabe derselben zwangen. Es handelte sich um einen Fall von exsudativer Pleuritis und einen Fall von akuter Miliartuberkulose, bei denen sich die Angina in ihrer charakteristischen Form fand. Die mikroskopische

Untersuchung nach der Autopsie im zweiten Falle ergab, dass es sich um einfach katarrhalische Geschwüre handelte. Durch diese mangelnde Spezifizität ist die Deutung der Entstehung der Geschwüre und ihres häufigen Vorkommens beim Typhus abdominalis sehr erschwert; vielleicht handelt es sich um sekundäre Infektionen; hierdurch würde das Vorkommen der Ulcerationen auch bei andern Erkrankungen seine Erklärung finden und ebenso das gehäufte Auftreten der Affektion bei manchen Epidemien und zu manchen Jahreszeiten. In praktischer Beziehung ergibt sich, dass, so wichtig auch die Angina ulcerosa typhosa für die Diagnose des Typhus ist, in Einzelfällen das Symptom nicht den Ausschlag geben und die Diagnose sichern kann.

6. Goett, Seelisberg: **Ueber auffallende Resultate der Blutuntersuchung bei Nervösen.**

Bei vier jungen Männern mit ausgesprochenen neurasthenischen Symptomen ergab die Blutuntersuchung bei völlig oder nahezu normalem Haemoglobingehalt eine ausserordentlich geringe Anzahl von roten Blutkörperchen, während das mikroskopische Bild sonst normale Verhältnisse aufwies. Zur Erklärung dieses auffallenden Befundes zieht G. Nerveneinflüsse heran, die in kurzer Zeit die Blutzusammensetzung beträchtlich zu verändern imstande sind. Bei nervösen Individuen mag schon die Vorbereitung zur Blutuntersuchung eine psychische Erregung hervorrufen können, die eine Einwirkung auf das Vasomotorenzentrum bedingt; durch diese kann es zu einer raschen Erweiterung der Capillaren in dem betreffenden Hautbezirk kommen, wobei der Blutdruck sinkt; infolgedessen wird der Druck der die Capillaren umgebenden Flüssigkeit grösser als jener der die Capillaren erfüllenden; Gewebsflüssigkeit dringt in die Capillaren und mischt sich mit dem Blute; dadurch wird das Blut verdünnt, und der aus der Stichwunde fliessende Tropfen enthält weniger Erythrocyten. Auffallende Blutbefunde bei deutlich nervösen Individuen können also nicht unbedingt im Sinne von wirklichen pathologischen Veränderungen des Gesamtblutes gedeutet werden. Anaemien und Polycythaemien können durch Nerveneinflüsse vorgetäuscht werden. Eine sichere Entscheidung kann nicht die Blutkörperchenzählung, sondern nur das mikroskopische Präparat geben.

7. Weber, Göttingen: **Das Isolierzimmer der kleinen Krankenhäuser.**

Die Beschränkung der Isolierung namentlich frischer Geisteskranker auf ein Minimum wird für notwendig erachtet. Wenn auch demgemäß für die grossen Irrenanstalten der Ersatz der Isolierzimmer durch Wachsäle zu fordern ist, so wird doch für kleinere Krankenhäuser das Isolierzimmer als Notbehelf anzuerkennen sein. Welche Anforderungen an ein solches in Bezug auf Grösse, Wandung, Fussboden, Fenster, Lüftung, Tür, Heizung, Einrichtung zu stellen sind, wird eingehend erörtert.

8. Laméris, Utrecht: **Ueber angeborene Ankylose der Fingergelenke.**

9. Goldflam, Warschau: **Ein Fall von kongenitaler, familiärer Ankylose der Fingergelenke.**

An der Hand von Röntgenbildern werden diese seltenen Missbildungsfälle besprochen.

10. Franze, Nauheim: **Zur Technik der Orthodiagraphie: Eine durchsichtige Zeichenebene.**

Hinsichtlich der Methodik der Orthodiagraphie verdient die Projektion auf eine unabhängige Ebene den Vorzug vor der Projektion auf die Brusthaut des Patienten. Zur Umgehung der Schwierigkeit, dabei anatomische Merkmale der Thoraxoberfläche mit in die orthodiagraphische Zeichnung zu bekommen, empfiehlt F. die Verwendung von durchsichtigen Projektionsebenen aus Celluloid. Auf diese zeichnet man erst die Linien, die man in das Orthogramm übertragen will, Mittellinie, untere Thoraxapertur etc., setzt dann den Röntgenapparat in Betrieb und zeichnet das Orthodiagramm. Das Resultat ist, dass man letzteres mit den andern Linien (eventuell mit Perkussionsfigur) zusammen in einem Bilde erhält, von dem man durch Durchpausen beliebige Weiterübertragungen anfertigen kann.

11. Jung, Zürich: **Die Hysterielehre Freuds.** Eine Erwiderung auf die Aschaffenburgsche Kritik.

Dieselbe gipfelt in folgenden Sätzen: Es ist noch nie nachgewiesen worden, dass Freuds Hysterielehre in allen Fällen ein Irrtum ist. Diesen Nachweis kann logischerweise nur der erbringen, der die psychoanalytische Methode beherrscht. Es ist nicht nachgewiesen, dass die Psychoanalyse andere Resultate ergibt, als diejenigen Freuds. Es ist nicht nachgewiesen, dass die Psychoanalyse auf verfehlten Prinzipien beruht und überhaupt untauglich ist zum Verständnis hysterischer Symptome.

12. Riehl: **Makroskopische Asthmaspiralen.** (Schluss aus Nr. 46.)

Vier Fälle werden mitgeteilt, die folgendes Gesamtbild der Erkrankung aufwiesen: Beginn gewöhnlich mit Allgemeinerscheinungen als Vorboten, Appetitlosigkeit, Mattigkeit, Unwohlsein, event. leichtes Fieber; weiter Husten, Auswurf, Schmerzen in der betreffenden Brusthälfte und Atemnot. An objektiven Symptomen finden sich ausser leichter Erregbarkeit des Nervensystems ein leichter Grad von Blähung der betroffenen Lunge, feuchtes Rasseln, mit Atemnot verbundene schwere Expektoration; Giemen und Rhonchi fehlen; das Sputum gleicht dem Asthmasputum; es enthält massenhaft eosinophile Zellen, keine Charcot-Leydenschen Kristalle, vereinzelt kleine Spiralen und als bemerkenswertesten Befund Riesenspiralen. Die grösste war 24 cm lang, mit einer Flächenausbreitung am Ende von 3—3,5 cm. In solcher Grösse sind Spiralen bisher noch nicht beschrieben. Die Struktur ist die typische der Asthmaspirale. Im Anfang liess sich ein feiner spiraliger Bau deutlich erkennen, der im weiteren Verlauf von einer beträchtlichen Schleimschicht aufgenommen wird, die als Mantelspirale in grossen Windungen den Zentralteil mit Zentralfaden umgibt; gegen das Ende zu fasert sich die Mantelspirale in einzelne nebeneinander verlaufende, oder büschelförmig sich ausbreitende Schleimzüge auf. Die beschriebene Form des Asthmas ist als eine leichtere Erkrankung zu betrachten. Dass es sich dabei um eine eigene Erkrankungsform des Respirationstraktus handele, ist nicht anzunehmen; wohl aber dürfte die Erkrankung in der mitgeteilten Form, mit den vom gewöhnlichen Bilde abweichenden Erscheinungen als eine Variante des Bronchialasthmas, als ein auf vereinzelte grössere Bronchialäste und deren nächste Umgebung lokalisiertes, isoliertes Asthma anzusprechen sein, eine Form, die bis jetzt noch nicht genügend erkannt und beschrieben war.

Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 48. 1906.

1. A. Neisser, C. Burck und A. Schlucht: **Diagnostische Gewebs- und Blutuntersuchungen bei Syphilis.**

Durch die Komplementablenkung gelingt es, in Organextrakten und Körpersäften einerseits das Vorhandensein gelöster Bakteriensubstanzen, andrerseits die Anwesenheit der vom Körper erzeugten spezifischen Antikörper nachzuweisen. Ein sogenanntes haemolytisches System wird mit dem spezifischen Antigen-Antikörpergemisch wieder gemischt, wobei „Antigen" der spezifische, von den Krankheitserregern gelieferte, den „Antikörper" erzeugende Krankheitsstoff ist; je nach dem Auftreten oder Ausbleiben der Haemolyse ist die Reaktion positiv oder negativ. Diese Methode haben Verfasser zu ihren umfangreichen Versuchen benutzt, indem sie ein Syphilisantigen aus spirochaetenhaltigem Gewebe herstellten — über Reinkulturen verfügt man nicht — und das Immunserum, nach Analogie anderer Sera, an Affen.

Sie kommen zu dem Resultat, dass für praktisch-diagnostische Zwecke wichtig wäre, die Untersuchung von I. Gewebsextrakten von Organen, Foeten und Kindern, von Plazenten, exstirpierten Drüsen, Neubildungen mit fraglicher Syphilis.

II. Blutextrakten und Sera von Patienten, deren Syphilis entweder überhaupt noch nicht sicher feststeht, weil die Infektion soeben erst erfolgt ist, oder schon sehr lange zurückliegt, oder die Syphilissymptome unklar aber verdächtig sind und die Anamnese nichts Belastendes ergibt, oder aber von Patienten, deren Lues bekannt ist, wo aber ein Anhaltspunkt gewonnen werden kann, ob man noch mit der Krankheit rechnen muss oder eine Heilung annehmen darf.

Eine positive Antigen-Reaktion ist so zu deuten, dass Syphilisparasiten noch im Körper existieren, eine positive Antikörper-Reaktion, dass zu irgend einer Zeit — entweder gegenwärtig oder

früher — der Körper Syphilisparasiten beherbergt hat. Antikörper-Reaktion kann sich zeigen bei noch bestehender, aber auch vermutlich schon abgelaufener Krankheit. Fälle mit Antigen-Reaktion wird man stets behandeln, mit Antikörper-Reaktion nur, wenn sie bisher nicht behandelt waren, oder wenn sie unklare, auf Lues verdächtige Symptome aufweisen, wo also die Antikörper-Reaktion die klinische Diagnose stützt. Negative Reaktion kommen bei sicheren klinischen Diagnosen nicht in Betracht, auch nicht für die Behandlung: aber erneute Untersuchungen in längeren Zwischenräumen sind angezeigt.

2. Schlimpus, Dresden: **Pathologisch-anatomische Befunde an den Augen bei zwei Fällen von Lues congenita.**

Besonders hervorzuheben ist eine Conjunctivitis gummosa der Lider bei einem viermonatlichen Foetus. Die histologische Untersuchung zeigt in den beiden Fällen, dass eine, besonders in der Nähe der Gefässe bemerkbare und das interstitielle Gewebe bevorzugende Endzündung vorliegt, die aber nicht gleichmäßig alle Organe befallen hat, sondern für einige eine gewisse Vorliebe hat, wie die Chorioidea und hauptsächlich die Muskeln. Spirochaeten waren spärlich nachzuweisen, von Ueberschwemmungen, wie sie in der Milz, Leber, Nebenniere oder am Darm vorkommen, war hier nicht die Rede; vielleicht ist die Annahme gerechtfertigt, dass das Auge nicht zu den von den Spirochaeten bevorzugten Organen gehört oder dass der von Symmonds vermutete Anreicherungsvorgang im Auge nicht so gut von statten geht. Weniger im Blut, als vielmehr in den Gefässwänden und deren Nachbarschaft wurden die Spirochaeten gefunden; eine Conjunctivitis gummosa, Dacryoadenitis und Myositis der äusseren Augenmuskel waren durch sie als spezifisch sichergestellt, obwohl die Tränendrüse lange Zeit als immun gegen Syphilis galt, bis Alexander u. a. anatomisch und klinisch das Gegenteil feststellen konnten. Nach Antonelli schielt mehr als die Hälfte aller an Syphilis hereditaria leidender Kinder, was wohl nicht zutrifft; aber die hier gefundene Myositis stützt die Ansicht, dass in manchen Fällen die Ursache für das Schielen bei Lues congenita ausschliesslich oder gleichzeitig am peripherischen Muskel zu suchen ist.

3. Bab, Berlin: **Spirochaetenbefunde im menschlichen Auge.**

Auf dem Wege der Blutbahn überschwemmen die Spirochaeten das Auge. Am reichlichsten finden sie sich in der Chorioidea, weiter im Irisstroma, in der Sklera und in den tiefern Schichten der Cornea. Im Opticus liegen sie hauptsächlich in der Nähe der Gefässe, dringen zwischen die Nervenbänder vor, um hier und da auch selbst in die Nervensubstanz zu gelangen. Die Wandungen der Retinagefässe und deren nächste Umgebung bleiben auch nicht frei. Von der Sklera aus gelangen sie in die äusseren Augenmuskeln und scheinen sich in die Muskelfasern einzubohren. Auf dieser Grundlage lassen sich leicht die schweren syphilitischen Prozesse des Auges erklären. Glaskörper und Linse blieben frei nach den Untersuchungen des Verfassers. Er betont besonders, dass seine Befunde die Behauptung von Sahling endgültig widerlegten, dass die Silberspirochaeten überhaupt keine Mikroorganismen, sondern Nervenendigungen seien; denn Spirochaeten fanden sich überall frei im Blute, ausserdem in derartigen Klumpen, z. B. in der Chorioidea, dass es sich unmöglich um Nervengebilde handeln kann, und bei Kontrollversuchen an nicht syphilitischen Augen sind niemals spirochaetenähnliche Gebilde gefunden.

4. Stadelmann, Berlin: **Die Behandlung des Typhus abdominalis.** (Schluss aus Nr. 47.)

II. Die antipyretisch wirkenden Arzneimittel.

Sie können die Bäderbehandlung nicht ersetzen, am besten lässt man sie regelmäßig fort. Kalomel ist nur einen einzigen Tag zu geben, Antipyrin hat unangenehme Nebenwirkung auf den Magen, Phenacetin ist giftig, Laktophenin und Pyramidon werden von manchen sehr gelobt, der Verlauf des Typhus soll sich dadurch leichter gestalten und abgekürzt werden. Verfasser kann dies nicht bestätigen, hohe Temperaturen kommen trotzdem vor, Erbrechen, Appetitlosigkeit trat ein, und vor allem sehr schwächende Schweisse. Die Salze des Pyramidon hatten keine bessere Wirkung. Das beste aller Antipyretica ist das altbewährte Chinin, 1—1,5 g einen Tag um den anderen gegeben und zwar am vorteilhaftesten vormittags gegen 1 oder 2 Uhr, weil dann die Hauptwirkung zwischen 4—5 Uhr zu erwarten ist, kurz vor dem Auftreten der höchsten Temperatur. Aber wegen seiner Nebenwirkungen, Ohrensausen, eines gewissen Rausches, Schwerhörigkeit, Unbehagen, Tremor, ja sogar Kollapszustände, bleibt es am besten ebenfalls fort.

Was die Störungen von seiten der verschiedenen Organe und ihre Behandlung anbetrifft, so werden die Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems, wie Unruhe, Delirien, Schlaflosigkeit usw. durch die Bäder und eventuell leichte Morphiuminjektionen günstig beeinflusst; Zirkulationsstörungen erheischen die grösste Sorgfalt, vor allem die gefürchtete Herzschwäche ist mit allen möglichen Exzitantien zu bekämpfen, Kampferöle haben sich bewährt, Aether ist unsicher in seiner Wirkung; die Anwendung subcutan schmerzhaft, Alkohol vermeidet man besser gänzlich. Coffein und seine Salze sind gut brauchbar, Digitalis und Strophantus lassen im Stich. Besondere Berücksichtigung verlangt auch der Tractus intestinalis. Bei starken Diarrhoeen ist Tct. opii in Klystieren von guter Wirkung, ebenso bei Meteorismus; auch die Wismuthpräparate sind recht brauchbar dabei, Eisblase oder Priessnitzsche Umschläge, Einlegen eines Darmrohres zeitigen oft günstige Resultate. Vor Darmpunktion bei Meteorismus warnt Verfasser dringend. Bei Darmblutungen ist äusserste Ruhe nötig und jede Reizung des Darmes zu vermeiden, Eisblase, Eispillen, kalter Tee sind erforderlich. Von Medikamenten kommt Plumbum aceticum, Secale, Stypticin und Gelatineinjektion in Frage. Eisenchlorid hat keine Wirkung, ebenso lässt Adrenalin-Anwendung zuweilen im Stich. Gegen das profuse gefahrvolle Nasenbluten ist Tamponade von aussen und innen notwendig. Die Prognose bei Darmperforation ist absolut ungünstig. Sehr selten erfolgt Spontanheilung. Pneumonien und Decubitus verlangen die übliche Behandlung, Niere und Blase sind aufmerksam zu beobachten, Typhusbacillen sind oft in ungeheuren Mengen im Urin nachweisbar. Nachschübe und Typhusrecidive erfordern die gleiche Behandlung wie der Typhus selbst. Das Bestehen der Milzvergrösserung weist darauf hin, dass ein Recidiv droht. Nach Abfall des Fiebers ist acht Tage lang nur flüssige Diät erlaubt, dann sind Zusätze, wie Zwieback, Reis etc. erlaubt, nach vierzehn Tagen geschabtes oder gehacktes Fleisch, nach drei Wochen kehrt man allmählich zur gewohnten Nahrung zurück. Nach vierzehn Tagen, seit der Entfieberung, darf der Patient zum ersten Male frühestens aufstehen. Eine mehrmonatliche Erholung ist dann notwendig.

5. Schellenberg, Beelitz i. M.: **Erfahrungen über die Behandlung der Obstipation, besonders der chronischen habituellen Form, mit Regulin und Pararegulin.**

Regulin besteht aus Agar-Agar, an das eine kleine Menge wässerigen entbitterten Cascaraextractes (25%) fest gebunden ist, Pararegulin aus Paraffinum liquidum mit einer kleinen Menge Cascaraextractes (10%); seine Wirkung soll milder sein. Schmidt und Voit haben mit diesen Präparaten gute Erfolge bei Ostipation erzielt, Mollweide solche bei Darmatonie. Verfasser glaubt nach seinen Erfahrungen beide Präparate gegen chronische Obstipation, besonders gegen mittelschwere Formen, die nicht allzulange bestehen, empfehlen zu können, wenn es auch öfters, genau so wie alle anderen Behandlungsmethoden, versagt. Ein Vorzug ist das Fehlen jeder Belästigung. In manchen Fällen ist eine Kombination beider Mittel vorteilhaft, oft ist Massage, Elektrizität und Hydrotherapie zu Hilfe zu nehmen.

6. Dünnwald, Wiesdorf a. Rh.: **Ueber die Verwendung von Isopral in der Geburtshilfe und Gynaekologie, zugleich ein Beitrag zur rektalen Narkose.**

Isopral in den leeren Magen oder in das leere Rektum gebracht, erzeugt tiefen Schlaf mit vollkommener Analgesie. In Aether gelöst, ist es zur Inhalationsnarkose ohne praktischen Wert wegen der starken Reizerscheinungen auf die Luftwege, wenn auch die narkotische Wirkung vollkommen ist. Gute Erfolge sah Verfasser bei rektaler Anwendung, um die Schmerzhaftigkeit der Wehen herabzusetzen. Benutzt wird dazu eine Gabe von 2,5 g Isopral, in wenig Aether und verdünntem Alkohol (55%) gelöst. Von Vorteil erwies sich die Kombination der Kolpeuryse mit der zeitlich vorhergehenden rektalen Anwendung von Isopral, um die zumal bei enger Scheide Erstgebärender oft recht bedeutende

Schmerzhaftigkeit aufzuheben. Da Isopral keine ungünstige Nebenerscheinungen verursacht, weder von seiten des Nervensystems noch des Zirkulationsapparates, empfiehlt es sich zur Anwendung bei der allgemeinen Narkose, derart, dass die Patienten eine Dreiviertel- bis Stunde vor der Operation 3—4 g Isopral (gelöst in Aether und Alkohol) in das gereinigte Rektum eingespritzt erhielten. Während der Operation wird Aether oder Chloroform tropfenweise auf die Esmarchsche Maske geträufelt. Längerer erquickender Schlaf und spontaner Stuhlgang erfolgen bald nach der Operation. In geburtshilflichen Fällen ist diese kombinierte Narkose wegen der Dringlichkeit der Operation meist nicht mehr anwendbar; aber für die Eklampsie ist sie sehr wohl brauchbar. Die Lösung wird so bereitet, dass 6—10 g Isopral in 6—8 ccm Aether gelöst werden, und diese Lösung mit 55% Alkohol auf 100 ccm aufgefüllt wird. Nötig ist für die Injektion eine einfache Kolpeurynterspritze, die man am besten mit einem etwa 12 cm langen Schlauch armiert, der hoch ins Rektum eingeführt wird.

7. Denker, Erlangen: **Die Behandlung der Erkrankungen des äusseren Ohres.** (Schluss aus Nr. 47.)

Fremdkörper, von deren sicherem Vorhandensein man sich durch Spiegeluntersuchung überzeugt hat, versucht man durch Ausspritzungen zu entfernen, bei quellbaren nach vorheriger Oeleinträufelung. Pinzetten und Zangen sind strengstens dabei zu vermeiden. Bei instrumenteller Extraktion ist Spiegelanwendung und tiefe Narkose selbst bei Kindern wegen der Schmerzhaftigkeit notwendig. Verletzungen des Gehörgangs entstehen durch Kratzen mit Haarnadeln, Streichhölzern, Ohrlöffeln etc. und werden wie üblich behandelt. Frakturen des knöchernen Gehörganges zeichnen sich durch Schmerzen beim Kauen im Kiefergelenk aus. Nur flüssige Nahrung ist dann geboten; weitere Maßnahmen sind überflüssig. Bei Rissen und Blutungen der membranösen Gehörwand ist ein aseptischer Schutzverband und Ruhe erforderlich. Stenose und Atresie sind operativ zu behandeln, ebenso grössere Exostosen und Hyperostosen, sofern sie Beschwerden verursachen. Bei Rupturen der Membrana tympani muss jede Schädlichkeit ferngehalten werden, der Abschluss erfolgt durch einen sterilen Wattepfropf. Hereinbringen von irgendwelcher Flüssigkeit ist strengstens zu vermeiden. Erst bei Mittelohreiterung darf diese Behandlungsmethode Platz greifen. Neubildungen sind chirurgisch zu behandeln. Es kommen Atherome, Angiome, Chondrome vor, an der Ohrmuschel kongenitale Dermoidcysten, Fibroide, Lipome, Papillome; von malignen: Carcinome und Epitheliome.

Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 49. 1906.

1. Sticker, Berlin: **Uebertragung von Tumoren bei Hunden durch den Geschlechtsakt.**

St. hat mit Tumormassen sowohl von einem experimentell erzeugten und nach der Schleimhaut durchgebrochenen, als auch von einem spontan entstandenen Vulvacarcinom einer Hündin erfolgreiche Uebertragungen auf andere Hunde gemacht, und damit bewiesen, dass auch aus ulcerierenden Tumoren lebende, zu progressivem Wachstum befähigte Geschwulstzellen in die Aussenwelt gelangen können. Er liess dann die Hündin von mehreren Hunden decken; bei zwei von diesen entwickelte sich nach einer Latenzzeit von 3½ Monaten ein Penissarkom. Die Eindeutigkeit der Entstehung als Kontakttumoren berechtigt zu der wissenschaftlichen Annahme, dass auch manche in der Literatur mitgeteilte Fälle von spontanen Kontaktübertragungen maligner Tumoren beim Menschen nicht anders zu deuten sind. Die beim Tier erhobenen Befunde dürften geeignet sein, über gewisse Erscheinungen in der Pathologie der Geschwülste des Menschen zu vorurteilsfreieren Beobachtungen in bestimmter Richtung anzuregen.

2. Landau, Berlin: **Ueber den primären Krebs der Appendix, nebst Bemerkungen über die Revision der Appendix bei jedweder Laparotomie.**

Nicht abgeschlossen.

3. Sippel, Frankfurt: **Ein neuer Vorschlag zur Bekämpfung schwerster Eklampsieformen.**

Für die Therapie der Eklampsie sind zwei Wege gegeben: der eine verlangt die Entfernung der Krankheitsursache im vollkommenen Sinne, d. h. die Beseitigung der Schwangerschaft, der andere die Entfernung der Krankheitsursache in sekundärer Hinsicht, d. h. die Entfernung der bereits im Körper angehäuften und im Blute zirkulierenden Toxine. Die aktive, auf möglichst rascher Beseitigung der Schwangerschaft beruhende Therapie gewinnt mehr und mehr an Boden. Aber abgesehen davon, dass nicht jeder Arzt die technischen Vorbedingungen für das operative Eingreifen erfüllen kann, bleibt eine nicht geringe Zahl von Fällen, bei denen die Entleerung des Uterus nicht genügt, um die Heilung der Entbundenen herbeizuführen; hier kommt die Entfernung der bereits im Körper angehäuften und zirkulierenden Toxine in Betracht. Anregung der Sekretion von Haut, Darm, Nieren, Einführung von Flüssigkeit in den Organismus zur Ausschwemmung der Gifte führen oft zum Ziel; aber nicht immer, und namentlich erscheint die Prognose infaust, wenn es nach der Entbindung nicht gelingt, die Urinsekretion in Gang zu bringen. Die anatomischen Veränderungen der Nieren, welche diesen Sekretionsstörungen zu Grunde liegen, sind wohl zum Teil auf Stauungsvorgänge zurückzuführen; die Niere bei Schwangerschaftsnephritis und Eklampsie zeigt eine Volumzunahme, die nicht durch interstitielle Wucherung und nicht durch arterielle Fluxion bedingt ist, sondern wohl auf Stauungsvorgänge im Ureter oder in der Vene zu beziehen ist. Von der Beseitigung dieser Stauung erhofft S. eine Heilung verzweifelter Fälle von Eklampsie. Er schlägt dazu vor, nach den Erfahrungen, die man bei schweren akuten Nephritiden und anderen Nierenleiden mit stark herabgesetzter oder aufgehobener Urinsekretion mit der Kapselspaltung der Niere, deren Heilwirkung auf der bewirkten Druckentlastung des Organs beruht, gemacht hat, diese Operation auch bei der Eklampsie vorzunehmen, in Fällen, wo nach der Entbindung die fortdauernd versagende Urinsekretion die Prognose infaust gestaltet.

4. Polya, Budapest: **Zur Pathogenese der akuten Pankreasblutung und Pankreasnekrose.**

Die zahlreichen Tierexperimente führen zu folgenden Schlüssen: 1. Das Hineingelangen von Duodenalinhalt in den Ausführungsgang des Pankreas erzeugt schon in geringen Mengen eine in kürzester Zeit zum Tode führende Erkrankung bei Hunden, welche mit den schweren Formen der menschlichen Fettgewebsnekrose, sowohl im Verlaufe, wie auch im pathologisch-anatomischen Bilde, vollkommen übereinstimmt. 2. Hineingelangen von Trypsin in den Ausführungsgang des Pankreas erzeugt in demselben schwere Degeneration, Nekrose und Blutung, welche meistens mit Fettgewebsnekrose einhergeht und letal endigt. 3. Auch bei schweren, vom Pankreas ausgehenden Fettgewebsnekrosen können auffallende makroskopische Veränderungen am Pankreas selbst vollständig fehlen.

5. Wolff, Potsdam: **Ueber Pathogenese und Therapie der Anaemia splenica infantum.**

Das Krankheitsbild wird nach den Mitteilungen in der Literatur besprochen, besonders nach Heubner, und ein Fall eigener Beobachtung mitgeteilt, der die charakteristischen Erscheinungen, grosser Milztumor bei Fehlen von Drüsenschwellungen und hochgradige Herabsetzung der Erythrocyten im Blute (bis auf 467 000 im Kubikmillimeter) zeigte. Bei der völlig infausten Prognose entschloss sich W. zu einem therapeutischen Versuch, zur Splenektomie. Die Operation hatte einen frappierenden Erfolg: schon nach zehn Tagen fand sich eine um mehr als das Zehnfache vermehrte Zahl der Erythrocyten und eine Gewichtszunahme um zwei Pfund, und die weiteren Fortschritte in der Besserung des Allgemeinbefindens waren stetige. Aus der völligen Umwälzung im Krankheitsverlaufe durch die Entfernung der Milz schliesst W., dass die durch die Milzvergrösserung und das histologische Blutbild sicher gekennzeichneten Fälle der Anaemia splenica infantum ihre Entstehung einer primären Milzerkrankung verdanken, und dass sie als völlig selbständiges Krankheitsbild aufgefasst zu werden verdienen.

6. Mankiewicz, Berlin: **Ueber das Borovertin, ein neues Harndesinficienz.**

Borovertin ist ein Hexamethylentetramintriborat, fabriziert von der A. G. für Anilinfabrikation; es wird am besten in



Pastillen a 0,5 g gegeben, 2—8 pro die während oder nach der Mahlzeit in irgend einer Flüssigkeit. Die praktische Erprobung hat ergeben, dass sich bisweilen Erbrechen oder Appetitlosigkeit einstellt. Durchfälle, Blasenblutungen wurden nicht beobachtet. Bezüglich des therapeutischen Effektes hat es in allen Anwendungsfällen des Urotropins die gleiche Wirkung, es geht aber über die Wirkung des Urotropins hinaus, vermöge seiner den Harn acidificierenden Wirkung und vermag in vielen Fällen bakterieller Erkrankung der Harnorgane den Urin klar und sauer zu machen: insbesondere ist dies der Fall bei Patienten, die infolge Prostatahypertrophie und Blasenschwäche, oder nach Operationen sich häufiger Katheterisation unterwerfen müssen.

7. Bruhns, Berlin: **Die bisherigen Resultate der experimentellen Syphilisimpfung.** (Schluss aus Nr. 48.)

Das Referat umfasst die wichtigeren Arbeiten auf diesem Gebiete. Einige Punkte werden als besonders bedeutungsvoll hervorgehoben und ihre Beziehungen zur Praxis beleuchtet. Mit voller Sicherheit hat sich ergeben, dass in den Affen, nicht nur in den anthropomorphen, sondern auch in den niederen, ausserordentlich brauchbare Versuchstiere zur experimentellen Syphiliserzeugung gegeben sind. Für praktisch diagnostische Zwecke dürften die Affenimpfungen kaum in Frage kommen; in fraglichen Fällen werden der klinische Verlauf und der Spirochaetennachweis in der Regel eher eine Entscheidung bringen können. Eingreifend für die Frage der ärztlichen Praxis erscheint der Nachweis der Uebertragbarkeit tertiär syphilitischer Produkte. Das negative Ergebnis der Versuche Neissers, durch frühzeitige Excision der Impfstellen das Eindringen der Lues in den Tierkörper zu verhindern, braucht nicht von dem Versuche abzuhalten, durch die Ausschneidung eines früh zur Beobachtung kommenden und günstig gelegenen Ulcus einen Herd von zahlreichen Spirochaeten aus dem Körper auszuschalten. Die Möglichkeit der Infektion durch syphilitische Leichen hat durch Experimente eine Bestätigung gefunden. Die Lehre, dass eine einmalige Syphilisinfektion fast immer immun gegen eine neue Infektion mache, hat sich als nicht mehr haltbar erwiesen. Von grossem Interesse sind die Versuche von Metschnikoff und Roux, mit der 25%igen Calomelsalbe das Luesvirus kurz nach dem Eindringen in die Lymphbahn abzutöten. Alle auf eine Immunisierung gerichteten Versuche, durch Tierpassage ein abgeschwächtes Virus zu erzielen, führten bisher zu keinen Ergebnissen, die sich praktisch verwerten liessen.

Balneologische Mitteilungen.

Balneologen-Congress zu Dresden.

Am 3. März hielt Dr. P. Münz, Badearzt in Bad Kissingen, den angekündigten Vortrag: „Das Kinderheilstättenwesen in Deutschland." In der Einleitung wurde die historische Entwickelung des Kinderheilstättenwesens in Europa und besonders in Deutschland geschildert. Die erste Anstalt im Jahre 1796 in Margarte in England begründet, fand erst 50 Jahre später im übrigen Europa Nachahmung. Deutschland ist jetzt als das klassische Land der Kinderheilstätten zu bezeichnen. Es bestehen daselbst nach einer Statistik des Vortragenden 60 derartige Anstalten, in denen im Jahre 1904 an 23000 Kinder Aufnahme fanden. Die jüngste ist die durch die Initiative von Dr. Münz begründete Anstalt in Bad Kissingen. Der Unterschied der Ferienkolonien, Kinderheilstätten sowie Waldschulen und Walderholungsstätten wird beleuchtet. Waldschulen, welche Unterrichtsanstalten für schwächliche, kränkliche Kinder darstellen, und Walderholungstätten, beherbergen die Kinder nur während des Tages; abends kehren sie wieder in ihr Elternhaus zurück. Sämtliche Kinderheilstätten verdanken ihre Entstehung privater Wohltätigkeit, keine ist eine staatliche Institution. Eine Anzahl derselben lässt den Pfleglingen auch Schulunterricht angedeihen. In den Anstalten finden, ausschliesslich chronische Zustände und Erkrankungen, wirksamste Behandlung vor allem Scrophulose, Rhachitis, Blutarmut, allgemeine Schwäche, ferner Herzaffektionen, Verdauungsstörungen, Rheumatismus, Affektionen der Luftwege und nervöse Störungen. Da sich für die Behandlung diese Erkrankungen, insbesondere der Scrophulose und Rhachitis Kochsalzwasser in Form von Bädern oder Trinkkuren oder kombiniert sehr bewährt haben, finden die Kinderheilstätten in erster Linie dort eine Stätte, wo die Heilfaktoren neben gutem, gesunden Klima gegeben sind: an den Meeresküsten und im Binnenlande in Soolbädern. An der Ostsee befinden sich 13, an der Nordsee 9, in den Soolbädern des Binnenlandes 38 Kinderheilstätten, deren Namen angeführt werden. Zu den grössten gehören die Anstalten in Norderney mit einer jährlichen Frequenz von 1000, Kreuznach mit 1250 und Sassendorf mit 1300 Kindern. Manche Anstalten erfreuen sich einer spezifischen Heilwirkung; so eignen sich die eisenhaltigen Quellen zur Behandlung der Blutarmut, kohlensäurereiche für Herzaffektionen, jod- und bromhaltige für Scrophulose uud Tuberkulose der Haut und Gelenke, die See sowie alle Soolbäder, denen Gradierwerke und Inhalatorien zur Verfügung stehen, für Lungenkranke. Die jeweils in Betracht kommenden Anstalten werden angeführt. Die Berichte über erzielte Heilerfolge lauten auf allen Anstalten sehr günstig. Durchschnittlich finden 25 Prozent aller Fälle Heilung, die übrigen eine entschiedene Besserung. Ebenso werden die äusseren Bedingungen der Tätigkeit in den einzelnen Anstalten eingehend besprochen, Kurdauer, Alter der aufzunehmenden Kinder, Kurpreis. Nur wenige Anstalten haben ihre Pforten während des ganzen Jahres geöffnet, wie das Seehospiz Kaiserin Friedrich in Norderney, die Kaiserin Augusta-Anstalt in Elmen, das Kinderhospital in Lüneburg, das Elisabethaus in Bad Nauheim; die übrigen Anstalten sind nur während der Sommermonate geöffnet. Es wird hier betont, dass sich die See, vermöge des günstigen Klimas zur Winterstation, auch für Kinder besonders eignet. Zum Schluss wird auf den grossen Nutzen der Kinderheilstätten hingewiesen. Vor allem kommt ihnen eine hervorragende prophylaktische Bedeutung zu im Kampfe gegen die Tuberkulose, indem durch eine Behandlung in Kinderheilstätten schwächliche und kränkliche Kinder, die leichter zu Tuberkulose neigen, kräftiger und widerstandsfähiger gemacht werden, indem ferner die Scrophulose, welche ja Anfang und Ende der Tuberkulose darstellt, zur Heilung gebracht wird. Hierfür wird statistisches Material angeführt. Auch in sozialer und wirtschaftlicher Beziehung erfüllen die Kinderheilstätten eine hohe Mission, indem sie sozial ausgleichend und versöhnend wirken; denn ihre Segnungen erstrecken sich ja gerade auf die unbemittelten Volksschichten, denen die meisten Anstalten unentgeltlich ihre Pforten öffnen. Die Kinderheilstätten stellen somit mit Recht das bedeutendste Denkmal moderner Kinderfürsorge dar.

Dr. Stemmler, Bad Ems: Ueber den Wert der Inhalation frei zerstäubter Flüssigkeit bei der Behandlung des chronischen Bronchialkatarrhs.

Ausgehend von der Einführung der Inhalationstherapie in die wissenschschaftliche Medicin im Jahre 1856 durch Sales Tiron in Pierrefond, streift Redner kurz den auf eingehende Tierversuche sich stützenden, lebhaften Meinungsaustausch in der Pariser Akademie der Wissenschaften (Demarquay, Trousseau) und die Untersuchungen der deutschen Forscher, ferner Freber, Tobold, Siezle, Schnitzler, Waldenburg. Die von Lazarus in seiner 1898 erschienenen Abhandlung über Inhalationstherapie noch vermisste absolute Exaktizität der Untersuchungen finden wir in den schlackenfreien Untersuchungsresultaten der neueren Forschungen von Emmerich, Hofrat von Schrötter, Heryng, Kapracitz und Herm. von Schrötter, Hartl und Herrmann, welche einwandfrei die beiden Kardinalfragen, welche bei der Behandlung des Bronchialkatarrhs in Betracht kommen:

1. gelangt zerstäubte Flüssigkeit durch Inhalation in die Bronchien, Bronchiolen und Alveolen der Lunge?

2. gelangt in der Zeiteinheit soviel der inhalierten, zerstäubten Flüssigkeit in die Luftwege, dass sich eine therapeutische Beeinflussung derselben erwarten lässt?

in positivem Sinne beantworten.

Speziell die Inhalation frei im Raum zerstäubter Flüssigkeit hat sich bei der Behandlung des chronischen Bronchialkatarrhs als wichtiges, therapeutisches Unterstützungsmittel gut bewährt. Das Bad Ems als Kurort für die Katarrhe der Luftwege bot dem Redner ein reichhaltiges Krankenmaterial zur Beobachtung



der Wirksamkeit dieser Inhalationsmethode, welche in fünf verschiedenen Systemen (Wassmuth, Goebel, Heyer, Bulling, Clar) daselbst vertreten ist. Schöpfend aus den Erfahrungen bei einem 1000 Fälle übersteigenden Beobachtungsmaterial berichtet Redner über die günstige Wirkung der Inhalation frei im Raum zerstäubter Flüssigkeit auf die verschiedenen Formen des Katarrhs, wie sie das Kaleidoskop der chronischen Bronchitis uns zeigt. Am günstigsten sind die Erfolge bei der trockenen Form des chronischen Bronchialkatarrhs. Aber auch bei den schwereren Fällen des bronchoblenorrhoischen Katarrhs mit Bronchiectasien und Emphysem, mit eitrigem Auswurf bietet diese Inhalationsmethode durch Verflüssigung des Sekretes eine Erleichterung der Expektoration, eine wesentliche Linderung der Beschwerden und bei jeder wiederholten Inhalationskur eine Sprosse mehr auf der Leiter zur Erreichung eines höheren Lebensalters.

Zum Schlusse seiner Ausführungen stellt Redner folgende Leitsätze auf:

1. Das Experiment am Tier hat erwiesen, dass frei zerstäubte Flüssigkeit bis in die Bronchien, Bronchiolen und Alveolen eindringt und zwar in hinreichender Masse, um eine Heilwirkung erzielen zu können.

2. Die praktische Erfahrung hat an einem ausreichenden Krankenmaterial festgestellt, dass der chronische Bronchialkatarrh in vorzüglicher Weise durch die Inhalation freizerstäubter Flüssigkeit beeinflusst wird.

3. Dieser günstige Einfluss beruht in der Hauptsache auf einer Verminderung und Hebung der Sekretionsstörung der Respirationsschleimhaut.

Dr. Martin Siegfried-Nauheim: Ueber die Veränderung des physiologischen Verhaltens zwischen Atmung und Pulsbeschaffenheit bei Herzkrankheiten und ihre Bedeutung für Prognose und Therapie. S. macht darauf aufmerksam, dass die dauernde Beobachtung der Atmung bei der Behandlung Herzkranker ebenso wichtig sei, wie diejenige des Herz- und Pulsbefundes. Er empfiehlt graphische Registrierung mittels einer Modifikation des Jaquet'schen Sphygmochronographen, welche Prof. Jaquet selbst für diesen Zweck angegeben hat und durch welche es ermöglicht wird, gleichzeitig die Atmungsphasen mit der Pulskurve zur Erscheinung zu bringen.

Es stellt sich dabei heraus, dass eine Reihe sogenannter „Abnormitäten" des Verhaltens zwischen Atmung und Pulsbild relativ häufig vorkommen (so z. B. des Pulsus paradoxus) und dass eine Reihe anscheinend Störungen der Herztätigkeit bei Klappenfehlern und Myocarditis eine unverhältnismäßig gute Prognose geben, wenn die Atmung keine schwereren Störungen zeigt.

Herr Heinsheimer (Baden-Baden): Das Experiment in der Balneotherapie. Vortragender hat in der experimentell-biologischen Abteilung des Berliner pathologischen Instituts gemeinsam mit Bickel und anderen eine grosse Reihe von experimentellen Untersuchungen an Parylowschen Magenfistelhunden gemacht, um die sekretionsfördernde und -hemmende Wirkung bestimmter Mineralwässer und Medikamente auf die Magensaftabsonderung in möglichst reiner Form zu studieren. Die meisten Versuche wurden am sogenannten Magenblindsack-Hund vorgenommen und zwar derart, dass das nüchterne Tier 200 ccm Mineralwasser (von Zimmertemperatur) oder eine Lösung des zu prüfenden Medikamentes erhielt und eine halbe Stunde später ein bestimmtes Quantum Milch. Halbstündlich wurde das aus der Fistel des „kleinen" Magens sich ergiessende Sekret gesammelt, gemessen und auf seine Acidität und peptische Kraft (nach Metz) untersucht. Zur Kontrolle wurde dieselbe Anordnung mit gewöhnlichem Wasser an Stelle des Mineralwassers etc. gezählt. Geprüft wurden Stomachica (Bitterstoffe, Fleischextrakt und Bouillon), Kochsalzwässer (Kissingen, Homburg, Baden-Baden und Wiesbaden) und mit Kohlensäure imprägniertes Wasser als sekretionsfördernde, Alkalien (Natr. carbon., Natr. bicarb., Magnesia usta, Calcium carbonicum, Bismutum subnitricum), alkalische Brunnen (Vichy, Fachingen u. a.), Bittersalze und Bitterwässer als sekretionshemmende Mittel, ferner Salzsäure vor und nach der Nahrung gereicht u. a. m. Im ganzen bestätigten die Experimente die klinisch-therapeutischen Erfahrungen; bezüglich der Einzelheiten muss auf die ausführliche Publikation verwiesen werden (Berl. klin. Wochenschr.). Zum Schlusse demonstriert Vortragender an Kurven den Einfluss psychischer Affekte auf die Magensekretion und hebt ferner hervor, dass analoge Versuche an einer 23jährigen Patientin (mit Oesophagus- und Magenfistel, die durch einen künstlichen Oesophagus miteinander verbunden waren), eine vollkommene Uebereinstimmung der Befunde mit denen am Hunde ergaben. Hieraus erhellt — innerhalb bestimmter Grenzen — die Berechtigung des Tierexperimentes zur Prüfung balneologischer und balneotherapeutischer Probleme. (Autoreferat.)

Meran. Gegen die in Obermais geplante Errichtung eines Sanatoriums für Lungenkranke ist eine Bewegung entstanden. Meran will nicht mehr als Kurort für Lungenkranke, sondern als fashionabler Erholungs- und Vergnügungsort gelten.

Vom Schwarzwald. Bei einem Gange zu den verschiedenen Besitzern der Kurhotels kann man jetzt, wie der „Strassb. Post" geschrieben wird, vielfach hören, dass die vergangene Saison im Schwarzwald — von wenigen Ausnahmen abgesehen — finanziell wenig ergiebig war trotz des nicht geringen Fremdenverkehrs. Die Hotel- und Kurhausbesitzer sind zur Zeit in keiner beneidenswerten Lage, ganz besonders trifft dies zu für diejenigen, die nur Saisonbetrieb haben. Das Publikum scheint hierfür aber nicht hinreichend Verständnis zu haben. Einerseits sind die Preise für die Lebensmittel und Arbeitsleistungen enorm gestiegen und anderseits sollen die Kurhäuser Preise machen, die um fünf und mehr Jahre zurückliegen, und dann leidet eben die Fremdenindustrie auch an Ueberproduktion, da fast jedes Plätzchen sich für einen Kurort hält. Die Folgen zeigen sich.

Wiesbaden. Der revidierte Kostenvoranschlag für das Adlerbad ergibt ein Erfordernis von $2^1/_2$ Millionen. Nach einer vorläufigen Rentabilitätsberechnung wird das Bad einen städtischen Zuschuss von 60000 M. jährlich erfordern.

Der 28. Balneologen-Kongress wird unter Vorsitz des Geheimrats Liebreich anfangs März 1907 in Berlin stattfinden. Anmeldungen von Vorträgen und Demonstrationen sind spätestens bis zum 15. Januar 1907 zu richten an den Generalsekretär, Geheimrat Dr. Brock, Berlin NW., Thomasiusstrasse 24, oder an den Sekretär der Balneologischen Gesellschaft, Privatdozenten Dr. Ruge, Berlin W., Magdeburgerstrasse 31.

Der Verband Deutscher Ostseebäder hielt am 3. und 4. Dezember in Berlin seine 7. Jahresversammlung ab. Ueber den Verlauf der Tagung versendet der Verband folgenden Bericht:

Die 7. Jahresversammlung des Verbandes Deutscher Ostseebäder am 3. und 4. Dezember vorigen Jahres zu Berlin war von fast allen, dem Verbande angehörenden Verwaltungen und den Vertretern der Könglichen Eisenbahndirektionen Berlin und Stettin besucht. Der Vorsitzende, Rechtsanwalt Dr. Delbrück-Stettin, verlas den eingehenden Bericht über das verflossene Geschäftsjahr; die Gesamtfrequenz der 73 Ostseebäder belief sich in dieser Saison auf 319524 Kurgäste und überstieg demnach den vorjährigen Besuch um die Zahl von 4500.

Ein polnischer Boykott gegen die böhmischen Mineralwässer. Die bestehende polnische Industriellen-Liga Galiziens erlässt in polnischen Blättern einen Aufruf, in welchem die Bevölkerung aufgefordert wird, sich des Gebrauches aller fremden Mineralwässer, insbesondere der böhmischen, zu enthalten. Mindestens für eine Million Kronen werden böhmische Mineralwässer alljährlich nach Galizien importiert und verbraucht. Dieses Geld könne im Lande bleiben, denn Galizien habe Mineralquellen genug, welche die „ausländischen" Mineralwässer reichlich zu ersetzen imstande seien. Diese Stellungnahme der österreichischen Polen gegen österreichische Mineralwässer, die als „ausländische" bezeichnet werden, kennzeichnet so recht die Verblendung des polnischen Nationalbewusstseins. Die ärztliche Kunst muss sich nach nationalen Gesichtspunkten richten. Demnach können wir auch in Deutschland bald erwarten, dass die preussischen Polen den Gebrauch der west- und süddeutschen Mineralwässer und Bäder als ausländische bekämpfen werden.

Heimatsschutz in der Schweiz. Der Reklameseuche, die seit einiger Zeit die Landschaften der Rhone-Ebene und der Gebirgswelt überwuchert, soll endlich ein Ende gemacht werden. Am 27. November wurde im Grossen Rate die staatsrätliche Botschaft nebst Gesetzentwurf über Reklameplakate eingebracht. Das Anbringen von Plakaten, die die Landschaft verunstalten oder den Schönheitssinn beleidigen, soll nach diesem Entwurf durch das neue Gesetz bei einer Geldbusse von 20—200 Frc. untersagt werden. Anderseits hat der Hotelierverband vom Rhonetal und Chamonix einhellig beschlossen, sämtliche Handelsfirmen und speziell die Schokoladefabriken zu boykottieren, die die Landschaft mit solchen Plakaten überschwemmen. Ein Verzeichnis all dieser Firmen wird einem jeden Verbandsmitgliede zugestellt werden.

Col. Südstrand Föhr. Der Nordseebäderverband hat in Berlin auf 1. April ein Lokal am Potsdamer Platz zur Errichtung einer eigenen Auskunftsstelle gemietet. Voraussichtlich werden auch Fahrkarten dort ausgegeben werden können.

Personalien. Die Sanitätsräte Dr. Julius Nitsche-Bad Salzbrunn, Dr. P. Unschuld-Neuenahr und Dr. H. Krabbel-Aachen, wurden zu Geheimen Sanitätsräten ernannt.

Vermischtes.

Berlin. Unter Vorsitz von Sanitätsrat Dr. Alexander fand am Freitag, den 28. Dezember 1906, abends die Generalversammlung des Aerzte-Vereins der Berliner Rettungsgesellschaft statt. Zunächst wurde vom Vorsitzenden der Geschäftsbericht erstattet. Die Mitgliederzahl des Vereins ist auf ungefähr gleicher Höhe wie früher geblieben und beträgt gegen 1050, von welchen in den neun Rettungswachen 212 Aerzte tätig sind. Durch den Tod hat der Verein eine Reihe Mitglieder verloren, von welchen der Vorsitzende besonders des leider zu früh verstorbenen Wolf Becher gedachte, welcher, wie alle Gebiete der sozialen Medicin, die Ziele und Zwecke der Berliner Rettungsgesellschaft und des Aerzte-Vereins aufs Eifrigste gefördert hatte. Den Bericht über die Tätigkeit der Rettungswachen erstattete Professor George Meyer. Im Berichtsjahre wurden einschliesslich der Krankenbeförderung 14417 Hülfeleistungen ausgeführt. An die beiden Berichte schloss sich eine lebhafte Erörterung. Zum Schluss wurde der bisherige Vorstand, bestehend aus den Herren Sanitätsrat S. Alexander, Sanitätsrat Henius, Geheimrat Ph. Herzberg, Prof. Fedor Kraus, Professor Robert Kutner, Prof. George Meyer, Prof. Rotter, Dr. O. Salomon, Dr. Schayer wiedergewählt.

Berlin. Die Herren Geheimen Räte Professoren Orth und Reubner sind von der Königl. Akademie der Wissenschaften zu ordentlichen Mitgliedern der physikalisch-mathematischen Klasse gewählt worden.

Berlin. An die Herren Kollegen in Gross-Berlin! Die Perityphlitis tritt seit etwa zwei Jahrzehnten in den meisten Kulturländern wie eine Volkskrankheit auf. Auch in Deutschland hat sie seitdem anscheinend nicht nur an Häufigkeit, sondern auch an Schwere dauernd zugenommen. Zur genauen Beurteilung dieser Verhältnisse fehlt es aber leider an einer umfassenden Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik. Die aus den grossen Hospitälern und Kliniken stammenden Statsitiken haben auch bisher die wichtige Frage nocht nicht entschieden, welche Fälle von Blinddarmentzündung unbedingt einer Operation, bezw. der sogenannten Frühoperation bedürfen und welche Fälle ohne Gefahr einer abwartenden internen Therapie überlassen werden dürfen. Deshalb hat die Berliner medicinische Gesellschaft in der Sitzung vom 25. Juli 1906 auf die Anregung der Herren Kraus und Albu beschlossen, für das Jahr 1907 unter den Aerzten von Gross-Berlin statistische Erhebungen zu veranstalten, welche sich auf die Häufigkeit des Auftretens der Blinddarmentzündung und ihrer verschiedenen Formen, auf den Verlauf und den Ausgang der Erkrankung unter interner und operativer Behandlung und dergleichen mehr erstrecken sollen. Wenn eine solche Umfrage allseitig ernste Berücksichtigung findet, dann sind von ihren Ergebnissen ausserordentlich wertvolle Aufschlüsse für die Epidemiologie, Pathologie und Therapie dieser Krankheit zu erwarten. Nur unter der tatkräftigen Mitarbeit der praktischen Aerzte kann dieses Ziel erreicht werden! Es ergeht deshalb an die Herren Kollegen die dringende Bitte, dieser wichtigen Angelegenheit ihr Interesse entgegenzubringen und die geringe Mühe der sorgfältigen Ausfüllung der Zählbogen auf sich zu nehmen. Es sei dazu folgendes bemerkt: Wenn ein Kranker gleichzeitig von mehreren Aerzten behandelt wurde, so ist der Zählbogen nur von demjenigen auszufüllen, welcher zuerst gerufen wurden ist, bezw. zuerst die Diagnose gestellt hat. Zur Vermeidung von Doppel- und Mehrfachzählungen solcher Fälle, welche nacheinander in Behandlung mehrerer Aerzte, Krankenhäuser und dergleichen gestanden haben, hat es sich als unerlässlich erwiesen, dass in jedem Einzelfall Familien- und Vornamen ganz mitgeteilt werden. Irgend welche Unannehmlichkeiten werden den Herren Kollegen daraus nicht entstehen. Auch Kosten erwachsen ihnen durch die Umfrage nicht. Es ist dafür gesorgt, dass die Zählbogen portofrei zurückgesendet werden können.

Berlin, den 1. Januar 1907.

Die Perityphlitis-Kommission der Berliner medicinischen Gesellschaft.
Albu. Aschoff. Kraus. R. Lennhoff. H. Neumann. Pappenheim. Riese. Rotter. Selberg.

Berlin. Unter dem Präsidium von Geheim-Rat Pütter, Verwaltungsdirektor der Königlichen Charité, und Geheimer Rat Hoffa ist in Gross-Lichterfelde, West, Albrechtstrasse 14a, ein Kinderhospital gegründet und Anfang November vorigen Jahres eröffnet worden. Der Pensionspreis beträgt pro Kind und Tag 1,50 M., wodurch übrigens die Kosten nicht gedeckt werden. Das Heim verfügt über 30 Betten. Ein Arzt wohnt im Hause, die Behandlung kann jedoch auf Wunsch dem behandelnden Arzt verbleiben. Anmeldungen im Heime selbst oder in den bekannten Auskunfts- und Fürsorgungsstellen für Lungenkranke.

Hochschulnachrichten.

Berlin: Priv.-Doz. Dr. Richter hat den Titel Professor erhalten. — Breslau: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Richter tritt Ende des Semesters in den Ruhestand. — Jena: Prof. Dr. Gerhardt hat einen Ruf als ordentl. Prof. und Direktor der medicinischen Poliklinik nach Erlangen erhalten. — Freiburg: Dr. Spielmeyer hat sich für Psychiatrie habilitiert. — Halle a. S.: Prof. Dr. Anton, Direktor der Psychiatrischen Klinik, hat den Charakter als Geh. Med.-Rat erhalten. — Köln: Oberstabsarzt Dr. Dautwitz ist zum Dozenten an der Akademie ernannt. — Leipzig: Prof. Dr. Birsch-Hirschfeld ist für seine Arbeiten über Wirkung von Strahlen auf das Auge der v. Welz-Gräfe-Preis zuerkannt. — Giessen: Prof. Moritz hat den Ruf als Nachfolger Krehls in Strassburg angenommen. — Würzburg: Dr. Brückner hat sich habilitiert. — Klausenburg: Dr. Reinhold habilitierte sich für medicinische Chemie, Dr. Konrad für allgemeine Pathologie und Therapie.

Dr. P. J. Möbius †.

Nach Redaktionsschluss läuft soeben die betrübende Nachricht ein, dass am 8. Januar nach kurzem Krankenlager der als Forscher und Gelehrter weit über die Kreise seiner Fachgenossen hinaus bekannte Leipziger Nervenarzt **Dr. P. J. Möbius** nach kurzem Krankenlager verschieden ist. Wir werden darauf in der nächsten Nummer unseres Blattes ausführlicher zurückkommen.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Der Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff Halle a. S.

Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.



Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P. Meißner.

Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 21. Januar 1907. Nr. 3.

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag und kostet vierteljährl. 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Der heutige Stand der Wochenbettpflege.

Nach einem in der medicinischen Gesellschaft zu Giessen gehaltenen Vortrage

von

Dr. Kroemer, Privatdozent zu Giessen.

(Fortsetzung.)

Es ist meines Erachtens nach nicht richtig, dass eine Erstgebärende keiner Leib-Binde in der Schwangerschaft bedarf. Die Grösse des Kindes bezw. des schwangeren Uterus und die Raumverhältnisse allein sind entscheidend bei dem Entstehen einer Diastase der musculi Recti. Unser Bestreben muss es sein, dieses Missverhältnis nach Möglichkeit zu verhindern. Es wird von allen Seiten auf die Notwendigkeit der Bindenbehandlung des Leibes im Wochenbett hingewiesen. Diese Behandlung muss in der Schwangerschaft beginnen. Gelegentlich finden wir bei Frauen, welche ihres Berufes wegen bis zur letzten Schwangerschaftszeit ihre Umstände durch Toilettenkünste — die ja alsdann stets auf Bandagierung hinauslaufen — verbergen, schon im Beginn des 10. Monats den Kopf tief im Becken, die Cervix in voller Entfaltung, so dass der Eintritt der Geburt meist vor Ablauf des 10. Monats stattfindet. In solchen Fällen nimmt gewissermaßen der Kopf frühzeitig Maß im Beckenring. Der Uterus wird in Walzenform gepresst. Die Grösse des Eies, d. h. vor allem die Menge des Fruchtwassers, bleibt auf dem geringsten Maße stehen, vermutlich schon deshalb, weil die Patientinnen sich freiwillig eine Trocken- und Hungerdiät auferlegen. Diese Beobachtungen schienen mir stets eine Mahnung, die praktische Nutzanwendung in gewissen Grenzen auf alle Schwangeren auszudehnen. Wie ich in meinen früheren Arbeiten ausführte, besteht unsere hauptsächliche Tätigkeit bei der Schwangerenfürsorge in der Aufklärung der Klientinnen und in der Zwangserziehung zur Körperpflege.

Zahl und Art der Bäder und Waschungen muss ordiniert werden. Die Krampfadern sind durch gute Bindenbehandlung äusserst günstig zu beeinflussen. Je früher die regelmäßige Bandagierung eintritt, um so geringer das Fortschreiten der varicösen Veränderungen. Dazu gehört aber, dass Massage und Bäder für eine richtige Hautpflege gerade der Schenkel sorgen. Die Leibbinde muss vom 6. Monat an getragen und vom Arzt ständig kontrolliert werden. Zum Schlusse wird Prochowniksche Diät mit Einschränkung der Flüssigkeitsaufnahme unsere Bestrebungen ergänzen. Neigt die Patientin zu vermehrter Fruchtwassermenge, so scheint mir eine Trockendiät und versuchsweise eine Diabeteskur, auch ohne positiven Zuckerbefund im Urin, geboten.

Der Befund von Zucker im Urin Schwangerer bei Anstellung der gewöhnlichen Proben ist sehr selten, meist nur vorübergehend nachzuweisen. Alimentäre Glycosurie ist jedenfalls schon pathologisch.

Für den Wochenbettsverlauf wichtig scheint mir die Unterweisung der Frauen in der Uebung der Blasenentleerung bei Bettlage. Die Kenntnis der Blasen-, Ureter und Nierenerkrankungen im Wochenbett rundet sich erfreulich ab. Wir wissen seit langem, dass die Geburt auch an der Blase Schädigungen setzen kann, die zur Lähmung, zur Notwendigkeit zu katheterisieren und damit zur Cystitis und deren Folgen führen. Wir sehen derartige Störungen aber auch ohne Katheterisierung eintreten, wir sehen gelegentlich auch von parametranen Exsudaten aus den Ureter direkt durch Kontaktinfektion befallen werden und die Ureteritis zur Pyelitis werden. Diese Störungen im Harntraktus erfordern eine ganz besondere Aufmerksamkeit in diagnostischer und therapeutischer Beziehung. Gewisse intermittierende Fieberformen, welche in der Kurve malariaähnlich aussehen, mit und ohne Schüttelfrösten sind stets auf Pyelitis verdächtig. Fängt man nach dem Anfall — in welchem man Ureterenkoliken beobachten kann — den Urin ab, so ist häufig reiner Eiter und eine Unmenge Bakterien darin.

Diesen Fällen kann man z. T. vorbeugen. Ich rate, in allen Fällen mit Quetschung der Blase, z. B. nach Pubiotomie und schweren Zangen, stets in den ersten acht Tagen einen Dauerkatheter einzulegen, und die Blase täglich mit 3 %iger Borlösung unter gelindem Druck durch den Dauerkatheter zu spülen.

Die orthopaedischen Maßnahmen setzen unmittelbar nach der Geburt ein. Ein straffgezogenes breites Handtuch genügt, bis die unter Umständen selbstverfertigte 8- oder 10köpfige Schnallenbinde angelegt werden kann. Letztere reicht von den Trochanteren bis zum Rippenbogen. Das Tragen elastischer Binden ist nicht notwendig. Die Anschaffung mehrerer waschbarer Binden zum Wechselgebrauch scheint mir ökonomischer und ausreichend zu sein.

Selbstverständlich wird im Spätwochenbett nach dem Verlassen des Bettes jede Retroflexio und Scheidensenkung durch Pessar zu korrigieren sein. Der reichliche Gebrauch von Voll- und Sitzbädern ist schon zur Hebung des Allgemeinbefindens wichtig und erwünscht.

Die Diätfrage wird von besonderer Wichtigkeit, wenn eine Niereninsufficienz sich zeigt, sei es, daß eine mehr chronische Form exacerbiert, sei es, dass eine mehr akute Form mit Eklampsieprodromen in Erscheinung tritt. Die Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr mit wöchentlichen wasserreichen Tagen wird wohl mehr für schwere Formen mit hochgradigen Oedemen reserviert bleiben. Im allgemeinen kommen wir mit einer vorwiegenden Milchdiät aus. Im übrigen sind protrahierte heisse Bäder, Ganzpackungen, Anregung der Diurese und Laxation durch salinische Mittel (Karlsbader Salz) zu empfehlen. Büttner hat mit Recht wieder auf die Wichtigkeit der Diätregelung in der Schwangerschaft hingewiesen.

Ich muss es mir versagen, auf alle diese wichtigen Fragen näher einzugehen. Sie dienten ja nur, zu zeigen, wie wichtig uns die Beobachtung der Körperfunktionen in der Schwangerschaft ist. Wir wollen schon in der Schwangerschaft uns die Möglichkeit verschaffen, den Gang der Geburt und des Wochenbettes prognostisch vorauszusehen.

In der Praxis wird man freilich oft genug der Gebärenden oder der schon im Wochenbett Erkrankten gegenüberstehen und auf die durch Beobachtung gewonnene Kenntnis des Körpers und seiner Organfunktionsstärke verzichten müssen. In einer gewissen Anzahl von Fällen wird auch die weitestgehende Prophylaxe der genitalen und extragenitalen Erkrankungen versagen.

Wir müssen daher auch gerüstet sein, die Erkrankungen im Wochenbett in ihrem Sitz klar zu erkennen und zu bekämpfen. Wenn irgendwo, so gilt hier der Satz: „Nur die genaue Diagnose des Krankheitsherdes ermöglicht uns die sachgemäße Behandlung.“

Die Abgrenzung der rein genitalen Fieberursachen gegen die extragenitalen Erkrankungen gehört aber mit zu den schwierigsten Fragen und erfordert in einzelnen Fällen sorgfältigste Beobachtung. Sehen wir von den Allgemeinerkrankungen ab, welche die Wöchnerin vielleicht mit in das Puerperium übernommen hat, welche vielleicht sogar Ursache des Geburtseintritts geworden sind, sehen wir auch von seltenen Komplikationen ab, so werden im wesentlichen ausser dem Genitaltraktus die Brüste und die Harnwerkzeuge diejenigen Bezirke darstellen, welche wir bei Fieber im Wochenbett zunächst einer genauen Untersuchung unterziehen müssen.

Die Behandlung der Brust im Wochenbett beruht ja ebenfalls auf einer strengen Asepsis mit prophylaktischer Desinfektion. Die eventuell sich findenden Warzenschrunden werden mit besonderer Sorgfalt zu kontrollieren sein. Häufiges Reinigen der Excoriationen durch Betupfen mit Alkohol und Feuchthalten der Region durch Glycerin- oder Borsäurekompressen, welche oft gewechselt werden, genügen in leichten Fällen, bei denen wir — eventuell mit Warzenhütchen — weiter stillen lassen. Vielleicht ermöglicht die von Doederlein (Zentralblatt für Gynaek. 1906 Nr. 49) empfohlene Anwendung des Gaudanins zur Bedeckung der wunden Warze das Fortlassen des Saughütchens. Aber die Warzenschrunden führen zuweilen zu einer erysipelartigen Staphylococcen-Invasion mit nachfolgender Keilentzündung (Mastitis interstitialis) der Brustdrüse. Diese Formen der Brustinfektion sind viel hartnäckiger als die parenchymatösen Mastitisformen, bei welchen die Mikroben im gestauten Sekret in die Drüsengänge selbst eindringen. Bei letzteren wird durch energisches Absaugen durch einen kräftigen Säugling ein rascheres Abschwellen der oft unförmlich geschwollenen, heißen Drüsenkörper erzielt. Erst wenn bei einer Warzenschrunde alle Zeichen einer beginnenden Lymphangitis und Mastitis interstitialis hinzutreten, verzichten wir auf die betreffende Brust und lassen nur auf der gesunden Seite das Kind anlegen.

Inzwischen sorgen feuchte Verbände, d. h. ausgiebige Packungen der kranken Brust mit essigsaurer Tonerde- (6 %) oder mit Alkohol- (50 %) Lösungen für ein rasches Zurückgehen der Erscheinungen. Von der Eisblase habe ich nur selten Gebrauch gemacht. Die Kälte schiebt die eventuell notwendige Incision nur hinaus, sie macht sie aber nicht unnötig. Wohl aber kann dies durch die feuchte Wärme ermöglicht werden.

Einen sehr wichtigen Fortschritt in der Behandlung der Mastitisformen bedeutet die Anwendung der Bierschen Stauung. Die feuchten Packungen möchte ich auch bei Behandlung mit dem Saugapparat nicht missen. Im Gegenteil scheinen beide Verfahren sich gegenseitig zu ergänzen und zu unterstützen. Vor allen Dingen ist bei den abscedierenden Formen die Behandlung mit dem Saugapparat denkbar leicht und der Verlauf wesentlich abgekürzt.

Durch die Schwangerschaftsprophylaxe waren wir imstande, die Zahl unserer erkrankten Brustdrüsen von 7 % auf 1,3 % herabzudrücken. Zuweilen haben wir in einem Zeitraum von 12 bis 13 Monaten nicht eine einzige Brust zur Abscedierung kommen sehen. Es gibt aber zuweilen Fälle, in welchen keine Vorsichtsmaßregel den Abscess verhindern kann. So sahen wir Mamma-Abscesse in nicht stillenden Drüsen entstehen bei anaemischen entkräfteten Individuen (infolge Tuberkulose und Querschnittsmyelitis).

Je frühzeitiger der Abscess diagnostiziert wird (Probepunktion), um so kleiner die Incision und um so rascher die Heilung mit Saugbehandlung. Zweifellos geht ein grosser Prozentsatz von Mastitisfällen im Beginn bei Stauungsbehandlung zurück. Wir saugen in den ersten Tagen zwei- bis dreimal täglich. Bei jeder Sitzung, welche etwa 15 Minuten in Anspruch nimmt, wird zwei- bis dreimal die fest aufgesetzte Saugglocke evacuiert; nach drei bis fünf Minuten langem Ansaugen muss eine Pause von mehreren Minuten folgen. Das Ansaugen muss ganz allmählich sich steigern und von Fall zu Fall variiert werden. Etwaige am Glockenrand entstehende, blutige Hautsugillationen sind ohne Bedeutung. Sie verschwinden rasch mit dem Aussetzen der Stauungsbehandlung. Letztere,

Feuilleton.

Eine Reise auf der „Amerika“ nach Amerika.

Von Dr. **Clemm**-Darmstadt.

(Fortsetzung.)

Als der Riese langsam von kleinen Schleppern längseits der Landungsbrücke gebracht ward, zeigte sich dieselbe vollgepfropft mit aus den Fenstern herauswinkenden grüssenden Menschen, die gekommen waren, ihre Freunde und Verwandten abzuholen. Bald erhob sich ein mächtiges Getümmel auf dem Peer, als die Passagiere mit ihrem Gepäck über die Landungsstege, „Gengways“, hinüber gestiegen waren vom deutschen Boden des Schiffs auf den amerikanischen. Da drängten sich die Passagiere mit ihren Freunden, dazwischen die das Gepäck besorgenden Stewards und die Gepäckführer, welche ihre schweren zweirädrigen Gepäckrollen mit staunenswerter Geschicklichkeit haarscharf an den nebenmenschlichen Hühneraugen vorbei zu lenken verstehen. Da sind Telefon- und Telegrammoffices und die Beamten daran kommen nicht aus der Tätigkeit heraus; die Telefonanschlussverzeichnisse, allein in 2 oder 3 Bänden aufliegend, haben jeder etwa den doppelten Umfang des Frankfurter Adressbuches. Da sind vor Allem Scharen von Zöllnern, welche mit unnachsichtiger Wissbegier in die innigsten Geheimnisse, auch der weiblichsten Toilettekoffer, eindringen, und es ist spasshaft, die verzweifelt-erregten ladies vor ihren gewaltigen, kommodengleich oft mit Schiebladen versehenen Koffern nach den Schlüsseln suchen oder ihre wild durcheinandergeworfenen Schätze wieder hineinraffen zu sehen. Gern hat man die Zollknechte wohl nie gehabt, schon das neue Testament schätzt sie nicht allzuhoch ein; aber ich glaube, die da drüben haben's dazu gebracht, dass sie zu den bestgehassten ihrer Art sich zählen dürfen. — Hat sich dann endlich der Schwarm verlaufen, so sind die weiten Hallen, welche noch eben das mächtige Gedränge nicht zu fassen vermocht, öde und ausgestorben, in schier endloser Weise gähnen sie dem Besucher entgegen.

Bei der Fahrt durch den Hafen fielen uns schon manche Schiffserscheinungen auf, die uns neu waren. Da liegen weit draussen vor Anker Frachtdampfer oder schlanke, zierliche Segler, bis zum mächtigen Fünfmaster hinauf, die anmutigsten aller Schiffstypen, aus aller Herren Länder, unter aller Nationen Flaggen; aber im Hafengebiete selbst fallen weit mehr ins Auge drei besondere Typen: Die mächtigen „Ferry“boote, welche die Ueberfahrt von einer New Yorker Landestelle nach einer andern in Hoboken oder Staten- oder Cuney-Island oder sonst wohin besorgen. Zweistöckig nehmen diese gewaltigen Dampfer Massen von Passagieren auf, während in dem Tunnel,



sowohl wie die Alkoholpackungen müssen auch nach dem Abklingen der Mastitiserscheinungen noch eine Zeit lang (bis eine Woche) fortgesetzt werden. Im anderen Falle sind Recidive der Mastitis nicht selten.

Von den sonstigen Organen sind, wie erwähnt, die Harnwerkzeuge ganz besonders Schädigungen ausgesetzt. Cystitische Erscheinungen auch ohne vorhergehendes Katheterisieren treten recht häufig auf, vielleicht durch Residualharn bei mangelhafter Detrusorkraft begünstigt, Collatterale Blutungen, Quetschungen der Schleimhaut und sogar ulcera sind gelegentlich im cystoskopischen Bilde zu beobachten.

Die Häufigkeit aufsteigender Ureterprozesse und nachfolgender Pyelitis purulenta ist früher offenbar vielfach übersehen worden. Je mehr die Aufmerksamkeit darauf gelenkt wird, um so mehr Fälle werden publiziert. Auch wir verfügen über eine stets wachsende reiche Zahl derartiger Beobachtungen. Bemerkenswert ist, dass rasch entstehende Fälle zunächst mit einem heftigen Schüttelfroste einsetzen und bei jeder neuen Exacerbation mit Frösten verlaufen können, welche die Verwechslung mit einer puerperalen Wundinfektion möglich machen. Wartet man unmittelbar nach dem Anfall, in welchem die Patientinnen zuweilen direkt die Gegend der Nierenbecken als Schmerzpunkt angeben, den ersten Urinabgang ab, so ist schon makroskopisch, sicher aber mikroskopisch die Pyurie sichtlich. Jede neue Fieberattacke geht mit Veränderungen des Urins conform, so dass auch in zweifelhaften Fällen das dauernde, zunächst gute Allgemeinbefinden im Intervall bei dem qualitativ unveränderten Pulse die Diagnose sichern.

Schwierig wird die Diagnose und Prognose, wenn die Pyelitis als Kombination einer genitalen Wundinfektion — vielleicht von einem tiefen parametranen Eiterherd aus — entstand. Jedoch gehören ja diese Formen zu den schwersten Erkrankungen, wie überhaupt die Prognose doppelseitiger Pyelitis häufig dubiös wird. Zum mindesten ist es schwer, oder unmöglich, für eine Dauerheilung zu garantieren. Wie in der Hauptsache die puerperale Wundinfektion auf ektogene Keime zurückzuführen ist, so die Cystitis und Pyelitis auf das Katheterisieren. Daher sollen die Frauen schon vor der Entbindung das Urinieren bei horizontaler Bettruhe üben, daher sollen wir jedem Katheterisieren eine prophylactische Blasendesinfektion mit Arg. nitr. 1 : 3000 anschliessen. Der Rest der Spülflüssigkeit bleibt als Detrusorreiz in der Blase, etwa 50 ccm. 3 % Borglycerin hat uns nicht immer die gleichen Dienste getan. Für besonders gefährlich erachte ich die nach dem Katheterisieren eintretende unvollständige Funktion der Blase, bei welcher die Residualharnmengen bei scheinbar guter Blasenentleerung grösser und grösser werden und zuletzt das Rückstauen des Harnes von der Blase zur Niere ermöglichen. Im gestauten Harn wachsen die Mikroben aufwärts. In solchen Fällen von Blasenlähmung ist es besser, für die erste Zeit einen Dauerkatheter einzulegen. Es wird dadurch der Blase Zeit gegeben, sich von der mechanischen Laesion zu erholen. Freilich erfordert der Dauerkatheter auch täglich Reinigung durch Blasenspülung; eventuell wird er auch, wenn Inkrustation bei mangelhaftem Abfluss wahrscheinlich ist, durch einen neuen ersetzt. Auch bei Pyelitis haben wir von der Behandlung der puerperalen Blase mit übermangansaurem Kali nur gutes gesehen. Ich brauche nicht hinzuzusetzen, dass wir bei diesen Spülungen jede grössere, vom Patienten lästig empfundene Drucksteigerung vermeiden, und dass Milchdiät, Vermeidung von alkoholischen Getränken, innere Desinfektion (Helmitol, Urotropin etc.), die Behandlung unterstützen. Das reichliche Durchspülen durch Verabreichung von alkalischen Säuerlingen (Biliner, Fachinger, Wildunger Helenenquelle etc.) ist zuweilen von bestem Erfolge. Schon der quälende Durst wird uns zur Verordnung angenehmer Quellen zwingen. Zur Anwendung des Ureterencystoskopes und zur Durchspülung der Nierenbecken haben wir uns bisher nicht entschliessen können.

Es würde zu weit führen, wollte ich im Rahmen meines bescheidenen Vortrages alle die möglichen extragenitalen Fieberquellen berühren. Die Störungen von seiten der Lunge und des Darmes, insbesondere die tuberkulösen Formen gehören ja mit in das typische Bild einer Statistik über puerperale Morbidität. Ich möchte nicht verfehlen, darauf hinzuweisen, dass uns in zweifelhaften Fällen die orthodiagraphische Lungenuntersuchung, sowie die Tuberkulin-Reaktion ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel gewährt.

Je klarer wir das Gebiet der wirklichen genitalen Wunderkrankungen umschreiben können, um so mehr Aussicht auf Erfolg wird unsere Therapie bieten. Vielfach, ja meistens kommen gerade die schweren Puerperalfieber zu spät als sogenannte verschleppte Fälle in unsere Behandlung. Viel kostbare Zeit ist mit zu langem Warten verloren gegangen. Das Virus hat längst den Uterus verlassen und sitzt vielleicht an vielen uns zunächst unerreichbaren Stellen.

Die Verhältnisse liegen ja oft denkbar verwickelt. Kein einziges klinisches Symptom vermag einen sicheren Anhalt zu geben, ob der Fall günstig oder ungünstig verlaufen wird. Am sichersten noch wird der allgemeine Aspectus und die Qualität des Pulses dem Erfahrenen eine gewisse Prognosen-

---

welcher unten längs durch das ganz flach und merkwürdig breit gebaute Schiff hinzieht, ein ganzer Wagenpark mit übergesetzt wird. Während dann von oben und von unten die Menschen in endlosen Scharen dem Schiffe enteilen, fahren aus seinem Bauche heraus gewaltige Bierfuhrwerke, Lastwagen aller Art, Luxuswagen und Automobile in zwei langen Reihen. Dabei sind diese Ferryboote so bequem und elegant mit ihren Gummiböden und Treppen, offenen und gedeckten Veranden, Klappsesseln und Rohr- oder Holzbänken eingerichtet, dass wir nur daran lernen könnten. Drollig wirkt ein kioskartiger Aufbau vorne und hinten auf diesen Booten und die wie der Anker in der Ankeruhr auf und abpendelnde querverbundene Kolbenstange, welche hoch oben auf dem Schiffe sich bewegt. Es soll damit Platz gespart werden im Maschinenraum, erklärte mir ein Ingenieur.

Eine andere auffallende Schiffsart sind die entzückenden, zum Uebernachten eingerichteten Hudsondampfer: Schneeweiss, nadelschlank mit hohem Aufbau bieten sie dem Auge den erfreulichsten Anblick, den ein Schiff nur gewähren kann. Endlos an Zahl müssen sie sein, wie sie gleich Möven so schnell und elegant, riesenhaft in den Ausmessungen, die Wasser durchfurchen.

Drittens verblüffen die fortgesetzt von einer Bahnstation zur andern übers Wasser überfahrenden Eisenbahnzüge: Nur beladene Frachtwagen — Lokomotive und Personenwagen bleiben zweckmäßig auf ihren Geleisen — in zwei Reihen nebeneinander auf ganz flachen Fähren verladen, werden von den fixen kleinen Schleppdampfern mit merkwürdiger Schnelligkeit über den Hafen bugsiert. Nicht hie und da, fortwährend bietet sich das Schauspiel dem Auge dar, und es gibt einen leisen Begriff von der unfaßbaren Grösse, von der Unendlichkeit des Handels, der sich in dieser Metropole abspielt! Und dabei erzählte mir ein Reisegenosse aus Chicago — der alljährlich, ohne ein Wort Deutsch zu können, als Reisender seiner Firma im sächsischen Erzgebirge und im Westphälischen die dort hergestellten einfachen Spitzen einkaufen geht; auch etwas Bemerkenswertes! —, dass in dieser zukünftigen Hauptstadt der Erde, in diesem Herzen von Amerika, das sein Blut aus den Riesenplätzen des Ostens und Westens und vom Norden her bezieht und es weitergibt nach Süden, wie es das von dorther bezogene durch die Schlagadern, welche die Vanderbild und Genossen ihm eröffnet haben in ihren riesigen Bahnbauten, wieder nach jenen zurückströmt, dass in Chicago der Schiffeverkehr schon heute grösser sei als in New-York, freilich nicht der Zahl von Registertons nach, wohl aber der einzelnen Kiele!

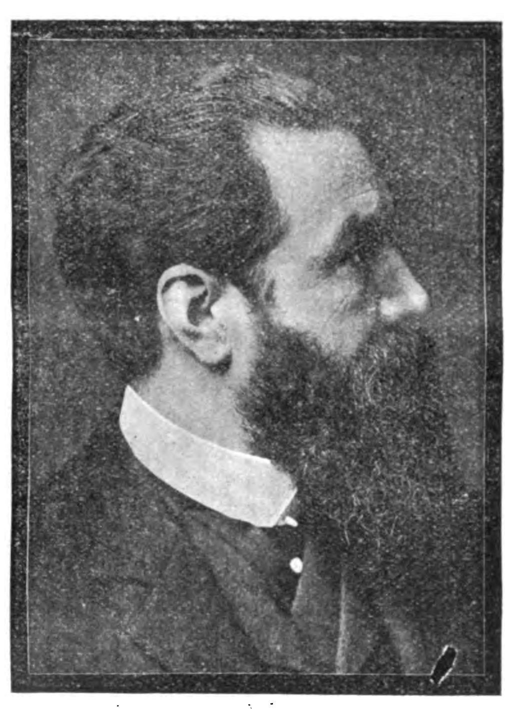
(Fortsetzung folgt.)

stellung ermöglichen. Sichere diagnostische Hilfsmittel haben wir eigentlich nur im letalen Endstadium, so die hochgradige Zerstörung der Blutelemente, Zerfall der roten Blutkörperchen, Ausbleiben der Leucocytose oder Aenderung des neutrophilen Blutbildes. Je rascher der Fall aggravierende Symptome im Verlauf zeigt, um so schlechter die Prognose. Und doch wird auch der Erfahrene stets Ueberraschungen erleben. Heilungen in trostlosen Fällen, ohne dass man eine Spur von irgend einer Lokalisation des Giftes nachweisen kann, selbst nach 20 und mehr Schüttelfrösten, und andererseits Todesfälle im Verlauf von Erkrankungen, die erst ganz harmlos schienen und nach wochenlangem Siechtum doch noch durch allgemeine Entkräftung oder durch Komplikationen letal endigten.

(Fortsetzung folgt.)

Möbius †.

Am 8. Januar früh 7 Uhr starb Paul Julius Möbius an einer Nephritis, welche infolge lange bestehender Insufficienz des Herzens allmählich sich entwickelt hatte. Mit ihm ist ein Mann dahingegangen, welcher in der medicinischen Wissenschaft und unter den Aerzten eine ganz besondere und eigenartige Stellung einnahm. Von Haus aus ein bescheidener, jeder



äusseren Ehrung und jeder Streberei abholder Mensch, kannte Möbius nur ein Ziel, nach der Wahrheit zu suchen in stiller eifriger Gelehrtenarbeit. Unbeirrt um die Mode in der Medicin, unbeeinflusst von jedem Autoritätsglauben ist er zielbewusst seine eigenen Wege gegangen. Er hatte in hohem Maße den Mut seiner Ueberzeugung und liess sich durch Anfeindungen nie beirren. Auch Beifall war ihm nur ein Ansporn zu weiterem Streben, nicht ein Grund zur Selbstüberhebung und Eitelkeit. Unermüdlich tätig hat er seine reiche Erfahrung und seine durch eifriges Studium erworbenen Kenntnisse in zahlreichen Publikationen niedergelegt, welche, wenn auch nicht alle gleichwertig, stets eine ganz besondere dem Verfasser eigene Marke trugen. Möbius war ein Nervenpathologe ohne Seciertisch, die Beobachtungen am Lebenden, die Durchforschung der geistigen Produkte hervorragender Menschen führten ihn zur Analysierung der komplizierten und viel verschlungenen Wege, welche der menschliche Geist wandelt und die so oft Irrwege sind oder zu solchen werden. Unnachsichtlich sagte Möbius die Wahrheit, wenn er sie einmal erkannt hatte, ganz unbeirrt, ob er sich dadurch mit den bestehenden Lehren seiner Wissenschaft oder mit den gebräuchlichen oder landläufigen Anschauungen des Publikums in Widerspruch setzte. Dogmen, die nur in ihrem Alter noch eine gewisse Existenzberechtigung hatten, wurden mutig über den Haufen geworfen. Nur weiter dem Lichte zu! war seine Parole.

Die Durchforschung der Krankheiten hervorragender Geister hat er in einer Reihe von Publikationen niedergelegt, die eine neue Form der Betätigung darstellen, die sogenannte „Pathographie“. Hierher gehören: „J. J. Rousseaus Krankheitsgeschichte“ 1889, „Ueber das Pathologische bei Goethe“ 1898, „Ueber Schopenhauer“ 1899, „Ueber das Pathologische bei Nietzsche“ 1902, „Ueber Robert Schumanns Krankheit“ 1905, „Ueber Scheffels Krankheit“ 1907, „Ueber Kunst und Künstler“ 1901.

Von den zahlreichen fachwissenschaftlichen Schriften seien hier aufgeführt: „Die Nervosität“ 1882, 3. Aufl. 1905, „Allgemeine Diagnostik der Nervenkrankheiten“ 2. Aufl. 1894, „Abriss der Lehre von den Nervenkrankheiten“ 1893, „Neurologische Beiträge“ 5 Hefte 1894—1898, „Die Migräne“ 2. Aufl. 1903, „Die Basedowsche Krankheit“ und „Der umschriebene Gesichtsschwund“ in Nothnagels spezieller Pathologie und Therapie, „Ueber die Tabes“ 1897, „Ueber den Kopfschmerz“ 1902, „Ueber die Behandlung von Nervenkranken und die Errichtung von Nervenheilstätten“ 2. Aufl. 1896.

Im Publikum machte eine Schrift ganz besonderes Aufsehen: „Ueber den physiologischen Schwachsinn des Weibes“. Dieses Buch, welches viele Auflagen erlebt hat, wandte sich gegen die sinnlosen Frauenemancipations-Bestrebungen des letzten Dezenniums und war bestimmt, die Frau gegen ungeeignete und gefährliche Hetzereien ultraradikaler Anhänger der Frauenemancipation in Schutz zu nehmen. Natürlich waren die Anfeindungen unzählige und wenige Bücher dürften so oft missverstanden worden sein, wie dieses. Heute, wo die hochgehenden Wogen der Frauenemancipation sich etwas beruhigt haben, werden alle besonnenen Frauen den Wert des Buches anerkennen.

Möbius wurde am 24. Januar 1853 zu Leipzig geboren, studierte daselbst und in Jena und Marburg. 1883 habilitierte er sich in seiner Vaterstadt als Dozent der Nervenheilkunde, legte aber diese Dozentur 1893 nieder, um ganz seinen Privatstudien und der Verfolgung seiner weitausschauenden Ziele leben zu können. Im besten Mannesalter hat ihn der unüberwindliche Vernichter dahingerafft mitten aus einem arbeitsreichen, nützlichen Leben. Die medicinische Wissenschaft und die leidende Menschheit verlieren in ihm einen geistvollen, von dem erhabenen Streben nach Wahrheit durchdrungenen Arzt, dessen ferneres Leben noch unendlich viel Gutes und Wertvolles versprach.

requiescat in pace.

Redaktion und Verlag.

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Schlesische Gesellschaft für vaterländische Cultur.

(Med. Sektion.)

Vorsitzender H. Uhthoff, Schriftführer H. v. Strümpell.

Sitzung vom 26. Oktober 1906.

Vor der Tagesordnung Demonstration mikroskopischer Präparate von Anguillula intestinalis aus der Strümpellschen Klinik.

Herr Winkler zeigt die Sexualorgane einer 32 jährigen Frau, die zehn Tage nach einer Sturzgeburt verstorben war. Durch eine Nephritis und Cystitis war eine Infektion der Placenta eingetreten und der Exitus erfolgte durch Lungenembolie.

Herr Asch weist auf die forensische Bedeutung dieses Falles von Selbstinfektion hin. Die Nephritis war in vivo nicht diagnostiziert worden.

1. Herr Krause: Zur Symptomatologie des Coma diabeticum mit besonderer Berücksichtigung einiger neuerer Punkte (Acetessigsäure-Nachweis in der Lum-

bal-Flüssigkeit, Hypotonia bulbi, Lipaemie, Lipaemia retinalis): Alle bisher festgestellten Symptome, wie die „grosse Kussmaulsche Atmung, Temperatursteigerung, Aceton-Essigsäure, Coma-Cylinder sind nicht constant und können nicht für das Coma verantwortlich gemacht werden. Als ein neues Symptom erwähnt der Vortr. den Nachweis von Aceton in der Lumbal-Füssigkeit; bei drei untersuchten Fällen war der Befund immer positiv. Dann hat er vor 3 Jahren zum ersten Male die Hypotonia bulbi wahrgenommen und darauf in 22 Fällen von sicherem Coma diabeticum stets vorgefunden. Die Bulbi sind ganz weich und schlaff. Weder bei Toten und Sterbenden noch bei anderen Comatösen tritt dieses Symptom auf. Auch bei Diabetikern, die aus anderen Ursachen sterben, kommt es nicht vor. Darum kann auch die Wasser-Verarmung nicht schuld sein. Es liess sich überhaupt keine glaubliche Erklärung dafür finden. Die Erscheinung tritt 1—10 Stunden vor dem Tode auf und hat prognostisch eine sehr ungünstige Bedeutung. Von anderen Befunden sei noch der hohe Fettgehalt des Blutes erwähnt.

2. Herr Heine: Ueber Augenspiegelbefunde bei diabetischer Lipaemie: Bei der retinalen Lipaemie sind die Gefässe weisslichblau gefärbt, der Fundus behält seine normale Farbe. Ein Fettgehalt von 3% lässt sich durch Sudan-Färbung nachweisen, während im Blut erst bei 5% die Diagnose möglich ist; daher die Wichtigkeit der Augenspiegeluntersuchung.

An der Diskussion beteiligen sich ausser dem Vortragenden die Herren Rosenfeld, Röhmann und Uhthoff. Peritz.

Sitzung vom 9. November 1906.

Vorsitzender H. Uhthoff, Schriftführer H. Partsch.

Herr Anschütz stellt einen Jungen vor, der 3 Meter hoch heruntergefallen und bewusstlos und ganz reaktionslos eingeliefert worden war. Es traten leichte Zuckungen rechts auf, und bei der Palpation des Schädels fühlte man Krepitationen. Es wurde trepaniert und schon während der Operation trat Reaktion auf. Prognose ist günstig.

1. Herr Anschütz: Vorstellung eines operierten Kleinhirntumors: Der Tumor hatte 1/2 Jahr bestanden. Symptome waren: Kopfschmerz, dann Schwindel und Erbrechen, schliesslich unsicherer Gang und Bewusstlosigkeit; am quälendsten war der Kopfschmerz. Es trat cerebrale Ataxie, aber ohne Spasmus auf; das Rhombergsche Phaenomen war sehr ausgesprochen; Nystagmus war vorhanden, aber keine Stauungspapille. Puls war normal; es bestand ausgesprochene Nackensteifigkeit und Zwangslage auf der rechten Seite. Am 6. Tage nach der Aufnahme trat Stauungspapille auf, und daher war zum mindesten die palliative Trepanation indiziert. Die Operation wurde in der hinteren Schädelgrube ausgeführt und, da links, wo er diagnostiziert war, kein Tumor sich vorfand, wurde auch rechts eingegangen, und dort fand man eine blutrote, walnussgrosse Geschwulst, die entfernt wurde; gleichzeitig wurde noch 1/8—1/10 des Kleinhirns abgetragen, um jeden Druck zu vermeiden. Der Tumor war ein Myxosarcom. Am anderen Tage sprach Patient und nach 3 Wochen waren die Stauungserscheinungen verschwunden. (Vorstellung des Patienten und Demonstration des Tumors.)

Herr Winkler: Ueber Appendicitis mit Demonstration: Der Vortr. hat über 200 frische Fälle untersucht und zeigt die vorzüglichen Präparate in Lichtbildern. Aetiologisch hat er bei 24% Concremente (Kotsteine), bei 4% Tuberkulose und bei 30% akute Entzündung festgestellt. Der Rest betrifft die chronische Appendicitis. Er stellte dann folgende Thesen auf: 1. Für die Aetiologie der Appendicitis kommt in erster Linie der anatomische Bau des Wurmfortsatzes in Betracht. 2. Die Behauptung, dass der Kotstein für die Schleimhaut unschädlich sei, ist durch zahlreiche Beispiele widerlegt. 3. Bei der Beurteilung derartiger „Konkremente" ist zu unterscheiden zwischen frischen weichen „Kotmassen" und alten festen, sogenannten „Kotsteinen". 4. Im ersten Falle, Appendicitis coprostatica, können frische (bakterienreiche) Kotbestandteile in sehr kurzer Zeit zur vollständigen Gangrän des Wurmfortsatzes führen. 5. Im zweiten Falle, Appendicitis coprolitica, bleibt der Stein solange unschädlich für die Schleimhaut, bis eine Infektion hinzutritt. 6. Die entzündlichen Prozesse entwickeln sich zuerst in der Schleimhaut und ergreifen erst später die übrigen Schichten der Wand. Deshalb gehören submuköse Phlegmonen, und die unter Umständen bis zur Abscedierung fortschreitenden Infiltrate der Muskularis als primäre Erscheinung zu den grössten Seltenheiten. 7. Infektionen des Wurmfortsatzes mit Tuberkulose, sowie Eindringen von tierischen Parasiten in dessen Schleimhaut können unter dem gleichen Bilde verlaufen, wie die akute oder chronische Appendicitis. 8. Die chronische Appendicitis ist als eine Summe von Einzel-Erkrankungen aufzufassen. 9. Die klinischen Erscheinungen lassen vielfach keinerlei Schlüsse zu betreffend die anatomischen Schädigungen des Organs. Dies gilt bezüglich: a) Der Intensität und Lokalisation des Schmerzes, b) des Fiebers, sowie c) des Allgemeinbefindens des Patienten. 10. Die vorstehenden Symptome kommen für die Diagnose nur insofern in Betracht, als sie vorhanden sind, nicht in soweit sie fehlen. 11. Die Atrophie des Wurmfortsatzes ist weit häufiger als eine Folge latenter Entzündung aufzufassen (Appendicitis occulta), denn als Folge seniler Involution. 12. Je intensiver die anatomische Untersuchung des operativ entfernten Wurmfortsatzes betrieben wird, und je mehr deren Ergebnisse mit der Krankengeschichte verglichen werden, desto mehr wird sich die Ueberzeugung befestigen, dass möglichst frühzeitig durch operatives Eingreifen geholfen werden müsse. Peritz.

Naturforschende Gesellschaft Freiburg i. B.

Fachwissenschaftliche Sitzung vom 14. November 1906.

Schilling: Demonstrationen zur pathologischen Anatomie des Labyrinthes.

Sch. demonstriert ein Wachsplattenmodell eines auch klinisch untersuchten Falles von multipler Spongiosierung der Labyrinthkapsel, welches die Hohlräume des Labyrinthes und die ihnen anliegenden pathologischen Knochenherde plastisch zur Darstellung bringt (s. Arch. f. Ohrh. Bd. 68). Histologisch handelt es sich, wie an mikroskopischen Projektionen gezeigt wird, um Knochenherde von spongiosaähnlicher Struktur, die aus dünnen, strukturlosen, unregelmäßige erweiterte Knochenkörperchen enthaltenden Knochenbälkchen bestehen und vielgestaltige Markräume mit geschlängelten Gefässen und retikulärer bis fasriger Zwischensubstanz begrenzen. Entstanden sind die Herde durch Resorption des alten lamellären Knochens (Erweiterung der Haversschen Kanäle, Einwachsen neuer Gefässe vom Periost, lacunäre Resorption durch Osteoklasten) und Ersatz durch neugebildete Knochenbälkchen durch Tätigkeit von Osteoblasten. Der Prozess ist teilweise zum Stillstand gekommen, an anderen Stellen schreitet er weiter, wobei sich resorptive und appositive Prozesse nebeneinander abspielen. Durch das Uebergreifen der Herde auf funktionell wichtige Teile entstehen Hörstörungen. Meistens wird, wie im gegebenen Falle, die Steigbügelplatte von dem Prozesse ergriffen, verdickt und ankylosiert und macht dann das klinische Bild der Stapesankylose, einer progressiven, meist mit Sausen einhergehenden Schmerzhörigkeit mit den Erscheinungen des Schallleitungshindernisses und häufig auch einer nervösen Schwerhörigkeit, deren Ursache noch unklar ist, vielleicht mit dem Einfluss der bis an das Endost reichenden Markräume auf die Labyrinthflüssigkeit zusammenhängt.

Ueber den Ausgangspunkt des Spongiosierungsprozesses bestehen verschiedene Ansichten, die älteste von v. Troeltsch inaugurierte nimmt eine Sklerose der Paukenschleimhaut an. Der Name Sklerose ist heute noch üblich, jedoch ist in reinen Fällen die Paukenschleimhaut völlig intakt. Man muss deshalb den Ausgangspunkt des Prozesses im Perioste oder den Knochen selbst suchen. Die Vertreter der ersteren Anschauung nehmen meist an, dass es sich um einen entzündlichen Prozess handelt, eine Periostitis auf konstitutioneller Grundlage (gichtische Diathese, Scrophulose, Rhachitis, Lues). Diese Momente können jedoch nur für einzelne Fälle verantwortlich gemacht, und dürfen nicht verallgemeinert werden. Politzer hat zuerst die Erkrankung als eine primäre Knochenneubildung aufgefasst. Dann hat Liebenmann die Grenze des enchondrae gebildeten und periostal aufgelagerten Knochens als Ausgangspunkt des Prozesses bezeichnet, den er für die letzte Phase eines Wachstumsvorganges hält, der normaler Weise im Felsenbein nicht vorkommt. Nach Koerner ist diese abnorme Wachstumstendenz eine vererbte, schon im Ahnenplasma enthaltene Anlage.

Kurzer Ueberblick über die pathologische Anatomie der Taubstummheit, Demonstration eines Präparates von angeborener

Taubstummheit mit Degeneration des Cortischen Organes, Collaps der Reissnerschen Membran und des Sacculus (Praep. von Prof. Lindt-Bern s. Deutsch. Arch. f. klin. med. Bd. 86).

Die bei Leukaemie auftretenden Gehörs- und Gleichgewichtsstörungen sind durch Blutungen oder leukaem. Infiltrationen oder beides zugleich verursacht. Demonstration eines Präparates, das sämtliche Labyrinthräume von Blutungen erfüllt zeigt (Lindt-Bern).

Demonstration einer Reihe von Labyrintheiterungen (eigene Präparate), welche die Durchbruchstellen der Eiterungen von der Paukenhöhle ins Labyrinth (ovales und rundes Fenster) und die verschiedene Ausbreitungsweise im Labyrinthe illustrieren; so kann die Entzündung z. B. auf den perilymphatischen Raum beschränkt bleiben. Heilungstendenz macht sich durch Bindegewebsneubildung und Knochenneubildung geltend. In ungünstigen Fällen geht die Eiterung auf dem Wege des porus acustic. internus oder des aquaeductus cochleae auf die Meningen über, wodurch gewöhnlich Meningitis entsteht, oder seltener durch den aquaeductus vestibuli, dessen anatomische Verhältnisse die Entstehung eines Kleinhirnabscesses begünstigt.

Küster: Ueber Trypanosomen als Krankheitserreger.

Unter Demonstration und Projektion verschiedener Trypanosomen-Präparate gibt Vortragender zunächst einen kurzen Ueberblick über das zoologische biologische Verhalten der Trypanosomen. In geschichtlicher Reihenfolge behandelt er sodann die wichtigsten Entdeckungen auf dem Gebiete der trypanosomischen Forschung, um dann die einzelnen Typen der trypanosomischen Erkrankungen und unter diesen die für Deutschland wichtigsten: Nagana und Schlafkrankheit näher zu besprechen. Ueber Nagana hat V. an kleineren Laboratoriumstieren eine Reihe von Untersuchungen angestellt, aus denen besonders eine durch häufige Passage auf Ratten und Mäuse erworbene ausserordentlich geringe Virulenz der Naganaerreger für Hunde hervorging. Die infizierten Hunde machten eine chronisch-verlaufende Nagana durch mit deutlichen klinischen Symptomen (Fieber, Somnolenz, Keratitis parenchymatosa, starke Abmagerung bei dauernd guter Nahrungsaufnahme); der Tod erfolgte nach 2 bis 3 Monaten; über Obduktionsbefund und die noch nicht abgeschlossenen histologischen Untersuchungen wird an anderer Stelle noch ausführlicher berichtet werden. V. schliesst mit einem Hinweis auf die von Schaudinn gefundenen Beziehungen zwischen Trypanosomischen- und Spirillen-Erkrankungen.

Krielmeyer: Experimentelle Tabes bei Hunden (Trypanosomen-Tabes).

Diese experimentellen Untersuchungen gingen von den Erwägungen aus, dass sich die Trypanosomiasis (speziell der Schlafkrankheit) mit den syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen (Paralyse) anatomisch und klinisch in manchen Punkten berührt und dass die Trypanosomen der Gruppe der Spirochaeten, in die der wahrscheinliche Lues-Erreger gehört, nahestehen. Es sollte untersucht werden, ob sich auch sonst noch verwandtschaftliche Beziehungen zwischen Trypanosomiasis und Lues (respektive Metasyphilis) finden. Die Versuche bestätigten das: bei Hunden kann es infolge von Trypanosomen-Infektion zu degenerativen zentralen Veränderungen kommen (Hinterwurzeln, sensible Trigeminuswurzel, Optikus), die prinzipiell denen bei der postsyphilitischen Tabes der Menschen gleich sind. (Vgl. den Aufsatz in Nr. 48 der Münchener medicinischen Wochenschrift 27. 11. 1906.)

Gynaekologische Monatsschau.

Die für den Praktiker eminent bedeutsame Frage einer rationellen Therapie bei engem Becken war auf dem diesjährigen Naturforschertage zu Stuttgart in mannigfach variierten Themen der Gegenstand eingehendster Erörterung. Als wichtigstes Resultat derselben ist zu registrieren, dass die von Krönig und Zweifel vertretene Anschauung, die künstliche Frühgeburt sei gänzlich zu vermeiden und in allen Fällen durch eine aktivere Therapie, die Pubiotomie oder Sektio caesarea, zu ersetzen, von Seiten aller Referenten eine mehr oder minder energische Zurückweisung erfuhr. Fehling kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu dem Resultat, dass die künstliche Frühgeburt in ihrem Wert für das Leben der Kinder voll bestehen bleibt und endgültig sogar bessere Resultate für dieselben liefert als der Kaiserschnitt. Die Pubiotomie ist kein Ersatz für die künstliche Frühgeburt, sondern beide Operationen sollen mit eigenen Indikationen nebeneinander bestehen. Das Gebiet der Pubiotomie umfasst Erstgebärende, wo Gefahr für Mutter und Kind besteht und bisher am lebenden oder toten Kinde perforiert worden war; ferner solche Mehrgebärende, die von vornherein den relativen Kaiserschnitt ablehnen oder wo im Verlaufe der Geburt unvorhergesehene, anders nicht zu behebende Gefahren auftreten. Die künstliche Frühgeburt bleibt reserviert für Frauen, die 1—2 Totgeburten hinter sich haben und bei denen die Beckenverengung nicht zu hochgradig ist. Pfannenstiel tritt besonders im Interesse des Praktikers, der infolge äusserer Umstände nur selten in der Lage sein wird, die grossen und eingreifenden Operationen ausführen zu können, als warmer Fürsprecher der künstlichen Frühgeburt auf. Er formuliert seine Indikationen für die Therapie bei engem Becken folgendermaßen: Hochgradig verengte Becken sollen im allgemeinen der Klinik zur Ausführung der Sectio caesarea oder der Pubiotomie mit oder ohne Verbindung mit künstlicher Frühgeburt überwiesen werden. In diese Kategorie werden im allgemeinen auch die höheren Grade des allgemein verengten platten Beckens gehören. Alle geringeren Grade von Beckenverengung können im Hause nach folgenden Grundsätzen behandelt werden: Die künstliche Frühgeburt ist indiciert, wenn der Geburtsverlauf beim ersten Kinde ein grosses Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken gezeigt hat oder wenn die Messung schon in der ersten Gravidität eine bedenkliche Verengung aufweist (Conj. vera 7—8½ cm). Für die rein platten Becken eignet sich die künstliche Frühgeburt durch Hystereuryse mit prinzipieller Ausführung der prophylaktischen Wendung, für die allgemein verengten Becken ist die Abwartung des Spontanverlaufs vorteilhafter und deshalb zur Einleitung der Frühgeburt die Bougiemethode mehr zu empfehlen. Bei Geburten am normalen Ende der Schwangerschaft gilt als Grundsatz, den natürlichen Geburtslauf nicht zu stören, sondern nach Möglichkeit zu unterstützen (Regelung der Wehentätigkeit, Hängelage etc.).

Auch das v. Herff'sche Referat gipfelt auf Grund der Tatsache, dass die Lebensfähigkeit der durch künstliche Frühgeburt geborenen Kinder kaum geringer ist als die der reifen, in dem Satze, dass die künstliche Frühgeburt nach wie vor als vollberechtigter und segensreicher Eingriff zu Recht besteht. Hofmeier, der letzte Referent, ist zwar mit den Resultaten der künstlichen Frühgeburt in Bezug auf die Mütter nicht zufrieden, kommt aber doch zu dem Ergebnis, dass die von Krönig aufgeworfene Frage nach einer Berechtigung oder Verpflichtung zu einer aktiveren Therapie in der Geburtshilfe nur sehr vorsichtig und keineswegs ohne Vorbehalt bejahend beantwortet werden könne.

Einen weiteren Beitrag zu diesem scheinbar unerschöpflichen Thema bringen zwei Veröffentlichungen, die gleichzeitig eine Illustration der oft wiederholten Mahnung, die Pubiotomie nicht als eine für den praktischen Arzt geeignete Operation zu empfehlen, bilden. In einem Falle von ziemlich hochgradig verengtem Becken erlebte Rühl bei einer Pubiotomie infolge fester Verwachsung der Blase mit dem absteigenden Schambein- resp. aufsteigenden Sitzbeinaste eine kollossale Zerreissung der ganzen Scheide und Blase, deren Vereinigung nur mit grösster Mühe und unter Zurückbleiben einer Blasenscheidenfistel gelang. Diese unangenehme Erfahrung veranlasst Rühl zu dem etwas weitgehenden Vorschlag, bei stark verengten Becken, sehr rigider Scheidewand und vorausgegangenen Entzündungen im kleinen Becken, die die oben erwähnten Verwachsungen von Blase und Knochen verursachen, vor der Ausführung der Pubiotomie die Blase wie beim vaginalen Kaiserschnitt von einem später wieder zu vereinigenden Scheidenschnitt aus prophylaktisch abzulösen und hochzuschieben, so dass sie aus dem Bereich der Durchsägungsstelle zu liegen kommt.

v. Rosthorn beschreibt ein Erlebnis, das bisher bei der Pubiotomie für unmöglich gehalten worden ist, nämlich eine Blutung von derartiger Heftigkeit, dass trotz raschesten Eingreifens bei guter Assistenz, Spaltung der Weichteile, Freilegung des Wundgebietes und Tamponade die Patientin an ihr in wenigen Minuten zu Grunde ging.

In hohem Grade beachtenswert sind die Mitteilungen, die Walcher auf dem Stuttgarter Kongress über Ernährung der Wöchnerinnen und Stillvermögen machte. Seit 1887 hat Walcher in seiner Anstalt den Wöchnerinnen vom ersten Tage nach der Geburt an volle Kost verabreicht und gleichzeitig eine andere Reihe von Wöchnerinnen zum Zwecke eines Vergleiches bei der in der Praxis meist noch üblichen „Hungerdiät" belassen. Die Untersuchungen ergaben, dass bei guter Ernährung die Rückbildung der Gebärmutter sowie der Bauchdecken eine bessere ist; die Verdauung ist, wenn am nächsten Tage schon für Stuhlgang gesorgt wird, eine vortreffliche. Die Temperaturen der gut Genährten waren durchschnittlich 0,3 Grad geringer als die der schlecht genährten, die Morbidität überhaupt geringer. Am Schlusse der 13 tägigen Beobachtung wurden die gut genährten Wöchnerinnen frisch und gesund, die in der früheren Ernährungsweise ernährten blass und schwach entlassen. Die gut genährten konnten ihre Kinder ganz stillen in 79%, die schlecht ernährten in nur 22%. Mit der Zeit wurde die Stillfähigkeit bis auf annähernd 100% gesteigert. (Schluss folgt.)

Periodische Literatur.

Deutsche med. Wochenschrift. No. 49. 1906.

1. Ehrmann, Wien: **Die Therapie der akuten und chronischen Cystitis.**

Die Cystitis ist immer durch Mikroben hervorgerufen, die durch die Urethra, Ureteren oder von den Nachbarorganen durch Gewebsspalten und den Blutkreislauf eindringen. Symptome sind Trübung des Urins durch Eiter, Epithelien, Mikroben in verschiedener Menge, Schmerzhaftigkeit beim Urinlassen, Auspressen blutigen Harnes oder Blut, gesteigerter Harndrang und zuweilen Fieber. Die Gonococcencystitis entsteht dadurch, dass Bakterien teils durch Instrumente, teils durch Injektionen in die Blase gebracht werden, oder durch Ansaugen des Eiters aus der Urethra anterior durch die Perinealmuskulatur bei forcierten Bewegungen der unteren Extremitäten und bei übermäßigem Urinieren nach Alkoholgenuss. Daher muss vor der Injektion oder Einführung eines Instrumentes die Urethra vom Eiter befreit, der letzte Urin klar abgeflossen sein. Die Behandlung ist kausal und symptomatisch. Salicylsaures Natron oder Salol (0,5 6 mal pro die) genügen meist, auch bei Blutungen; bei längerer Dauer empfehlen sich die Balsamica. Urotropin leistet hierbei weniger, ebenso Citarin und Helmitol. Falls Harndrang, Schmerz und Haematurie besondere Medication verlangen, verwendet man Decocte von Folia uvae ursi, oder Herba Herniariae oder Herba Chenopodii ambrosividis und Narcotica, wie Morphium 0,01 pro supositorio und Extr. Canabis indicae. Blutungen werden mit warmen Bädern oder Extr. secal. behandelt. Nach Verschwinden der Reizerscheinungen geht man zur lokalen Behandlung über; blande Spülmittel sind 2—3%ige Borsäurelösungen, lauwarm, wobei die Spritzen absolut aseptisch sein müssen, die interne Behandlung geht nebenher. Das beste stärkere Desinfektionsmittel ist Argentum nitricum (0,25—1,0 auf 1000,0), beginnend mit schwachen Lösungen nach voraufgegangener Spülung mit warmem sterilen Wasser oder Borsäurelösung; allmählich wird die Injektionsmenge vergrössert und länger in der Blase gelassen. Argentamin, Albargin, Protargol, Argonin, Itrol und übermangansaures Kali (1,0/1000,0) sind ebenfalls brauchbare Präparate, ferner Salicylsäure 1/200, Resorcin 3/100, Chininum sulfuricum 0,5/400. Andere Formen der akuten Cystitis werden durch Mikroben erzeugt, welche durch Instrumente in die Blase gelangen, die sich wegen Hindernisse in den vorderen Harnwegen (Striktur, Prostatahypertrophie) oder wegen paretischer Zustände nicht vollständig entleeren kann. Hierfür in Betracht kommende Mikroben sind Bakterium coli und Proteus Hauser. Urotropin leistet dagegen gute Dienste, ferner Aqua calcis zu gleichen Teilen mit Milch (30—35 g) dreimal am Tage, alkalische Wässer, Biliner, Salicylpräparate, Benzoesäure, Methylenblau. Leichte Fleischspeisen, grünes Gemüse, Fruchtsäfte, Kompotts, Mehlspeisen und Milch machen die Diät aus. Die chronische Cystitis zeichnet sich durch Mangel an Harndrang, Fehlen der Schmerzen und Blutungen aus. Urotropin leistet auch hierbei gute Dienste. Argentum nitricum ist als lokales Mittel bewährt. Wegen des Sediments in der Blase ziehe man den Katheter etwas vor und wieder zurück. Zincum sulfuricum oder sulfocarbolicum, Alaun und übermangansaures Kali sind ebenfalls empfehlenswert. Bei tuberkulöser Cystitis sind Einspritzung von Jodoformemulsionen angezeigt, bei nur lokaler Schleimhautentzündung von Argentum nitricum mittels Guyonscher Spritze. Bei Abscessen, Harninfiltration und zur Ableitung des Eiters sind chirurgische Eingriffe notwendig, Curettement und Kauterisation unter Zuhilfenahme des Operationscystoskops. Dehnungen bei Schrumpfungen infolge chronischen Katarrhs sind mittels Flüssigkeit von drei zu drei Tagen vorsichtig auszuführen.

Bei saurem oder neutralem Harn der Cystitiskranken empfiehlt sich die Darreichung von Säuerlingen; bei Stauungen im Becken Karlsbader oder Marienbader, bei chronischen mit Anaemie verbundenen Eisensäuerlinge, wie Wildunger.

2. Weber, Kaiserl. Gesundheitsamt, Berlin: **Die Infektion des Menschen mit den Tuberkelbazillen des Rindes (Perlsuchtbazillen).**

Für die Tuberkulose des Menschen kommen zwei sich nahestehende Krankheitserreger in Betracht, erstens die Bazillen des Typus humanus, die eigentlichen Erreger der menschlichen Tuberkulose, und zweitens des Typus bovinus, die Erreger der Tuberkulose des Rindes, der Perlsucht. Letztere machen einen Teil derjenigen Tuberkulose aus, deren Eingangspforte im Verdauungskanal zu suchen ist, der primären Darm- und Mesenterialdrüsen-, sowie der Halsdrüsentuberkulose. Hierbei kommt nur das Kindesalter in Frage. Die Möglichkeit einer Uebertragung von Mensch zu Mensch ist sehr gering, bisher ist sie nicht beobachtet. Die Gefahr der Perlsuchtinfektion besteht immerhin, und darum sind die Maßnahmen zur Verhütung einer Uebertragung der Tuberkulose des Rindes auf den Menschen durch Nahrungsmittel gerechtfertigt.

3. Vervurod, Bern: **Ueber Agglutinine und spezifische Immunkörper im Gonococcenserum.**

Verfasser hat fast zu derselben Zeit wie Bruck in der Neisserschen Klinik und unabhängig davon seine Untersuchungen angestellt. Die Resultate sind ebenfalls die gleichen; nur in einem Punkte unterscheiden sie sich. Bruck nahm an, dass die Bildung der Gonococcenagglutinine vollständig unabhängig von derjenigen der spezifischen Amboceptoren sei. V.'s Versuche zeigen aber, dass im künstlichen Immunserum beide Stoffe nebeneinander gebildet werden können. Die Resultate seiner Untersuchungen sind folgende: 1. Es lässt sich an Tieren durch Vorbehandlung mit Derivaten der Gonococcen ein hochwertig agglutinierendes Gonococcenserum herstellen. 2. Das Gonococcenserum agglutiniert nicht Staphylococcen, Streptococcen, Typhuskulturen, wohl aber Meningococcen (starke Gruppenagglutination). 3. Gonococcenserum besitzt einen erheblichen Agglutinationstitre auch für Meningococcen; umgekehrt agglutiniert Meningococcenserum die Gonococcen stark (starke Gruppenagglutination). 4. Gonococcenserum enthält spezifische Immunkörper (Amboceptoren nach Ehrlich) für Gonococcen. 5. Die Amboceptoren des Gonococcenserums werden von Meningococcen nicht gebunden, wie umgekehrt die Gonococcen keine Bindung der Meningococcen-Immunkörper herbeiführen. Die Methode des Nachweises spezifischer Amboceptoren in vitro ist daher bei diesen Coccenarten für diagnostische Zwecke der Agglutination anscheinend überlegen.

4. Bab, Berlin: **Kurze Mitteilungen zu dem Aufsatz von Prof. Wassermann und Dr. Plaut über syphilitische Antistoffe in der Cerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern.**

Aus den Untersuchungen erscheint der Schluss gerechtfertigt, dass die Spirochaete der Produzent der biologisch nachweisbaren syphilitischen Stoffe ist, dass also die Spirochaete pallida tatsächlich der Erreger der Syphilis ist, falls man nicht zu der unwahrscheinlichen Hypothese die Zuflucht ergreifen will, dass die Spirochaete als ein harmloser Schmarotzer in engster Symbiose mit einem uns noch unbekannten Lueserreger lebt.

5. Friedberger und Moreschi: **Beitrag zur aktiven Immunisierung des Menschen gegen Typhus.**



Zwischen Impfstoffmenge und Intensität der Antikörperbildung besteht ein paradoxes Verhältnis; es ergab sich aus zahlreichen Impfversuchen, dass innerhalb weiter Grenzen die Antigenmenge ohne Einfluss auf die Höhe der erreichten Titrewerte für Agglutination und Bakteriolyse. Zu erklären ist diese Erscheinung mit der Annahme Pfeiffers, dass die Antikörperproduktion eine spezifische Sekretion auf einen spezifischen Reiz sei. Man muss dann annehmen, dass z. B. in 1/500 Oese Typhusbakterien soviel Receptoren vorhanden sind, als mit passenden Zellengruppen in Aktion zu treten vermögen, so dass ein Mehr von eingeführten Bakterienreceptoren vom Organismus nicht verarbeitet wird. Die Verfasser wählten für ihre Versuche mit totem Typhusimpfstoff die endovenöse Injektion, die keine lokale Reaktion verursacht. Der eine Bakterienstamm zeigte im Reagensglas fast gar keine Receptoren, seine antigene Fähigkeit war aber gleichwertig dem zweiten bemessen. Es dürfen also nicht Antikörper bildende und bindende Gruppen nicht als identisch angesehen werden, wie Ehrlich annimmt, ebensowenig ist die Bindungsfähigkeit eines Typhusstamms ein alleiniger Maßstab seiner antigenen Qualität, wie Wassermann glaubt. Der Impfstoff wurde aus 18stündigen Agarkulturen nach Löffler bereitet, die toxische Wirkung der Bakteriensubstanzen aber erlitt dabei keine Einbusse. Auch 1/2000 Oese hatte noch Temperaturanstieg zur Folge, erst bei 1/4000 Oese blieb Fieber aus. Verfasser haben so für den Menschen die minimale Menge von totem Impfstoff festgestellt, welche überhaupt noch eine nachweisbare Antikörperbildung auslöst, ferner diejenige kleinste Menge, bei der noch eine optimale, oder doch wenigstens nach den bisherigen Erfahrungen ausreichende Antikörperbildung stattfindet. Die für die Agglutination gefundenen Werte unterliegen beträchtlichen individuellen Schwankungen, sind aber meist recht erheblich. Wichtiger als die Agglutinationswerte sind für die Beurteilung dieser Methode die bakteriolytischen Titer. Die von Hetsch gefundenen höchsten Werte nach dreimaliger Vorbehandlung mit im ganzen sechs Oesen abgetöteter Typhuskultur wurden durch einmalige endovenöse Injektion einer 300mal geringeren Bakterienmenge erreicht, und selbst mit 6 bis 24000mal geringerer Bakteriendosis wurden Werte erreicht, die den mit sechs Oesen (subcutan) gleichkamen. Zwischen Fiebergrad und Intensität der Antikörperproduktion besteht keine Beziehung, wie es auch Wright annimmt. Zu bemerken ist noch, dass dieselben Verhältnisse, wie sie hier beim Typhus ermittelt wurden, nicht für jede Infektionskrankheit mit bakteriolytischer Immunität Geltung haben. Eine Tabelle veranschaulicht die gefundenen Resultate.

6. Saalfeld, Berlin: **Zur inneren Behandlung der Gonorrhoe.**

Nach Ansicht des Verfassers hat das Gonosan viele Vorzüge vor dem Sandelöl. Im Gonosan ist Oleum Santali rein und unverfälscht, von guter Qualität, ferner die Kawa-Kawa mit ihrer sekretionsbeschränkenden Eigenschaft vorhanden, und schliesslich tritt die sedative Wirkung ganz besonders hervor. Eine Ueberlegenheit des Santyls gegenüber dem Gonosan ist nicht nachzuweisen. Salicylsäurezusatz zu den Sandelölpräparaten sind zu vermeiden wegen der reizenden Eigenschaft auf die Nieren, wie auch Casper betont. Verfasser ist der Ueberzeugung, dass die innere Gonorrhoetherapie niemals etwas schadet; er ist derselben Ansicht wie Letzel, der bei gleichzeitiger Anwendung von Balsamicis und Injektionen sehr selten Komplikationen gesehen hat, viel seltener jedenfalls, als bei der Anwendung von Injektionen allein, die Dauer war kürzer, der Verlauf milder. Lang ist ähnlicher Ansicht, er hat oft Heilung durch interne Behandlung allein gesehen, und Meyerhawt bestätigt diese Angaben. Auch Zeissl und Verfasser haben die gleichen Erfahrungen gemacht; letzterer empfiehlt, den intelligenten, manuell geschickten Patienten die Tripperspritzen in die Hand zu geben; solange aber Aerzte diese Technik nicht beherrschen, und solange manuell ungeschickte Kranke vorkommen, würde die innere Behandlung der Gonorrhoe nicht aufhören.

7. Hess, Marburg: **Ueber Eventeratio diaphragmatica.**

H. beweist, dass die Ansicht Lotzes, bei Fr. Schneider liege eine Hernia diaphragmatica vor, unrichtig sei. Zwei Arbeiten von Hildebrand-Hess und Jamin haben durch eingehende Untersuchung bereits festgestellt, dass in diesem Falle eine Eventeratio diaphragmatica vorhanden sein müsse.

8. Heinzelmann, Osnabrück: **Ein Fall von Lymphangiom des grossen Netzes, kombiniert mit Ovarialcystom.**

H. beschreibt einen Fall von Lymphangioma cavernosum et cysticum mit ausgesprochenem traubenartigem Bau des grossen Netzes. Die Diagnose war insofern schwierig, als das linke Ovarium in eine apfelgrosse Cyste verwandelt war, während das rechte Ovarium klein cystisch degeneriert war. Ueber die Entstehungsweise und Ursache hat sich nichts sicheres feststellen lassen, vielleicht bildete der gravide Uterus ein disponierendes Moment. Die klinischen Erscheinungen boten keinen charakteristischen Befund, da Verwachsungen mit dem Darm und dem Peritoneum parietale der vorderen Bauchwand bestanden. Die Operation war leicht, die Heilung erfolgte prompt, Recidive sind nicht zu befürchten. Um eine Metastase des Ovarialcystoms hat es sich nicht gehandelt.

9. Bachem, Bonn: **Arzneiverordnung und Pharmakopoe.**

Für die geplante Neuauflage des jetzigen deutschen Arzneibuches macht B. einige Vorschläge, z. B. die Streichung einiger nie gebrauchten, oder durch bessere Präparate ersetzten Mittel. Vollkommen entbehrlich ist Acetum aromaticum, Acidum hydrobromicum, ein Ersatz des Bromkalium, aber in der Wirkung geringer als dieses, Ammonium chloratum-ferratum, früher bei Chlorose mit gleichzeitiger Bronchitis gebraucht, aber durch viel bessere Eisenpräparate ersetzt, ebenso verhält es sich mit Amylenhydrat. Areolinum hydrobromicum hat nur Bedeutung für die Veterinärpraxis, Carrageen wird fast nur noch zur Anfertigung von Geheimmitteln gebraucht, Elixir amarum ist völlig in Vergessenheit geraten. Für Folia Jaborandi wird das Pilocarpin gebraucht, das die Schädlichkeiten der Folia nicht besitzt. Fructus papaveris immaturi, Semen und Sirupus papaveris sollten gestrichen werden, weil ihr Alkaloidgehalt nicht vorgeschrieben ist, Fungus chirurgorum ist unbrauchbar, weil dies Mittel nicht aseptisch ist, Herba Conii werden nie verschrieben, ebenso Herba Violae tricoloris. Hirudines sind nicht aseptisch und andere Mittel leisten mehr. Ferner können gestrichen werden: Mixtura sulfurica acida, Spiritus Angelicae compositus, Tinctura Ferri chlorati aetherea, Ungt. Plumbi tannici, Ungt. Rosmarini compos. und Ungt. Tartari stibiati, Zincum aceticum.

Würdig aber, in das neue Arzneibuch aufgenommen zu werden, sind Adrenalin, unter dem Namen Alcaloideum suprarenale, womit Adrenalin, Suprarenin und Paranephrin gemeint wäre, und der Apotheker wäre nicht gezwungen, alle drei Präparate vorrätig zu halten, Aspirin, unter dem Namen Acidum acetylosalicylicum, da Aspirin ein Schutzname für das Präparat von Bayer & Co. in Elberfeld ist, Dionin und Heroin mit den Maximaldosen 0,1 und 0,01, beide sind vorsichtig aufzubewahren, Hydrogenium peroydatum, Migränin, unter dem Namen Antipyreticum compositum, Tannalbin und Tanningen, Urotropin, Vasogenum jodatum, Veronal 1,0 pro die, 2,0 pro dosi.

Empfehlenswert wäre auch die Aufnahme von Guajacol oder ähnlicher Kreosotmittel, Jodipin, Sozojodol, Thyosinamin, Tinctura Ferri composita.

Statt Acidum carbolicum sollte es Phenolum oder Carbolum heissen, weil es richtiger ist. Einige stark wirkende Drogen, vor allem Folia Digitalis, sollten, soweit dies angängig ist, eine Prüfungsmethode zur quantitativen Bestimmung ihres wirksamen Bestandteils erhalten. Ferner sollte die Maximaldosis für Strichninum nitricum von 0,01 auf 0,005 erniedrigt werden, da 0,01 schon Intoxikationserscheinungen macht.

10. Zernik, Steglitz: **Neue Arzneimittel, Spezialitäten und Geheimmittel.**

Verfasser hat eine Anzahl neu untersuchter Abführ-, bezw. Entfettungsmittel zusammengestellt. Nur auf Verordnung des Arztes dürfen folgende abgegeben werden, da sie Drastica enthalten: Ayers Cathartie Pills, Moritons Pills, Redlingersche Pillen, Pagliano Sirup, Corpulin. Freihändig verkauft können folgende werden: Winthers nature health restorer, Burkharts Kräuterpillen, Dalloff Thé contre l'obésité, Graziana-Zehrkur, Melal, Myotin-Laxiersaft, Eunors fruis salt, Plautal, Slaukal und Antipositin.



Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 50. 1906.

1. Lewin und Stadelmann, Berlin: **Ueber Acokanthera Schimperi als Mittel bei Herzkrankheiten.**

Lewin bespricht die verschiedenen Acokanthera-Arten und die Chemie und Pharmakologie des daraus gewonnenen Ouabain. Dieses Glycosid hat er in amorpher Form dargestellt, im Gegensatz zu einem diesem sicherlich nahestehenden kristallinischen anderer Autoren. Die biologische Prüfung zeigte eine durch Ouabain verstärkte Systole, eine grössere Arbeitsleistung des Herzens, eine vermehrte Füllung der Arterien, Steigerung des Blutdrucks. Diese Ergebnisse legten eine klinische Prüfung des Ouabains als Herzmittel nahe. Diese wurde von Stadelmann vorgenommen. Er wandte das Mittel an als Infus-Decoct Acokantherae 1,0 — 1,5 : 160,0, Syr. 30,0, Aq. menth. 10,0; davon 6 — 8 Esslöffel in 24 Stunden, 4 — 5 Flaschen hintereinander. Im ganzen wurden 29 Patienten damit behandelt (Nephritis chronica mit Herzschwäche, Cirrhosis hepatis, Arteriosclerose, Myocarditis, Aorteninsufficienz, Mitralfehlern, Vitium cordis complicatum). Die Erfolge bei Herzkranken der verschiedensten Art waren nicht gleichmäßig, aber ermutigend; in einzelnen Fällen versagte das Mittel, in anderen hatte es schöne, befriedigende Erfolge, wie das ja auch bei Digitalis, Digalen, Diuretin etc. der Fall ist. Im einzelnen wurde der Puls keineswegs regelmäßig beeinflusst, am günstigsten bei Mitralfehlern, bei Aortenfehlern blieb er oft unbeeinflusst, selbst wenn sonst das Krankheitsbild sich besserte. Der Blutdruck stieg in einzelnen Fällen bedeutend, in anderen zeigte er keine Aenderung, vereinzelt sank er. Die Vermehrung der darniederliegenden Harnabsonderung wurde nicht immer durch das Mittel erzielt, manchmal aber in überraschend prompter und reichlicher Weise. Einzelne Krankengeschichten, die dies erläutern, werden mitgeteilt. Mit der Vermehrung der Urinsekretion ging Hand in Hand eine wesentliche Besserung des Allgemeinbefindens, Schwinden der Dyspnoe, Cyanose, der Stauungskatarrhe, der Leberschwellungen, der Transsudate, Oedeme. Manchmal empfanden die Kranken subjektive Besserungen, wenn objektiv keine deutlichen Anzeichen einer günstigen Einwirkung vorhanden waren. Nach den bisherigen Erfahrungen ist die Acokanthera ein wirksames Herzmittel, das der Digitalis an die Seite gestellt werden kann, und das auf das kranke Herz wie diese einwirkt. Sehr wichtig erscheint, dass die wirksame Substanz des Lign. Acokantherae sehr haltbar ist; die verwandten Mixturen waren aus einem Holz hergestellt, das schon viele Jahre vorher abgeschnitten war und gelagert hatte. Auch mit dem Ouabain hat St. einzelne Versuche angestellt; er hat es subcutan oder intramuskulär injiziert, 1 ccm einer Lösung 0,003 — 0,004 : 10,0, dreimal täglich; die Wirkung war eine prompte und vortreffliche, dabei waren die Injektionen völlig schmerzlos und ohne sonstige Nebenwirkungen.

2. Strauss, Berlin: **Ueber erworbene Formen des chronischen acholurischen Ikterus mit Splenomegalie.**

Zwei Fälle werden mitgeteilt, die Patienten im dritten Lebensdezennium betrafen; der eine litt seit 23 Jahren, der zweite seit unbestimmter Zeit an Gelbfärbung, der Stuhl war stets braun, der Urin gelblich-rötlich gewesen. Objektiv fand sich bei beiden ikterisches Aussehen, erheblicher Milztumor, geringfügige Lebervergrösserung, braunes Aussehen des Stuhles, Fehlen von Bilirubin, aber Vorhandensein von Urobilin im Urin und eine Neigung zu Störungen im Gebiete des Magendarmkanals. Lues, Cholelithiasis, Echinococcus, Leukaemie, Pseudoleukaemie, Malaria liessen sich ausschliessen, und war daher die Einreihung der beiden Fälle in obige Krankheitsgruppe gerechtfertigt. Bezüglich der Pathogenese neigt St. dahin, das Primäre in einer Cholangitis zu suchen. Therapeutisch wurde ein die Cholangitis bekämpfendes Regime befolgt, aber ohne sicheren Erfolg.

3. Rothschild, Berlin: **Ueber einen Blasenstein mit Wachskern, Krankengeschichte und Beitrag zur Frage der diagnostischen Verwendung der Röntgenstrahlen bei Harnkonkrementen.**

Der betr. Kranke kam in Behandlung mit dem schon ca. ein Jahr bestehenden Krankheitsbilde einer schweren Cystitis dolorosa mit hochgradigsten Schmerzparoxysmen. Nach verschiedenen vergeblichen therapeutischen Versuchen wurde der Gedanke ventiliert, ob nicht ein die Blasenwand verletzender Fremdkörper vorhanden sein könne; der Patient gab schliesslich zu, dass er sich seiner Zeit masturbationis causa ein mit dem Stück eines spiraligen Wachsstockes armiertes Gummirohr in die Harnröhre eingeführt habe, und dass beim Zurückziehen das Wachs stecken geblieben sei. Die Röntgenuntersuchung zeigte einen grossen Stein in der Blase. Derselbe wurde durch Sectio alta entfernt; er glich in Form und Farbe einer Kartoffel, wog 44 g, auf dem Durchschnitt zeigt sich im Inneren von den weissen Steinschichten umgeben ein pflaumengrosser Kern aus Wachs.

4. Landau, Berlin: **Ueber den primären Krebs der Appendix, nebst Bemerkungen über die Revision der Appendix bei jedweder Laparotomie.** (Schluss aus Nr. 49.)

Bei einer Patientin, die wegen Myom laparotomiert wurde, ergab die Revision der Appendix suspekte Veränderungen derselben, weshalb die Appendektomie vorgenommen wurde. Die anatomische Untersuchung ergab alsdann ein beginnendes Carcinom der Appendix, histologisch ein Carcinoma simplex. Primäre maligne Appendixtumoren sind relativ selten; in der Literatur sind 64 beschrieben, meist Carcinome. Fast alle sind zufällige Befunde bei der Obduktion oder bei der Autopsie in vivo. Der Sitz der Geschwülste ist meist das laterale Drittel des Processus. Die Reaktionen in der Umgebung sind entzündlicher Natur; die durch diese eventuell hervorgerufenen Erscheinungen sind die der Appendicitis. Metastasen sind selten beobachtet worden. Das Alter, in dem ein Carcinom der Appendix gefunden worden ist, schwankt in den weitesten Grenzen (8—81 Jahre); bei den meisten Kranken lag das Alter im dritten und vierten Dezennium. Recidive sind nach den Operationen nur sehr selten beobachtet worden. Im Anschluss an die Besprechung seines Falles begründet dann L. die Forderung, dass bei jeder Laparotomie der Zustand der Appendix zu kontrollieren ist, und dass in jedem Falle, in dem sie makroskopische oder palpatorische Zeichen von Veränderungen zeigt, oder in denen die Anamnese auch nur im entferntesten auf eine vorangegangene Erkrankung hinweist, ohne Zögern die Exstirpation vorgenommen wird.

5. Maass, Berlin: **Kohlendunst und Leuchtgas.**

Es werden besprochen die Entstehung der Kohlenoxydvergiftung, der Verlauf, die verschiedenen Stadien, die an den Organen hervorgebrachten Veränderungen, die Diagnose und die Therapie. Bezüglich der Entstehungsursachen des giftigen Gases sind zu nennen: verborgene Balkenbrände, Ansammlung von Gasen nach Sprengungen, ganz besonders aber die Kohlendunstentwicklung durch fehlerhafte Handhabung der Ofenklappen und das Leuchtgas. Bezüglich der Vergiftung durch letzteres erscheint es wohl festgestellt nach genauem Vergleich der Symptome und nach Tierexperimenten, dass es sich hierbei nicht um eine reine Kohlenoxydintoxikation handelt, sondern dass im Leuchtgas noch eine weitere toxische Komponente enthalten sein muss, deren Natur freilich bisher noch nicht eruiert ist. Es ist zu hoffen, dass die völlige Beseitigung der Oefen mit verschliessbaren Klappen und die Verdrängung des Gaslichtes durch elektrisches die gefährliche Kohlenoxydvergiftung immer seltener werden lassen.

Wiener klinische Wochenschrift. 1906. Nr. 48.

1. Schur und Zak: **Ueber Nierenfunktion. Klinische Untersuchungen über Nierenfunktion bei Arteriosklerose und chron. Nephritis.**

Zur Prüfung der Nierenfunktion haben Verf. das Wasserausscheidungsvermögen der Nieren auf Zufuhr bestimmter Flüssigkeitsmengen und nach Diuretingaben herangezogen. Die Versuche ergaben, dass kranke Nieren in ihrem Wasserausscheidungsvermögen und in ihrer Verdünnungsfähigkeit insofern geschädigt sind, als sie entsprechenden Anforderungen nicht exakt Folge leisten; bei Arteriosklerose mit hohem Blutdruck, ebenso bei Nephritis lässt sich nach der benutzten Methode eine Niereninsufficienz nachweisen. Theoretisch wird ausgeführt, welche Mängel den Theorien über die Physiologie der Nierenfunktion, der Ludwig'schen und Bowmann-Heidenhain'schen, anhaften, namentlich zur Erklärung der pathologischen Reaktionen der Nieren; unter Uebertragung von Vorstellungen über die Quellung kolloider Substanzen in Salzlösungen auf die Nierenepithelien wird eine neue Theorie skizzirt

und zu ihrer Unterstützung das pathologische Verhalten der Nieren herangezogen.

2. Fuchs, Wien: **Zur Kasuistik der tonischen Krämpfe des Rumpfes.**

Im Anschluss an einen Sturz entwickelte sich bei einer Patientin eine eigenartige Störung in der Haltung des Oberkörpers; das Kreuz biegt sich mehr und mehr ein, der Kopf fällt nach vorn, der Rücken wird in den unteren Teilen hohl, in den oberen nach rückwärts gekrümmt. Für das Zustandekommen der Difformität können drei Möglichkeiten in Betracht kommen: eine Veränderung am Knochen-, Gelenks- und Bandapparat der Wirbelsäule und des Beckens, eine muskuläre Ursache, eine Kombination von muskulärer Störung — Desequilibrierung — mit Skelettanomalie. Unter Ausschliessung der organischen Möglichkeiten wird eine funktionelle Ursache für die pathologische Haltung wahrscheinlich gemacht, ein Krampfzustand der Musculi erektores trunci, also eine Art Tic in diesem Muskelgebiet angenommen.

3. Torday, Budapest: **Die partielle Exstirpation der Schilddrüse als Heilmittel in einem Falle Basedowscher Krankheit.**

Nach der Möbius'schen Erklärung der Basedowschen Krankheit als einer Hyperthyreoidisation erscheint, wenn die Organotherapie sich als nutzlos erwiesen hat, der Versuch einer partiellen Exstirpation der Drüse gerechtfertigt. Die Operation erscheint namentlich indiciert bei hartnäckigen, progrediierenden Fällen, ganz besonders wenn die vergrösserte Drüse auch lokale Druckerscheinungen macht; sie muss aber frühzeitig genug gemacht werden, bevor die Herzmuskulatur affiziert oder der Kranke durch schwere Magen-Darmstörungen extrem geschwächt ist. Die bisher mitgeteilten Ergebnisse der Operation weisen nach verschiedenen Statistiken einen erheblichen Prozentsatz von Heilungen auf, aber eine Mortalität von etwa 5%, der aber eine solche von 12% bei interner Behandlung entgegenzuhalten ist. Die Krankengeschichte eines erfolgreich operierten Falles von schwerem Basedow wird mitgeteilt.

4. Kraft, Wien: **Ueber Ersatz von Fingern durch Zehentransplantation (Daktyloplastik).**

Zwei Fälle dieser noch selten ausgeführten Plastik werden mitgeteilt. Beim ersten wurden zweite und dritte Phalanx des Mittelfingers mit vollem Erfolg durch die zweite Zehe ersetzt, beim zweiten die Endphalange des Zeigefingers aus der zweiten Zehe; hier wurde der Erfolg dadurch beeinträchtigt, dass Aufregungszustände der Patientin zu vorzeitiger Abnahme des fixierenden Verbandes und vorzeitiger völliger Abtrennung der Zehe zwangen. Bezüglich der Operation ist im allgemeinen zu sagen, dass es sich empfiehlt, zunächst eine probeweise Fesselung vorzunehmen; zur Erzielung der unbedingt erforderlichen Unbeweglichkeit soll in Narkose operiert werden; die Transplantation zerfällt in vier Akte in zweiseitiger Ausführung: I. 1. Anfrischung des Fingerstumpfes mit Mobilisierung der einzelnen Teile, 2. Mobilisierung der Zehe und Anfrischung, 3. Vereinigung beider Glieder. II. 4. Durchtrennung der plantaren Brücke, am besten nicht vor zwei Wochen. Was das weitere Verhalten des transplantierten Gliedes betrifft, so bleibt die Farbe der Zehe lange Zeit blasser, die Temperatur niedriger; die aktive Beweglichkeit ist in der ersten Zeit in allen Gelenken aufgehoben oder stark herabgesetzt, kann aber durch entsprechende Behandlung in ausgiebiger Weise ausgebildet werden; bei Jugendlichen kann das transplantierte Glied am Wachstum teilnehmen. Der praktische Wert dieser Autoplastik ist ein bedeutender, indem Individuen, die für ihre erlernte Beschäftigung besonders des Daumens oder Zeigefingers bedürfen, nach Verlust derselben teilweise oder völlig erwerbsunfähig geworden sind, durch die Operation wieder erwerbsfähig werden können.

5. Neumann: **Ueber die bisherigen Ergebnisse der Uebertragung der Syphilis auf Affen.**

Neben andern werden besonders eingehend die Versuche über Super- Reinfektion berichtet, die die Annahme einer Immunität des Syphilitikers gegen Syphilisvirus sehr unwahrscheinlich machen, weiter die Versuche, durch Excision des Primäraffektes oder Behandlung mit einem Syphilisextrakt den Ausbruch der Sekundärerscheinungen zu verhüten, die im ganzen negatives Resultat zeitigten. Als wichtiges Ergebnis wird hervorgehoben der trotz intensivster Infektion milde, abortive Verlauf der Affensyphilis. Hierdurch scheint die Annahme begründet, dass es, wenn auch auf einem vom bisherigen abweichenden Wege, gelingen werde, sei es ein dem Diphtherieserum analog wirkendes Syphilisserum, sei es ein Immunserum herzustellen. Durch die Möglichkeit der Abschwächung des Syphilisvirus einerseits und die Allgemeinwirkung des letzteren auf den syphilitischen Organismus andererseits sind die Vorbedingungen für ein Heilserum der Syphilis gegeben.

Nr. 49.

1. Langer, Graz: **Ein Blick in den Haushalt des normalen Neugeborenen.**

Antrittsvorlesung bei Uebernahme der Kinderklinik im Anna-Kinderspitale in Graz.

2. Mayer und Sternberg, Brünn: **Zur Kenntnis der akuten myeloiden (gemischtzelligen) Leukaemie.**

Eine 34jährige, dem Arbeiterstande angehörende Frau wurde, ohne dass krankhafte Antecedentien bestanden, plötzlich von einer fieberhaften Affektion befallen, die unter dem Bilde einer schweren Infektionskrankheit innerhalb 27 Tagen zum Tode führte. Ueber der einen Lungenspitze waren Residuen einer abgelaufenen Affektion nachweisbar; sonst war an Organbefunden nur eine mäßige Schwellung der Lymphdrüsen und ein schmerzhafter Milztumor vorhanden, der nach den Angaben erst mit der Erkrankung sich eingestellt hatte; im Verlaufe der Krankheit bestand meist ein kontinuierliches Fieber, vereinzelte Haemorrhagien traten auf, Diazoreaktion im Harn. Unter Ausschluss eines Typhus und einer Sepsis wurde die Diagnose einer Erkrankung des haematopoetischen Apparates erörtert, aber, nachdem eine Blutuntersuchung drei Tage vor dem Exitus nur eine Verminderung der roten Blutkörperchen und des Haemoglobingehaltes ergeben hatte, eine eigenartige, unter dem Bilde der Pseudoleukaemie verlaufende Tuberkulose des lymphatischen Apparats angenommen. Die Autopsie ergab schwere Veränderungen der blutbildenden Organe, wie sie der Leukaemie entsprechen, und eine Untersuchung des Leichenblutes zeigte eine Vermehrung der Leukocyten, vor allem sehr zahlreiche neutrophile Myelocyten (mindestens 21%), so dass der Fall als eine akute myeloide Leukaemie anzusprechen ist.

3. Glaessner, Wien: **Beitrag zur Pathologie der Polycythaemia rubra.**

Der Fall betrifft einen 44jährigen Patienten, der seit mehreren Jahren an Kurzatmigkeit litt, seit zwei Jahren eine zunehmende Rötung des Gesichts bemerkte. Er zeigte eine hochgradige Cyanose des Gesichts und der Schleimhäute, einen grossen harten Milztumor, Lebervergrösserung, Albuminurie und tabische Symptome. Das Blut bot eine hochgradige Vermehrung der roten Blutkörperchen bis zu $11^1/_2$ Millionen im ccm; der mikroskopische Befund war von der Norm nicht abweichend, der Haemoglobingehalt verhältnismäßig gering, der Blutdruck nicht wesentlich erhöht, die Gerinnbarkeit des Blutes abnorm gesteigert. Nach einem apoplektiformen Insult erfolgte unter suffakatorischen Erscheinungen der Exitus. Die Autopsie ergab einen enormen Blutreichtum aller Organe, der entgegen dem Befunde bei der Stauung gleichmäßig über alle Gewebe verbreitet war, also eine wirkliche Plethora und, als weiteren wichtigen Befund, eine gewaltige Vermehrung der kernhaltigen roten Blutkörperchen im Knochenmark, also eine Veränderung, die auf eine erhöhte Funktion des roten Knochenmarks schliessen lässt.

4. Lotzel, Wien: **Ueber das Vorkommen von Milchsäurebazillen im Harnsediment.**

Bei zwei Patientinnen konnten zur Zeit einer Haematurie Milchsäurebazillen aus dem Harn gezüchtet werden, während weder im Magensaft noch im Stuhl und Vaginalsekret diese Bazillen nachweisbar waren. An ein bestimmtes anatomisches Substrat scheint danach das Auftreten der Milchsäurebazillen nicht gebunden zu sein, vielmehr nur ein Zusammenhang zwischen demselben und dem Vorhandensein von Blut zu bestehen.

5. Rodari, Zürich: **Die Bedeutung der Pawlowschen Tierexperimente für die Magentherapie.**

Der experimentell nachweisbare Zusammenhang zwischen psy-



chischer Vorstellung des Essenwollens oder Lusthabens zum Essen und der Magensaftsekretion und zwischen dem Kauen und der Saftabscheidung rechtfertigt den Ausspruch „Appetit ist Saft"; den durch den Appetit secernierten Saft bezeichnet man als psychischen oder Appetitsaft; die von der Psyche wie von den Geschmacksnerven ausgehenden Impulse werden durch den Vagus auf den sekretorischen Apparat des Magens übertragen. Dem Appetit ist die Rolle eines Heilfaktors bei Magenkrankheiten zuzuschreiben. Durch häufige und kleinere Mahlzeiten kann man den psychischen Appetitsaft öfters erregen, und wo eine oberflächliche Schleimhauterkrankung die chemische Sekretion herabsetzt, kann man durch Erweckung eines lebhaften Appetitsgefühls den Sekretionsimpuls aus dem Zentralnervensystem unbehindert zu den in den tieferen, intakten Schichten liegenden Drüsen entsenden. Gewürze und Genussmittel sollen auch in der Küche des Kranken nicht fehlen, können sogar eine kurative Rolle spielen. Die mächtigsten Anreger des Appetitsaftes sind die Fleischderivate, die auch als direkte Erreger des Magensaftes vom Magen aus gelten müssen und, im Gegensatz zu den scharfen Gewürzen, keine anatomische Schädigung der Mukosa verursachen. Bei Magenerkrankungen, die mit krankhafter Steigerung der Sekretion einhergehen, verbietet sich natürlich die Anwendung von solchen Safttreibern in der Nahrung; hierher gehören die typischen Ulcusformen, die Gastritis chronica acida, die Atonien und Ectasien mit Hyperacidität, die irritativen Sekretionsneurosen, die Gastrosuccorrhoe. Hier sind als starke qualitative und quantitative Herabsetzer der Sekretion zu verwenden das Fett und der Zucker. Was die medicamentöse Therapie betrifft, so ergeben die Pawlowschen Forschungen, dass die Amara nur indirekte Safttreiber sind. Die Salzsäureeinführung übt kaum einen chemischen Einfluss auf die Magendrüsen aus; sie gewinnt aber dadurch eine grosse Bedeutung, als sie der mächtigste Erreger der Pankreassekretion ist. Für das Krankheitsbild der Magendiarrhoeen hat diese Erkenntnis eine entscheidende Klärung gebracht. Die Untersuchungen über die Wirkung der Mineralwässer haben die alte Vorstellung, dass durch den Genuss der Kochsalzwässer eine Hemmung der sekretorischen Magenfunktion herbeigeführt wird, als unhaltbar erwiesen; Kohlensäure und Kochsalz begünstigen die sekretorische Arbeit der Magenschleimhaut, nur die alkalischen Wässer (Vichy) und die Bitterwässer (Hungadi-Janos) haben die Eigenschaft der Sekretionsherabsetzung.

6. Lichtenstern, Wien: **Zur Frage der Phloridzinprobe**

Polemik gegen den Artikel Kapsammers in Nr. 47 d. W.

7. Pach: **Die Kindersterblichkeit und Lungentuberkulose in Budapest.**

Aus den statistischen Daten ergibt sich, dass, soweit die Kindersterblichkeit in Betracht kommt, die derzeitigen Verhältnisse in Budapest die Gültigkeit des sozialhygienischen Gesetzes, wonach die Wohlhabenheit als wichtigste Ursache der Lebenshaltung auf die sanitären Verhältnisse einen bedeutenden Einfluss ausübt, völlig bestätigen. Weiter tritt der schädigende Einfluss der Wohnungsmisere hervor, ganz besonders aus den Tuberkulosesterblichkeitsverhältnissen, und es wird energisch gefordert die Aufhebung des Schlafstellenwesens, der Bau von Ledigenheimen, Behinderung des modernen Massenbaues, gesetzliche Festlegung der maximalen Belegung, Beschränkung des Aftermietertums.

Aerztliche Rundschau. Nr. 49. 1906.

Boltenstern, Berlin: **Die Entwicklung unserer Kenntnisse über die Zirkulation.** (Nach A. G. Gordon, Montreal Medical Journal.)

Historische Studie.

Balneologische Mitteilungen.

Bericht über die VII. Jahresversammlung des Vereins der Badeärzte an der Ostsee am 2. Dezember 1906, im Bureau des Verbands Deutscher Ostseebäder, Berlin NW, Unter den Linden 76a. Der Vorsitzende (Hofrat Dr. Röchling-Misdroy) begrüsst die verhältnismäßig zahlreich anwesenden Mitglieder des Vereins, sowie drei Gäste.

In seinem ausführlichen Berichte über verschiedene Tagesfragen beklagt der Vorsitzende aufs Lebhafteste die geringe Teilnahme, welche die Mitglieder (mit wenigen Ausnahmen) an dem Vereinsleben bekunden. Den Grund hierfür sucht R. in dem Umstande, dass der Arzt in einem Badeorte die kürzeste Zeit des Jahres als „Badearzt" fungiert, von einer Seite, welche sich am Vereinsleben mit betätigt, wird dem Verein der Badeärzte an der Ostsee die Existenzberechtigung abgesprochen; es wird von derselben Seite der Vorschlag gemacht, dass sich die Kollegen in einzelnen naheliegenden Badeorten zu kleinen Verbänden zusammentun sollten etc. R. weist nach, dass die Vorwürfe, welche dem Verein resp. dem Vorstande gemacht werden, unberechtigt seien. Beweis: Die badeärztliche Gebühren-Taxe, Honorierung ärztlicher Hülfeleistung selbst bei den Familienangehörigen der Aerzte, Anbringung von Warnungstafeln (offiziell) betreffend Konsultation eines Badearztes vor dem Gebrauche des ersten Bades, Abgabe von Heilbädern nur gegen badeärztliche Verordnung etc. etc. Selbst in der Beziehung ist gegen früher eine Besserung eingetreten, dass nach einem Beschlusse des Vereins die Badedirektionen verpflichtet sind, mindestens einem Badearzt Sitz und Stimme in der Badedirektion zu gewähren. Zum Schlusse seiner Ausführungen über diesen Punkt erwähnt R. noch, dass der Verein der Badeärzte Mitglied des Ostseebäderverbandes sei, wodurch, da jedes einzelne Mitglied zu den Verhandlungen des Verbandes eingeladen wurde, der Verein als solcher einen gewissen Einfluss habe. R. erwähnt fernerhin, dass die Badesaison 1906 eine gute gewesen sei, wenn auch die Besucherzahl in einzelnen Badeorten, besonders den grösseren, abgenommen, während in den kleineren Bädern die Anzahl der Badegäste bedeutend zugenommen habe. Von einer gewissen Seite wird der Grund für die scheinbare Abnahme der Besucher der Ostseebäder darin gesucht, dass 1. zuviel Vergnügungen (Musik etc.) geboten würden, 2. die Hotels etc. die Badegäste übervorteilten und 3. die Bevölkerung den Badegästen sehr unfreundlich begegnete. Diesen Uebelständen, wenn solche wirklich vorhanden sein sollten, könnte abgeholfen werden durch wissenschaftliche Prospekte, nicht aber durch untätige Reklame, wovon der Vorsitzende ein krasses Beispiel zum Besten gibt.

Des Ferneren bespricht R. eine Schrift von Hennig-Cranz: „Die wissenschaftliche und praktische Bedeutung der Ostseebäder (besonders Cranz)", und das „Bäderbuch". R. berührt des weiteren die ärztlichen Studienreisen (einer ev. Studienreise in die Ostseebäder drückt die Versammlung ihre volle Sympathie aus), die Gründung des Vereins der Badeärzte an der Nordsee und die ständige Kommission für die gesundheitlichen Einrichtungen in den deutschen Kur- und Badeorten, welche vor allen Dingen in jedem Badeorte eine Kanalisation fordert. R. fragt die Versammlung an, ob für Berlin ein anderer Versammlungsort des Vereins beliebt würde. S.-R. Dr. Lange-Heiligendamm befürwortet wieder Berlin, was von den Versammelten einstimmig akzeptiert wird. Zur Besprechung kommt eine Klage aus Dievenow, welche die Kürze der Saison betrifft. Diesem Uebelstande sollte dadurch abgeholfen werden, dass aufklärende ärztliche Berichte und Artikel, welche ev. honoriert würden, in die Tagespresse gebracht werden sollten.

Folgende Beschlüsse werden nach längeren Debatten gefasst: „1. Die Warnungstafeln (Konsultationen vor dem ersten Bade betr.) sollen sichtbar angebracht werden; 2. die medicinischen Bäder dürfen nur gegen badeärztliche Verordnung abgegeben werden; 3. die Gewährung von Vergünstigungen an die Aerzte soll den einzelnen Badeorten überlassen bleiben; 4. auf der Freikarte (für Aerzte) soll ein Vermerk gemacht werden, dass sich die Aerzte während des Aufenthalts an der See jeder ärztlichen Tätigkeit zu enthalten haben."

2. Dr. Margulies-Kohlberg gibt einen höchst interessanten Bericht über die demnächst erscheinende ärztliche Broschüre. Der Titel soll lauten: „Der Heilwert der Ostsee", den Aerzten gewidmet vom „Verein der Badeärzte an der Ostsee". Unter freundlicher Mitarbeit von Badeärzten aus Ahlbeck, Kansin, Binz a. R., Borg-Dievenow, Devin, Glücksburg, Heiligendamm, Heiligenhafen, Heringsdorf, Kohlberg, Misdroy, Sassnitz, Sellin, Warnemünde, Zinnowitz. Herausgegeben von S.-R. Dr. Lange-Heiligendamm, Dr. Margulies-Kohlberg, Hofrat Dr. Röchling-Misdroy. Es entspinnt

sich eine lange Debatte über den Antrag Dr. Guthmann-Binz, wonach die Namen der Badeorte auf dem Titelblatte gestrichen, dafür aber die Namen der Mitglieder des Vereins der Badeärzte an der Ostsee aufgeführt werden sollten. Schliesslich kommt ein Antrag S.-R. Dr. Lange-Heiligendamm zur Annahme, welcher besagt, dass der Titel, wie vorgeschlagen, bestehen bleiben soll, dass aber in einem Anhange die Badeorte, welche dem Verbande der deutschen Ostseebäder angehören, einzeln benannt werden sollen.

3. Der vom S.-R. Dr. Rhode erstattete Jahresbericht ergibt des Interessanten nichts bemerkenswertes. Der Verein zählt 39 Mitglieder.

4. Für den am Erscheinen behinderten Kassenführer (Dr. Paulsen-Warnemünde) gibt Rhode eine Uebersicht über die Kassenverhältnisse. Es bleibt nach Abzug der Ausgaben ein Barbestand von 281,40 M. Für das nächste Jahr wird ein Beitrag von 1,50 M. festgesetzt. Mehrere Mitglieder, welche mit dem Jahresbeitrage rückständig sind, werden aus der Liste gestrichen. Als neues Mitglied meldet sich Sanitätsrat Dr. Kauffmann-Ueckeritz.

5. Der bisherige Vorstand wird durch Zuruf wieder gewählt.

Sanitätsrat Dr. Rhode.

Vermischtes.

Berlin. Der Gesamtvorstand der Berliner Rettungsgesellschaft hat anlässlich des 70. Geburtstages seines Vorsitzenden, Excellenz v. Bergmann, denselben zum Ehren-Vorsitzenden ernannt und ihm am 16. Dezember durch den geschäftsführenden Vorstand eine von Herrn R. Otto künstlerisch ausgeführte Adresse folgenden Inhalts überreichen lassen. „Ew. Excellenz haben als Begründer und oberster Leiter der Berliner Rettungsgesellschaft sich um das Werden und Gedeihen derselben, sowie damit um das Wohl der gesamten Einwohnerschaft der Reichshauptstadt unvergängliche Verdienste erworben. In dem Augenblick, wo es Ew. Excellenz vergönnt ist, in seltener körperlicher und geistiger Frische das 70. Lebensjahr zu vollenden, ist es uns ein Bedürfnis, unsere innigsten und herzlichsten Wünsche für das fernere Wohlergehen Ew. Excellenz und zugleich unseren tiefgefühltesten Dank auszusprechen für Alles, was Ew. Excellenz für unsere Rettungsgesellschaft getan haben. Um diesem Dank auch einen sichtbaren Ausdruck zu geben, hat der Gesamt-Vorstand einstimmig beschlossen, seinen Vorsitzenden Ernst von Bergmann zum Ehren-Vorsitzenden der Berliner Rettungsgesellschaft zu ernennen. Dieses zur Urkund. In aufrichtiger Verehrung Ew. Excellenz getreue Mitarbeiter, der Gesamt-Vorstand der Berliner Rettungsgesellschaft (folgen 46 Namen)."

Hierauf ist unterm 28. Dezember von Excellenz v. Bergmann folgendes Dankschreiben eingegangen, welches wir bei dem Interesse, dessen sich das Rettungswesen in der Bürgerschaft zu erfreuen hat, der Oeffentlichkeit nicht vorenthalten möchten. „An die Berliner Rettungsgesellschaft, Berlin. Es hat mich tief gerührt, dass mitten unter den ernsten Kämpfen, die ich jetzt gemeinsam mit der Berliner Rettungsgesellschaft zu bestehen habe, der Vorstand noch daran gedacht hat, mich zum Ehren-Vorsitzenden zu ernennen. Möge es mir in der kurzen Spanne Zeit, die ich noch zu leben habe, vergönnt sein, der Gesellschaft die Anerkennung ihrer von mir voll und ganz geteilten Grundsätze zu gewinnen. Möge die Stadt Berlin, für deren Einwohnerschaft wir arbeiten, es immer mehr erfahren, dass wir nichts anderes wollen, als den Aerzten das ihnen gebührende Arbeitsfeld und den Bürgern der Stadt den vollen Anteil ihrer Aerzte zu schaffen. Wenn es noch eines Sporns bedurfte, alles an dieses Ziel zu setzen, so wäre es meine von Ihnen vollzogene Ernennung zum Ehrenpräsidenten. Ich nehme sie als gutes Zeichen Ihres Vertrauens und unserer Zukunft. Empfangen Sie meinem herzlichen Dank. (gez.) E. v. Bergmann."

Berlin. Die Ortsgruppe Berlin der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hielt am Donnerstag, den 10. Januar ihre erste öffentliche Sitzung in diesem Jahre ab.

Der Vorsitzende, Herr Sanitätsrat Dr. O. Rosenthal, gab zunächst einen Rückblick auf das verflossene Jahr, in dem nicht nur die Zahl der Vereinsmitglieder erheblich gewachsen, sondern auch durch die massenhafte Versendung von Merkblättern wie durch die öffentlichen Vorträge der Herren A. Neisser, Oppenheim, Rosenthal, Eulenburg und Frl. Pappritz das Interesse der Behörden wie des grossen Publikums auf das Lebhafteste geweckt wurde. — Sodann erhielt Dr. Alfred Pinkuss das Wort zu seinem Vortrage „Frauenleiden und Geschlechtskrankheiten". Derselbe wies darauf hin, dass die Erkenntnis der durch geschlechtliche Infektion hervorgerufenen Frauenkrankheiten leider noch immer erschwert werde durch Unkenntnis, Gleichgiltigkeit und falsche Scham der Frauen, die sich lieber zuerst bei guten Bekannten, Hebeammen, Apothekern und Kurpfuschern Rat holten, ehe sie sich an den sachverständigen Arzt wendeten. Auch das heutige gesteigerte Erwerbsleben, das keine oder mangelhafte Schonung des Körpers gestatte, die zunehmende Genusssucht, die modernen übertriebenen Sportbestrebungen u. dgl. m. täten dem Erfolg hygienischer Maßnahmen und einer frühzeitigen und gründlichen Behandlung von Geschlechtskrankheiten der Frauen Abbruch. Vortragender schildert sodann besonders die Gefahren und Folgen der chronischen latenten Gonorrhoe beim Manne, der beim Weibe eine gleichartige, zuerst scheinbar latente Erkrankung hervorruft, später durch Fortkriechen des Krankheitsprozesses nach den inneren, der Fortpflanzung dienenden Organen häufig schwere Leiden, die Unfruchtbarkeit der Frau bedingt und die häufigste Ursache der Erblindung der Neugeborenen bildet. Die Tripper-erkrankung und ihre Folge-Erscheinungen bei der Frau seien aber durch rechtzeitiges Erkennen und sachgemäße Behandlung heilbar und vermeidbar. In gleicher Weise übe die Syphilis einen verhängnisvollen Einfluss auf die Unterleibsorgane und die Fortpflanzungsfähigkeit der Frau aus. Aber diese schlimmen Folgen seien noch mehr als beim Tripper der Frau durch rechtzeitige spezifische Behandlung zu beheben. So lange die sexuelle voreheliche Abstinenz noch nicht erreichbar sei, müssten die Frauen aller Kreise immer wieder über die schweren Gefahren, die ihrem Unterleibe durch die Geschlechtskrankheiten drohen, aufgeklärt werden.

An der sich an den Vortrag anschliessenden Diskussion beteiligten sich der Vorsitzende, Sanitätsrat Dr. O. Rosenthal, der besonders auf die verschiedensten Ursachen der nicht durch die Geschlechtskrankheiten hervorgerufenen Frauenkrankheiten des Näheren einging, und Dr. Schindler, welcher die oft durch Leichtsinn und mangelhafte Pflege bedingten Augenerkrankungen der Neugeborenen besprach.

Patentnachrichten.

Anmeldungen.

Sch. 24272. Gebissbefestigung mit Saugraum und an der Kieferseite befindlichen Sauglöchern. Charles Louis Georg Schubert, Dresden.

R. 22179. Den Mund und die Nase bedeckende Atmungsmaske mit Einrichtung zum Regeln des Luftzuflusses. S. Rhode, Berlin.

S. 21587. Vorrichtung zum Baden der Augen. Albert Sebald, Weiden.

W. 24575. Stuhl für Atmungsgymnastik mit an der Rückenlehne angelenkten, wagerecht drehbaren und mit einem verstellbaren Leibgurt verbundenen Seitenlehnen. Ernst August Weidemann, Liebenburg.

W. 22413. Vorrichtung zur Behandlung gebrochener Oberarme. Eugen Weisshuhn, Troppau, Oesterreich.

M. 28576. Krankenbett, bestehend aus zwei gelenkig miteinander verbundenen Teilen. Johann Martin, Neu-Ulm.

R. 22488. Taschen-Spucknapf. Isidor Rothschild, Budapest.

P. 17193. Vorrichtung zur Durchleuchtung von Körpern mit Röntgenstrahlen. Polyphos Elektrizitäts-Gesellschaft m. b. H., München.

M. 30179. Instrument zum Erweichen des Wulstes von Modellplatten künstlicher Gebisse. Joseph Miller, Bexhill-on-Sea.

R. 22927. Halter für Winkelstücke zu Bohrmaschinen, insbesondere zu zahnärztlichen Zwecken. Paul Repsold, Riga.

H. 35001. Vorrichtung zur Behandlung des menschlichen oder tierischen Körpers gleichzeitig mit Elektrizität und Wärme. Fa. W. A. Hirschmann, Pankow b. Berlin.

O. 4458. Massiervorrichtung mit in einer Gabel drehbar aufgehängtem Motor. Charles Owens und Dwight Preston Montague, Chatanooga, Tenessee, V. St. A.

K. 30783. Verfahren zur Herstellung einer stets gebrauchsfertigen Paste für provisorischen Zahnverschluss und ähnliche Zwecke. Dr. Josef Kieffer, Strassburg i. E.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Der Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P. Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 28. Januar 1907. **Nr. 4.**

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag und kostet vierteljährl. 2.50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Der heutige Stand der Wochenbettpflege.

Nach einem in der medicinischen Gesellschaft zu Giessen gehaltenen Vortrage

von

Dr. Kroemer, Privatdozent zu Giessen.

(Schluss.)

Die Anfangserscheinungen werden, wenn es sich nicht um ein exquisit foudroyantes Puerperalfieber handelt, manchmal die Schwere der Erkrankung noch nicht verraten. Aber von dem Zustandekommen einer lokalen Infektion in utero bis zum Einbruch und zur Verschleppung der Mikroben in die Blut- und Lymphbahnen ist meist nur ein kurzes Intervall. Gar bald kündet die allgemeine Intoxication oder ein Schüttelfrost, der bis zu einer Stunde anhalten kann, das zweite Stadium der Erkrankung an. Es drängt nun die schwierige Entscheidung: „Sollen wir schon chirurgisch eingreifen oder ist es bereits zu spät? Wo sitzen die gefährlichen Feinde?" Dass zuweilen eine septische Endometritis purulenta ohne Weiterwandern der Bakterien durch reine vergiftende Toxinwirkung zum Tode führen kann, ist nicht zu leugnen.

Ich musste mich davon in einem Falle überzeugen, in welchem jede neue Einschwemmung von Bakterienprodukten in den Körper (vom Endometrium aus) von abortiven Schüttelfrösten begleitet war. Die Sektion ergab ausser der schmierigen, grünbraunen Endometriumfläche keinerlei Veränderungen irgend welcher Organe. Andererseits kann man aber fast mit Sicherheit rechnen, dass nach dem ersten Schüttelfrost (genitalen Ursprungs) die Puerperalfieberkeime bereits weit im Körper verschleppt sind.

Die Klarheit über das Wesen der puerperalen Wundstörungen und deren Verlauf nutzt uns oft wenig für den einzelnen Fall. Immer bleibt allein der Verlauf entscheidend. Schon die Unterscheidung einer putriden Intoxikation von einer beginnenden lokalen Infektion gehört sehr oft zu den Unmöglichkeiten. Nach den Untersuchungen Walthards, der das Uebergangsstadium zwischen der Intoxikation und der wahren Infektion, durch die Vergiftung des Endometriums mit Bakterientoxinen (bakteriotoxische Endometritis) erklärt, möchte ich annehmen, dass lokale Infektionen kleinen Umfanges bei der putriden Intoxikation öfter als wir ahnen, vorhanden sind. Nur wird eben der Herd lokalisiert, gewissermaßen durch einen Leucocytenwall im angrenzenden gesunden Gewebe ausgeschaltet.

Die Anwesenheit von Bakterien im Lochialfluss des Uterus (Keimentnahme aus dem Uterus) allein ohne Berücksichtigung der übrigen Verhältnisse kann uns nur sagen, welche Bakterienarten im Uterus vorhanden sind. Die Virulenz der Bakterien zu prüfen sind wir ausser stande. Es sind auf der Agarplatte und im Tierversuch dieselben Bakterienstämme, die wir bei fieberlosen Wöchnerinnen auch in utero etwa vom 3. bis 5. Wochenbettstage an finden können. Es muss die Keimentnahme verbunden werden mit der genauen Inspektion des Dammes, der Vulva, der Vagina, der Portio und des Cervicalkanales. Ueberall können Zeichen lokaler Infektion sich finden und Beläge vorhanden sein, welche für die aetiologische Frage viel wichtiger sind, als die vielleicht noch harmlosen Uteruslochien. Der Abschnitt im Bummschen Lehrbuch über das Puerperalfieber bringt in klarer knapper Diktion alles Wissenswerte für den, der sich über diese Fragen noch einmal orientieren will. Die Keimentnahme aus dem Uterus ist wichtig, sie kann uns namentlich bei intaktem, unterem Genitalabschnitt zeigen, ob eine reine Streptococcenerkrankung oder eine Mischinfektion vorliegt. Die mikroskopische Untersuchung der Lochienzusammensetzung soll uns nach Leo (Münchner medicinische Wochenschrift 1904, pag. 2131) aufklären über den Grad der Phagocytose. Je zahlreicher die polynucleären Leucocyten, je reicher die Phagocytose, um so besser die Heilungsaussichten. Zugleich wird das Blutbild: die Leucocytenkurve, das Verhältnis der Kernzahl in den Leucocyten (Wolff-Heidelberg), das Verhältnis der polynucleären zu den eosinophilen Zellen, endlich die Beschaffenheit der Erythrocyten vielleicht in Zukunft die Möglichkeit gewähren, uns über die Widerstandskraft des Organismus eine begründete Meinung zu bilden, — eine ausserordentlich wichtige Forderung vor der Entscheidung, soll man eine eingreifende Operation vornehmen, oder als bereits aussichtslos unterlassen. Entschieden stehen wir heute hinsichtlich der Therapie auf einem rationelleren Boden als in der Zeit, in welcher Chinin und Antipyrin, die ja meist nur symptomatisch wirken können — die Puerperalbehandlung beherrschten. Gewöhnlich wird unsere diagnostische Keimentnahme mit Deckglasausstrich aus Vulva, Vagina und Uterus gefolgt sein von dem Beginn unserer Therapie. Es kann nicht meine Aufgabe sein, alle über dieses Thema in der Litteratur veröffentlichten Ansichten hier zu berücksichtigen Ich beschränke mich auf die an unserer Anstalt üblichen Maßnahmen und verweise zur Orientierung auf den umfassenden Aufsatz von E. Fränkel. (Encyclop. Jahrbücher. Neue Folge. 4. Bd.) Von vornherein unterscheiden wir aus praktischen Gründen die Fälle, in welchen wir selbst die Nachgeburtsleitung übernehmen konnten von solchen, die uns von auswärts hereingebracht werden. Je mehr wir darauf achteten, um so häufiger sahen wir aus der Praxis einer und derselben Hebamme, oft aus einem und demselben Ort gleichzeitig genau die gleichartigen Krankheitsbilder zu uns kommen: Störung der Nachgeburtsperiode, Unmöglichkeit der ärztlichen Placentarkontrolle, und Blutungen oder stark blutiger Fluor im Wochenbett. Ursache: Placentarreste in utero! Finden wir diese Anamnese, oder bei Inspektion des Muttermundes in dem letzteren, der alsdann weit geöffnet bleibt, grünlich zersetzte Massen, so wird der Uterus ausgeräumt. (Vorsichtige Curettage mit breitem stumpfen Instrument.) Der ganze Eingriff schliess

mit einer einmaligen Alkoholausspülung des Uterus, welche wir auch bei Lochiometra gern anwenden. Jede Aetzbehandlung, jede Anwendung ätzender Desinficientien, wie Lysol oder Sublimat, wird vermieden. Von nun an beschränken wir die Desinfektionsmaßnahmen auf tägliche Vaginalspülungen (3 % Perhydrol), ähnlich wie Füth und Zweifel die Vaginalreinigung als ein unschädliches aber die Heilung beschleunigendes Verfahren betrachten. Wir wollen den Keimen den Nährboden entziehen und ein neues Nachwachsen unbegrenzter Bakterienschwärme verhindern. In zweifelhaften Fällen, in welchen Anamnese und Lokalinspektion uns im Zweifel darüber lässt, ob das Cavum uteri leer ist, wird uns eine digitale Austastung des puerperalen Uterus, die ich noch stets ohne Narkose ausführen konnte, die Sachlage klären. Bei schonender Ausführung ist diese Austastung zu diagnostischen Zwecken völlig unschädlich. Die kritiklose prinzipielle Abrasio oder Eeouvillonage (Budin) halten wir für ein bedenkliches Verfahren und stehen auch hinsichtlich der Retentio secundinarum und der Gonorrhoe auf demselben konservativ abwartenden Standpunkt, wie beispielsweise Ahlfeld und v. Herff. Fieber bei Gonorrhoe und Eihaut-Retention ist eine Contraindikation gegen intrauterine Eingriffe. Zurückbleibende Placentarteile müssen aber als Quelle der Blutung und Infektion in allen Fällen entfernt werden.

Schwieriger wird die Sachlage, wenn die Wahrscheinlichkeit der Mikrobenpropagation vorliegt, wenn eine hohe Continua oder Schüttelfröste mit allgemeiner Prostration uns die eingetretene Infektion gewissermaßen drohend vor Augen führen.

Wer je Gelegenheit hatte. an der Hand von mikroskopischen Präparaten puerperal erkrankte Uteri und deren Anhänge nach der Sektion zu studieren, wird mir zugeben, dass man theoretisch von einem chirurgischen Eingriff nicht allzuviel verlangen kann.

In vielen Fällen geht die Propagation der Fiebererreger auf dem Blut- wie auf dem Lymphwege von statten. Nehmen wir aber an, dass das reine Bild der Thrombophlebitis einem gegebenen Krankheitsbild zu Grunde liegt. Das Mikroskop zeigt uns, wie weit verbreitet in solchen Fällen die Thrombose und der eitrige Thrombenzerfall in der Gebärmutterwand ist. Die Diagnose: wie weit reicht die eitrige Thrombenverschleppung, welche Venen sind befallen, d. h. zu unterbinden, endlich die Entscheidung: wann muss man eingreifen, bezw. wann ist der Eingriff als aussichtslos zu unterlassen, ist mit Sicherheit nicht zu treffen. In dem einen Fall ist nach dem ersten Schüttelfrost der Thrombus bereits in der vena cava und vielleicht durch retrograde Verschleppung in zahlreichen Seitenästen, im andern Falle ist trotz wiederholter Schüttelfröste die Thrombosierung noch auf den Uterus beschränkt.

Die lymphangitische Form wird meist erst durch die Vorposten (parametranes Exsudat, Phlegmasia alba dolens, Peritonitis, perimetrit. Exsudat) offenbar. Die hier notwendig werdenden chirurgischen Maßnahmen decken sich mit dem alten chirurgischen Satz: „Ubi pus ibi evacua.“ Der Satz hat gerade heute seine erhöhte Gültigkeit, weil nur nach Ablassen der Eitermenge die moderne Serumbehandlung statthaft ist. Serumbehandlung bei uneröffneten grossen Exsudaten könnte ja zu lebhafter Eiter-Resorption und -Vergiftung führen!

Für die Totalexstirpation des septischen Uterus bleibt eigentlich keine begründete Indikation übrig. Die Genesung einzelner Individuen nach Totalexstirpation beweist nicht, dass sie ohne diesen gefährlichen Eingriff nicht auch mit dem Leben davongekommen wären. Wir wissen ferner, dass reine Streptococcenfälle nach der Totalexstirpation so gut wie immer an Peritonitis zu Grunde gehen. Trotzdem wird es immer glückliche Fälle geben, in welchen bei sonst unentfernbarer Placenta (Fall Schultze) und bei lokal beschränktem Infektionsherd (Metritis dissecans) die Totalexstirpation als der rettende Eingriff sich erweisen wird. Aber diese Formen werden wohl durch den protrahierten Verlauf von vornherein mehr als gutartige Formen sich markieren. Die Widerstandskraft junger Individuen ist eben doch nicht zu unterschätzen. Die Ausschaltung der eitrig zerfallenen Thromben (Trendelenburg) ist gewiss ein berechtigter Wunsch. Nur muss man meiner Ansicht nach auch so weit gehen und eventuell alle 4 Venen (beide venae hypogastricae und beide venae spermaticae) unterbinden. Die Venen-Resektion wird wohl von Allen zur Zeit als unnötig und zu gefährlich verworfen.

Ob man dabei den extraperitonealen Weg wählt, oder per laparotomiam transperitoneal die Venen angeht, ist vielleicht nicht gleichgültig. Die Laparotomie erscheint mir rationeller. Sie klärt durch gute Uebersicht über den Gang und die Grenzen der Infektion auf und ermöglicht es, bei rascher Operation je nach Sitz der Placentarstelle und der Thrombosen das Verfahren zweckentsprechend zu modifizieren. Bei extraperitonealem Vorgehen kann es uns begegnen, dass wir z. B. rechts die venae hypogastricae unterbinden, während der Thrombus links im Spermaticalgebiet sitzt. Nur beiderseitige Unterbindung ferner verhindert das retrograde Verschleppen der Thromben auf dem übrigen eng-kalibrigen Anastomosenwege. Ich darf mir erlauben hinzuzufügen, dass die Anastomosen nach Unterbindung der vier Hauptvenen noch reichlich genug bleiben, um eine Weiterernährung des Uterus zu garantieren. Nur wird in

Feuilleton.

Eine Reise auf der „Amerika“ nach Amerika.

Von Dr. **Clemm**-Darmstadt.

(Fortsetzung.)

Neben uns, an den Landungsbrücken des Bremer Lloyds, lag der schöne „Kaiser Wilhelm der Grosse“ neben anderen Ozeanriesen. Wenn man mehreren dieser Kolosse Besuche abstattet, so erwächst dem Besucher eine dämmernde Ahnung von der Riesenhaftigkeit des Hafens, der, Peer an Peer gedrängt, den unzähligen Dampfern der massenhaften englischen, französischen, deutschen, amerikanischen, holländischen und anderen Linien Unterkunft bietet, einer ungeheuren Flotte auf einmal, ungerechnet seine schon erwähnten ständigen Einwohner!

Bevor ich nun der Quarantaine und Zwischendeckerausschiffung und -weiterbehandlung eine Schilderung widme, will ich einen Versuch machen, das Schiff zu zeichnen, dessen grandiose Verhältnisse und Einrichtung den Deutschen Kaiser veranlasst haben, ihm einen zweitägigen Besuch abzustatten, den mitzumachen mir beschieden war.

Gebaut ist die „Amerika“ auf der englischen Werft in Belfast aus dem einfachen Grunde, weil weder die Hamburger Werft von Blohm & Voss noch ausser dem „Vulkan“ in Stettin irgend eine andere Deutsche Werft gross genug angelegt ist, um solch' einem Koloss das Leben zu schenken! Und auf dem „Vulkan“ hat die „Hamburg-Amerika-Linie“ die „Kaiserin Augusta Viktoria“, den eben fertig gewordenen, noch ein wenig grösseren Rivalen der „Amerika“, erbauen lassen, so dass eben das eine Schiff in England hergestellt werden musste. Ungefähr 14 Millionen Mark sollen darin angelegt sein, was allerdings wenig erscheint gegenüber den Kosten, welche ein Schlachtschiff verursacht, dessen weit geringere Dimensionen es z. B. erlauben, auf der Germaniawerft in Kiel oder der erwähnten Hamburger Werft, auf der ich ein eben im Bau befindliches Kriegsschiff gesehen habe, dasselbe herstellen zu lassen.

Leider sollen manche Schiffsteile, insonderheit die wunderbar exakt arbeitenden Dynamomaschinen, Eis- und Kühlmaschinen etc., bei uns nicht in gleicher Güte hergestellt werden können, wie die englische Konkurrenz es hier getan hat. Die Belfastwerft hat sich übrigens selbst übertroffen, indem sie ein um noch etwa hundert Fuss grösseres Schiff für eine englische, die Cunard-Linie, mittlerweile, wie uns auf See gefunkt ward, vom Stapel gelassen hat.

Die Amerika mit ihren, glaube ich, 690′ Länge, also etwa

dem vielwinkligen, dabei notwendig zu durchlaufenden Venennetz die Masse der grossen Thromben eher abgefangen werden. Wir sahen selbst nach dem Unterbinden aller vier Arterien- und Venenbündel (bei Carcinom) die Zirkulation nach kurzer Zeit soweit wiederhergestellt, dass erneute Blutungen des Carcinomkraters eintraten. Der Eingriff ist technisch möglich. Die Zukunft muss lehren, ob die Unterbindung der Venen eine dauernd berechtigte Encheirese bleiben soll. Die bisherigen Erfahrungen unserer Klinik sind noch zu gering, als dass ich es wagen dürfte, ein bindendes Urteil darüber abzugeben.

Sehr viel versprechend scheint mir die Spüldrainage des Peritonealraumes bei Peritonitis — so namentlich bei den gonorrhoischen Formen (Leopold — Zentralbl. für Gynaekologie. 1906, Nr. 43), die eine erstaunlich grosse Menge peritonealen Exsudates erzeugen können. Bei der Eröffnung des Abdomens schiesst der grünliche Eiter, wie Leopold es treffend beschreibt, dem Operateur direkt entgegen.

In allen übrigen Fällen aber bleibt der chirurgische Eingriff immer ein gewagtes Unternehmen, für dessen Erfolg man nicht garantieren kann.

In dem von mir (Zentralbl. für Gynaekologie, 1906, Nr. 4) beschriebenen Falle schilderte ich die Schwierigkeit, in welcher sich der Operateur befindet, wenn der von ihm indizierte Eingriff von seiten der Angehörigen direkt untersagt wird. Man hat gleichsam den Wunsch, einen Saugpfropf an den Uterus zu setzen, um die lokal sitzenden Thromben und Eitermassen zu fixieren. Dies war der Gedankengang, welcher mich veranlasste, die Stauungsbehandlung durch Suktion nach Bier mit einem von mir konstruierten Saugspeculum (Zentralblatt für Gynaekologie, 1906, Nr. 4) am puerperal infizierten Uterus zu versuchen, wie ich damals schon berichten konnte mit gutem Erfolg. Inzwischen habe ich in einer Reihe von Fällen, bei welchen Placentarreste Ursache der ausgehenden Infektion waren (nach Abort wie nach normalen Geburten), und zwar z. T. in Fällen, in welchen mehrere Schüttelfröste vorhergegangen waren, nach Ausräumung der Placentarreste das Saugverfahren mit Erfolg angewandt. Ich selbst will meine Hoffnungen nicht zu weit steigern, glaube aber, dass gerade die Fälle mit Sapraemie, mit Lochiometra und bakteriotoxischer Endometritis, welche zur Infektion führt, schliesslich auch die lokale Myo-Endometritis lymphatica mit Stauung günstig zu beeinflussen sind, gerade wie auch bei der Mastitis die Stauung von gutem Einfluss ist.

Die Heilbestrebungen der Natur gegenüber der puerperalen Infektion bestehen überall in einer leucocytären Reaktion. Im Blute vermehren sich die Leucocyten (die Leucocytose kann bis zu Werten von 50000 ansteigen). Die Leucocyten liefern baktericide Stoffe, welche die Bakterien widerstandslos gegen die Phagocyten machen. Lokal in utero wird der Infektionsherd durch einen Leucocytenwall abgekapselt und unschädlich gemacht. Alle Mittel, welche lokal wie allgemein die Leucocytose anzuregen geeignet sind, werden rationell sein. Die Stauung soll den Aufmarsch der Leucocyten in der Zone der reaktiven Entzündung beschleunigen. Die allgemeine Leucocytose wird gesteigert durch Nucleinverabreichung (Hofbauer) mit gleichzeitiger Zufuhr von physiologischer Kochsalzlösung. Hofbauer gibt das Nuclein in Dosen von 5—6 Gramm in 24 Stunden, bis als Zeichen der Nucleinknochenmarksreaktion Knochenempfindlichkeit auftritt. Die subkutanen Infusionen dürfen nicht so weit gehen, dass das Herz durch zu grosse Wasserzufuhr empfindlich belastet werden könnte. Da die auf Nucleinverabreichung eintretende Leucocytose im Sinne Ehrlichs eine Vermehrung der bactericiden Stoffe schafft, so ist die Hoffnung, im Nuclein ein wirksames Mittel im Kampfe gegen Infektionen gefunden zu haben, wohl begründet.

Aehnlich wie das Nuclein mag wohl auch das Chinin bezw. Antipyrin und Phenacetin zuweilen leucotaktische Wirkungen entfalten können. Das Chinin hat zweifellos noch eine andere Bedeutung. Wir wissen, dass es in Dosen von ein bis zwei Gramm den Tonus der Uterusmuskulatur steigert und direkt Kontraktionen auslöst oder verstärkt. In allzugrossen Dosen wirkt es dann allerdings lähmend. Solange der Wehen anregende Einfluss anhält, gleicht es also der Secalewirkung. Die Secalepräparate — insbesondere Ergotin und Secacornin — regen die Uteruskontraktion an, verhindern die Resorption putriden Inhaltes und sorgen für einen prompten Lochialfluss, so dass ich die Secaleverabreichung in den ersten Tagen des Wochenbettes nicht gern missen möchte. Ich halte den Gebrauch der Secalepräparate für einen nicht unwesentlichen Teil der Fieberprophylaxe im Wochenbett. Nicht immer erweisen sich die Leucocyten stark genug, um die Bakterien und ihre Produkte unschädlich zu machen. Nach den Anschauungen Ehrlichs ist es sehr wohl denkbar, dass nach dem allgemeinen Auflösen der Bakterien im Körper Gifte frei werden können, welche immer noch den Tod herbeizuführen imstande sind. Um dem Zellen- und Serumkampf des Individuums zu Hilfe zu kommen, müssten wir also ein Serum gewinnen, welches baktericid und antitoxisch zu wirken vermöchte. Unsere bisherigen sehr zahlreichen Antistreptococcensera sind nur baktericid, oder vielleicht nur bakteriotrop, d. h. sie schädigen die Streptococcen, so dass sie nunmehr von den Leucocyten aufgenommen werden können (die Phagocytose ist also mit Hilfe des Antistreptococcenserums wirksamer als vorher).

¼ km, ist natürlich ganz aus Stahl gebaut. Etwas düster hebt sich der schwarze Schiffsrumpf, der nicht durch volle Ladung ins Wasser gedrückt werden kann, da selbst der New-Yorker Hafen zur Zeit ihm nicht den vollen Tiefgang von 37′ Fuss erlaubt — New-York baggert jetzt eigens aus diesem Grunde seine Fahrrinne von 31′ Fuss seitheriger Tiefe auf die erwähnte Tiefe aus —, von den Ankommenden ab. Wir fuhren auf dem grossen Elbdampfer „Willkommen", einem Schiffe, das oft genug auch in die Nordsee hinaus nach Helgoland etc. Passagiere bringt, längsseit des Ozeanriesen. Wie putzig klein lag unser Nachen neben dem Koloss! Turmhoch hob sich schon der schwarze Rumpf über uns empor und schwindelnder Höhe strebt der weissgestrichene Oberbau entgegen! Ich zählte einmal auf einer Seite sieben Leichterfahrzeuge, darunter recht stattliche Dampfer, wie der erwähnte „Willkommen", welche hintereinander an verschiedenen Stellen teils Ladung übernahmen, teils löschten oder Passagierbeförderung dienten, ohne dass ein von der anderen Seite herkommendes Schiff ihrer gewahr geworden wäre, weil der Riesen-Rumpf sie völlig verdeckte! Mast- und Schornsteinhöhe der grössten Leichter endet tief unter dem Deck, aus dem die des Giganten erst emporragen.

Zu unterst, natürlich schon hoch über der Wasserlinie, mit runden „Bullaugen" versehen, liegt Franklindeck noch im schwarzen Rumpfe, tief, tief darunter sind die Decks für die Ladung etc. bestimmt; in ihnen sind eiserne Türen zum Abschluss der wasserdichten „Schotten" befindlich, welche nach dem zwei Minuten zuvor von der Kommandobrücke erteilten Signal automatisch durch Druck auf einen Knopf geschlossen werden können. Strömt Wasser durch ein Leck ein, das sich das Schiff auf einem Riff in den Boden gerannt, oder welches ihm ein wüster Ozeangesell in den Bauch gestossen hat, so ist alsbald der wunde Schiffsteil nach allen Seiten hin dicht gemacht und die in den riesigen übrigen, noch unbeschädigten Schiffsräumen eingeschlossene Luft hält dasselbe leicht über Wasser.

Ueber Franklindeck folgt Clevelanddeck, diesem Roosevelt, beide noch mit Bullaugen in der Bordwand. Ueber Roosevelt erhebt sich Washingtondeck, über diesem Kaiserdeck, beide mit mächtigen, überdachten Promenadedecks versehen, auf die hinaus die viereckigen, erheblich grösseren Fenster der hier mit fürstlicher Pracht ausgestatteten Kabinen gehen. Ueber dem Kaiserdeck folgt das nicht überdeckte Sonnen- oder Bootsdeck, auf welchem das Offizierhaus mit Wohnungen für Kapitän und Offiziere sich erhebt; hier habe ich auf der Rückreise in der sogenannten „Lootsenkammer" fern von Schiffsgeruch hoch oben gehaust. Der Kapitän und der erste Offizier haben aus ihrer Wohnung Türen nach der vorliegenden Kommandobrücke hinaus, deren mittleren Teil ein Glashaus bildet, in welchem die nautischen Bestimmungen gemacht und die Steuerlenkung

Die grosse Menge der Antistreptococcenserumarten ist ein Beweis, dass die Wirkung des Serums oder der Sera nicht absolut zuverlässig ist. Bumm und Zangemeister haben begründet, wann und warum der Erfolg in manchen Fällen, namentlich in den vorgeschrittenen, ausbleiben wird. Gleichwohl ist die Serumtherapie rationell und muss nach meiner Anschauung fortgesetzt werden.

Zweifellos hat sie einen ganz anderen Wert als das vielbesprochene Collargol, von dessen Unwirksamkeit wir und andere Kliniken überzeugt sind. Gegenwärtig wird wohl nur ein von menschlichen Streptococcen direkt ohne Tierpassage gewonnenes Antistreptococcenserum bevorzugt. Wir benutzen zur Zeit das Menzersche Serum und glauben auch, wie Aronson, dass die Dosen nicht zu klein sein dürfen, etwa 10 bis 40 ccm pro Dosis.

Burckhard (Reichs-Medicinalanzeiger 1905, Nr. 3), welcher günstigere Erfolge als unsere Klinik zu verzeichnen hatte, empfiehlt den Gebrauch des Menzerschen Serums, von welchem er in acht Fällen wechselnde Mengen von je 20 bis 50 ccm pro Fall brauchte. Die Einzeldosis wählten wir nie höher als 20 ccm. Doch kann man offenbar die erste Dosis bis auf 50 ccm steigern. Die Reaktion (Serum-Fieber-Exanthem) ist vorübergehend und harmlos. Gleich Bumm wenden wir das Antistreptococcenserum auch bei Mischinfektionen an. Eine ungünstige Wirkung konnten wir in keinem unserer Fälle konstatieren. Erfolge gleich den von Burckhard beobachteten sieben Heilungen unter acht Fällen haben wir nicht zu verzeichnen. Zu einem Versuche, durch aktive Immunisierung mit abgetöteten Streptococcenkulturen prophylactisch dem Puerperalfieber vorzubeugen, haben wir uns bisher nicht entschliessen können.

Die nebenstehende Tabelle soll einen kurzen Ueberblick über die an der Giessener Frauenklinik übliche Therapie des Puerperalfiebers geben.

Die Allgemeinbehandlung der Puerperalfieberanfälle ist natürlich Gegenstand unserer besonderen Fürsorge. Vom Alkohol machen wir nur sehr beschränkten Gebrauch. Antipyretica werden so gut wie nie angewendet, da sie die Temperaturkurve stören und den Verlauf des Prozesses nur verschleiern können Es gilt gerade bei dem Abklingen des akuten puerperalen Prozesses dasselbe wie für die Behandlung der Typhus-Rekonvaleszenten: „Die erfahrene, geschickte Pflegerin und die Regelung der Ernährung ist fast wichtiger als der Arzt.“

Viel erfreulicher als das eben entrollte Bild ist für mich der Rückblick auf die jüngsten Fortschritte der allgemeinen prophylactischen Bestrebungen. Wenn wir bisher sagen mussten, dass die Aerzte für ihre Hände eine erstklassige Desinfektionsmethode brauchten, während die Hebammen mit dem minderwertigen Verfahren der Carboldesinfektion sich begnügen mussten, ist nun in Preussen und Hessen eine erfreuliche Uebereinstimmung geschaffen worden, insofern durch Ministerialverfügung die Heisswasser-Seifen-Alkohol-Sublimatdesinfektion für die Hebammen obligatorisch geworden ist. In Preussen ist wohl durch Runge, in Hessen durch Pfannenstiel dieser Fortschritt angebahnt worden. Die Erfahrungen, die ich mit

Art des Prozesses	Therapie: lokale	Therapie: allgemeine	Prophylaxe
A. Putride Intoxication, Lochiometra, Sapraemie, bakteriotoxische Endometritis.	Secale praeparate Chinin Stauung durch Saugbehandlung	Resorptionsverhindernde Mittel: Secale, Chinin. Leucotactische Mittel: Nuclein, Kochsalz I., Antistreptococcenserum.	Verhinderung der ektogenen Keimeinschleppung durch Aerzte, Hebammen, Pflegerinnen und Laien. Subjektive und objektive, in der Gravidität beginnende Bekämpfung der Infektionsquellen.
B. Infektion:			
I. lokale			
Vulvo-vaginitis, Endo-Myometritis	(Totalexstirpation des Uterus)		
II. verschleppte			
a. auf dem Lymphwege			
Beckenphlegmone, Exsudate, Phlegmasie . .	Eröffnung von Eiterherden		
(Peritonitis)	Spüldrainage der Bauchhöhle		
b. auf dem Blutwege			
Thrombophlebitis purulenta (Pyaemie)	Venenunterbindung		
III. Allgemeine Septicopyaemie. .	Serum		

meinem Chef Pfannenstiel an den Hebammen unseres Bezirkes in Oberhessen sammeln konnte, lassen schon jetzt die Behauptung zu, dass diese Neuerung sich aufs Beste bewähren wird. Im Grossherzogtum Hessen ist durch Loehlein die Einrichtung der 5jährigen Wiederholungskurse für Hebammen obligatorisch geworden. Bei Gelegenheit dieser Kurse werden alte und ältere Hebammen mit dem Verfahren praktisch und theoretisch vertraut gemacht. Wir sind erstaunt gewesen, wie anstellig sich die Frauen im Lehrkurse dabei erwiesen, wie sie zum Teil freudig das neue Verfahren übernahmen. Die segensreiche Einrichtung der Wiederholungskurse, welche uns immer wieder das Hebammenmaterial vorführt, hat uns auch belehrt, wie recht Dohrn urteilt, wenn er den Zudrang der gebildeten Stände zu dem Hebammenberuf nicht für erwünscht hält. Nicht die gleichgebildete Frau wird dem Arzt die erwünschte Gehilfin am Kreissbett und in puerperio sein, sondern die geschulte einfache Subalterne. Wie das Heer durch den tüchtigen Unteroffizierstand stark und gesund bleibt, so müssen wir einen wohl ausgebildeten, zufriedenen Hebammenstand heranziehen und durch Fortbildungskurse frisch erhalten. Freilich wird der Staat, welcher die Hebammen bisher notgedrungen durch zahlreiche Paragraphen und Verbote auf die nötige Abstinenz (Noninfektion) verpflichtet hat, auch einmal anfangen müssen, die Rechte der Hebammen zu formulieren. Staatliche Unterstützung bei mangelhaftem Einkommen und Pensionsberechtigung für Gemeindehebammen werden wohl diejenigen Maßregeln sein, welche einerseits den Hebammen ein Aufgeben jeglicher Nebenbeschäftigung ermöglichen, andererseits die Stellung der Hebammen gegenüber den Wochenpflegerinnen sichern. Die Forderung der Hebammen, dass bei jeder Entbindung eine Hebamme hinzugezogen werden müsse, auch wenn Arzt und Wochenpflegerin vorhanden sind, ist zweifellos berechtigt. Eine Reglementierung der Wochenpflegerinnen in einer oder der anderen Form wird wohl notwendig werden. — Doch erscheint diese Frage mir noch nicht so brennend, solange die Pflegerin stets unter ärztlicher Kontrolle arbeiten muss. — Das nächstliegende Erfordernis ist — das möchte ich mit Pfannenstiel annehmen — die Sanierung und bessere Finanzierung des Hebammenstandes.

---

etc. vorgenommen werden. So hebt sich, bereits hoch über dem Wasserspiegel in sechs, bezw. das Deck der Offizierswohnung eingerechnet, sieben Decks, sechsstöckig der Koloss empor zur Höhe eines mächtigen Wohnhauses! Beginnen wir den Rundgang von oben, wo die Offizierswohnung bereits erwähnt ist, so sehen wir rechts und links die Rettungsboote in ihren drehbaren Krahnen hängen, wovon das Deck seinen Namen führt. Weiter nach achter kommen wir an der Funkentelegraphenstation vorbei, wo zwei liebenswürdige, nette Belgier ihres Amtes walten. Darauf folgt der Eingang zu dem oberen Stockwerke des zweistöckigen, überaus vornehmen Rauchsalons, der leider über der Maschine gelegen, ständig etwas von ihren Erschütterungen zu leiden hat.

Eine nach hinten offene zweiteilige Laube bietet ein allerliebstes Plätzchen dar, um, vor Sonne und Regen geschützt, dennoch im Freien mit Ausblick über das Schiff hinweg der Fahrt zu geniessen.

Eine Treppe führt uns dort hinab aufs Kaiserdeck. Doch wir kehren zurück, um die an der Offizierswohnung vorbeiführende Haupttreppe zu benutzen. (Fortsetzung folgt.)



Sitzungsberichte.

Deutschland.

Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. Januar 1907.

Vor der Tagesordnung

demonstriert Baginsky ein Kind, das im Anschluss an Keuchhusten vollständig ertaubt und erblindet ist; erst in letzter Zeit scheint sich eine geringe Wiederherstellung des Seh- und Hörvermögens einzustellen; ob damit aber die schon entwickelte Idiotie sich ändern wird, erscheint fraglich. Ob cerebrale Störungen nach Tussis convulsiva durch meningitische oder toxische Veränderungen bedingt sind, ist nicht entschieden; vielleicht können auch feinste Blutungen in der Gehirnrinde die Ursache sein.

Weiter zeigt er ein Kind mit einer seltenen Hautaffektion; die Epidermis löst sich unter schnellem Aufschiessen von Blasen ab; in diesen sind Streptococcen nachzuweisen. Mit dem Pemphigus malignus hat die Krankheit nichts zu tun; er glaubt, dass der Fall als Epidermolysis bullosa zu bezeichnen ist.

Blaschko glaubt, dass bei dem spontanen Auftreten der Blasen eine Dermatitis herpetiformis vorliegt.

Tagesordnung:

Lassar: Kurze Mitteilung zum jetzigen Stand der Radiotherapie. (Mit Demonstrationen.)

Die früher erhobenen Ergebnisse haben eine dauernde Bestätigung gefunden; besonders betreffs der Neubildungen ist eine erfreuliche Stabilität der Resultate zu verzeichnen. Ohne Schädigung der Patienten können Neubildungen zum Schwinden gebracht werden und dabei auch bleibende Resultate, wenn auch nicht in allen Fällen, erzielt werden. Dass das Licht gegenüber erreichbaren malignen Keimen eine Heilkraft ausübt, ist als sicher festgestellt zu betrachten. L. verwendet für die Lichtbehandlung entweder Radium oder Röntgenstrahlen oder beide abwechselnd. Eine grosse Zahl von Patienten werden demonstriert, die die erzielten Heilresultate illustrieren. Dieselben betreffen Cancroide an den verschiedensten Teilen des Gesichts, Mammacarcinomrecidive, bei denen der Chirurg eine Operation abgelehnt hatte, Fälle von Brandwunden, Eczemen, Favus, Lichen ruber, Mycosis fungoides, einen Naevus vasculosus in der Gegend des Auges bei einem Kinde, einen Fall von stabilem Gesichtsoedem, ein Krankheitsbild, das öfters mit Myxoedem verwechselt wird, einen Fall von Hypertrophia musculorum spuria. In vielen tausenden von Sitzungen bei mehreren hundert Patienten ist nur ganz vereinzelt eine tiefere Gewebsänderung vorgekommen bei Behandlung mit Röntgenstrahlen; Radium ist in den zugänglichen Mengen absolut unschädlich, dabei anscheinend unbeschränkt wirksam.

Diskussion: Zondek macht zu einem der vorgestellten Fälle, Mammacarcinomrecidiv, ergänzende Bemerkungen.

Diskussion über den Vortrag Heubner: Zur Kenntnis orthotischer Albuminurie.

Langstein hat Stoffwechseluntersuchungen bei orthotischer Albuminurie angestellt, die eine Trennung dieser Affektion von der chronischen Nephritis rechtfertigen; weiter ist in diesem Sinne zu verwerten, dass bei ersterer im Gegensatz zu letzterer hauptsächlich durch Essigsäure ausfällbare Eiweissstoffe ausgeschieden werden. Auch der sprunghafte Wechsel der Eiweissausscheidung kommt bei Nephritis nicht vor. Die orthotische Albuminurie ist eine sehr häufige Affektion; ein Zusammenhang mit einer Infektionskrankheit für sehr viele Fälle nicht nachzuweisen. Das wahrscheinlichste bleibt, dass es sich um eine Vasomotorenaffektion handelt.

Baginsky: erinnert daran, dass klinisch eine abklingende Nephritis orthotischen Typus annehmen kann. Ob man die Orthotiker zu den Nephritikern rechnen soll oder nicht, hält er für praktisch von nicht so hoher Bedeutung, mehr für eine Doktorfrage. Jedenfalls sind Orthotiker nicht völlig gesund; mindestens bestehen konstitutionelle Veränderungen, an denen die Gefässe und wohl auch die Nieren teilnehmen.

Fürbringer: glaubt, dass die Veränderungen in den demonstrierten Nieren nicht die jahrelange, zeitweilig bedeutende Eiweissausscheidung erklären können, und neigt mehr zu der Auffassung, dass die Nieren als gesund zu betrachten sind. Er hat das Experiment gemacht, einer Orthotikerin sonst Verbotenes zu verordnen, Alkohol, Fleisch, Schwimmbäder, und dabei nicht den geringsten schlechten Einfluss auf die Albuminurie beobachtet; das macht es wahrscheinlich, dass die Patientin anatomisch gesunde Nieren trägt. Die praktische Bedeutung der Frage hält er für sehr gross. Betreffs der Lebensversicherung sollten die Orthotiker nicht zu ängstlich betrachtet werden. Restlose Heilungen der Affektion sind oft zu konstatieren.

Hansemann: Ob eine Niere anatomisch gesund ist, ist schwer zu sagen. Die von Heubner konstatierten Veränderungen hält er auch für irrelevant; namentlich Fett kommt in den Nieren oft vor, ohne die geringste pathologische Bedeutung. Dagegen glaubt er in den Präparaten Veränderungen an den Glomerulis, Vermehrung der Kerne, zu sehen. Das braucht keine Entzündung zu sein, kann aber als Rest einer Glomerulonephritis angesehen werden.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Biologische Abteilung.)

Sitzung vom 4. Dezember 1906.

Vorsitzender Herr Nonne.

Demonstrationen: 1. Herr Plaut sah vor kurzem einen 17jährigen Mann mit Angina ulcero-membranosa. Er fühlte plötzlich beim Zähneputzen einen stechenden Schmerz im Hals, konnte jedoch im Spiegel nichts entdecken; zwei Tage später traten heftigere Halsschmerzen auf, die den Pat. zum Arzt führten. Aus der einen Tonsille konnte mit der Pincette eine schmierig belegte Zahnbürstenborste entfernt werden; es bestand typische Plaut-Vincentsche Angina. Im Abstrichpräparat fanden sich Spirochaeten und fusiforme Bazillen. Vortr. hat stets behauptet, dass es sich bei dieser Anginaform wahrscheinlich um eine Infektion mit Zahnbakterien handelt, und glaubt nun, heute hierfür den strikten Beweis geliefert zu haben. 2. Herr Plaut hat ferner unter dem Mikroskop Geisselfärbungen aufgestellt. Die grossen fusiformen Bazillen haben meist keine Geisseln, die mittlere Art hat peritriche, während die kleine Art Haupt- und Nebengeisseln besitzt. Die Geisselfärbung selbst ist ausserordentlich schwierig. 3. Herr Plaut zeigt ferner noch lebensfähiges Achorion Schönleinii bei einem Kind, dessen Einwanderung in Amerika von den dortigen Behörden verhindert worden war. Herr Paschen fragt, ob die fusiformen Bazillen Eigenbewegung gehabt hätten, während Herr Unna sich danach erkundigt, ob die Mikroorganismen auch aus der Zahnbürste selbst gezüchtet worden wären. Indem Herr Plaut die erste Frage bejaht, entgegnete er, dass er die Zahnbürste mit negativem Resultat untersucht habe. Nun bezweifelt Herr Unna die Richtigkeit der Entstehung der ulcerösen Angina in diesem Falle: es könne sich nicht nur um ein gewöhnliches Trauma handeln, an das sich die Angina angeschlossen hätte, sondern es könne die Zahnbürste auch andere Bakterien enthalten haben, und nur am locus minoris resistentiae setzte die Angina ein. Jedenfalls sei mit der extrahierten Borste keinerlei Beweis erbracht. Herr Paschen hält die fusiformen Bazillen im Allgemeinen für ziemlich harmlos. Herr Edlefsen bemerkt, dass die warme Mundhöhle doch ein guter Nährboden für die mit der Zahnbürste hereingebrachten Bakterien sei. Herr Reiche hält die fusiformen Bazillen für die Erreger der Plaut-Vincentschen Angina, während die Spirochaeten nur die Schmarotzer sind, und erinnert an einen genau von ihm beobachteten und beschriebenen Larynxfall von Angina ulcero-membranosa. Herr Paschen hat in Schnittpräparaten von breiten Condylomen stets fusiforme Bazillen und Spirochaeten gefunden. Herr Fraenkel hält den Beweis für nicht erbracht, dass die fusiformen Bazillen und Spirochaeten bei breiten Condylomen mit denen bei Plaut-Vincentscher Angina identisch sind. Herr Predöhl hat in seiner Praxis nach Formaminttabletten bei dieser Angina dicke Membranen sich entleeren sehen. Herr Engelmann bezweifelt, dass sich dicke Membranen hierbei aus der Nase entleeren können. Im übrigen hat der Patient ein Mundwasser und welches benutzt? Es war vielleicht schon eine Angina vorhanden, und die Borste hat sie erst verschlimmert. Herr Predöhl wollte nur die allgemeine Aufmerksamkeit auf Formamint lenken. Herr Reiche sah niemals bei dieser Angina Membranen aus der Nase abgehen. Die von

Vincent empfohlene Tct. Jodi bewährte sich nicht; bessere Erfolge hatte er in jüngster Zeit mit Chinosol. Herr Engelmann warnt vor Formamint wie vor anderen Mentholpräparaten, die häufig Magenbeschwerden verursachen; er empfiehlt innerlich chlorsaures Kali. Herr Plaut hält die fusiformen Bazillen zusammen mit den Spirochaeten unbedingt für die Erreger der von ihm zuerst beschriebenen Anginaform. 4. Herr Lange demonstriert zwei Präparate von Nebennierenhaematom beim Neugeborenen; die Blutung zerstört meist nur die Marksubstanz und geht in schwereren Fällen in die Rindensubstanz über. Die Hauptursache dieser Blutung scheint der Geburtsvorgang als solcher zu sein (Congestion, Asphyxie); häufig findet man die Haematome mit multiplen subserösen Blutungen kombiniert. Das eine Präparat stammte von einem bei Placenta praevia extrahierten Kinde, die Blutung war taubeneigross, während im anderen Falle mehrere kirschgrosse Blutungen bei dem mit der Zange entwickelten Kinde stattgefunden hatten. Herr Simmonds sah solche Blutungen schon nur auf der einen Seite. 5. Herr Simmonds spricht über angeborenen Verschluss der Gallenwege. Das betreffende Kind bekam in den ersten Lebenstagen Icterus, der stetig zunahm. Bei dem nach einem Vierteljahr erfolgten Tode zeigte sich die Papille vollkommen normal; es fehlte jedoch der Ductus choledochus wie alle anderen grösseren Gallenausfuhrgänge. Es fand sich als zufälliger Nebenbefund eine sehr grosse gelappte Milz; ferner eine interstitielle Hepatitis, doch ist diese ebensowenig wie Lues die Ursache des Verschlusses. Jeder Verschluss der Gallenausfuhrwege ruft eine interstitielle Hepatitis hervor; in diesem Falle dürfte es sich vielmehr um einen Bildungsfehler handeln. 6. Herr Nonne spricht an der Hand mehrerer Fälle über kombinierte Systemerkrankungen; an der kurzen Debatte beteiligen sich ausser dem Vortr. die Herren Engelmann und Hess.

Schönewald.

Schlesische Gesellschaft für vaterländische Cultur.

Sitzung vom 23. November 1906.

Vorsitzender Herr Uhthoff, Schriftführer Herr Partsch.

Nachruf für Herrn Gen.-Arzt Böhme und Herrn Bloch.

Herr Kobrak demonstriert einen Fall von multiplen Panaritien.

Herr Mertens berichtet aus der Tietzeschen Klinik über einige analoge Fälle.

In der Diskussion über den Vortrag des Herrn Anschütz über Kleinhirntumor bemerkt Herr Förster, dass beim vorgestellten Falle das wichtige Symptom des Neigens des Körpers nach der erkrankten Seite fehle. Dies könne damit erklärt werden, dass Patient aus Furcht vor dem Fallen selbst nach der anderen Seite neigte. Um dies auszuschalten, gäbe es folgende Untersuchungsmittel: 1. Sitzen mit geschlossenen Augen, 2. Aufrichten aus der Rückenlage zum Sitzen, 3. Aufstehen vom Stuhl. Herr Bonnhöfer hatte den Patienten vor der Operation untersucht und linksseitigen Tumor diagnostiziert wegen linksseitiger Parese und fehlendem Cornealreflex. Herr Förster demonstriert Präparate von einem Manne, dem vor 2 Jahren eine Eisenstange auf den Kopf gefallen war. Herr Anschütz mahnt zur Vorsicht bei Operationen am Kleinhirn. Es müsse jeglicher Druck vermieden werden.

Diskussion über den Vortrag des Herrn Winkler über Appendicitis: Herr Ponfick: Der Wurmfortsatz ist ein funktionsloses Organ. Daher kann er, ohne wesentliche Erscheinungen zu machen, erkranken. Nur Eiterungen und Entzündungen der Umgegend machen sich bemerkbar. Aber bei seiner variablen Lage und der Beweglichkeit der Dünndarmschlingen ist die Diagnose sehr erschwert. P. ist für sofortige Operation und gegen Abwarten bis zum Intervall.

Herr Tietze: Die Bedeutung der Winkelschen Untersuchungen ist, dass er den Kotstein in den Vordergrund gestellt hat. T. hat selbst oft so grosse Steine gesehen, dass der Wurmfortsatz lädiert werden musste. Er ist auch für Frühoperation in den ersten 24 Stunden.

H. Göbel fragt nach der Aetiologie des Kotsteines.

H. Winkler weist auf seine These 5 hin, wonach zum Kotsteine noch eine Infektion hinzukommen müsse. Peritz.

Sitzung vom 7. Dezember 1906.

Vorsitzender Herr Uhthoff, Schriftführer Herr Rosenfeld.

Der Vorsitzende gedenkt mit ehrenden Worten des dahingeschiedenen Mitgliedes, des Primärarztes Dr. Georg Reinbach, zu dessen Ehren die Anwesenden sich von den Plätzen erheben.

1. Herr Mann: Demonstration eines Falles von Myotonie (Tompsonscher Krankheit). Herr M. hält dafür, dass die Erkrankung nicht ein reines Muskelleiden sei, sondern glaubt, dass das Centralnervensystem mit eine Rolle spiele. Es kämen wohl die Pyramidenbahnen in Betracht.

2. Fortsetzung der Diskussion zu dem Vortrage des Herrn Winkler: „Ueber Appendicitis".

Herr v. Strümpell: Die Annahme, dass einer Appendicitis häufig Anginen, Influenzen etc. vorangingen, sei nicht aufrecht zu erhalten. Haematogene Erkrankung spiele wohl nur gelegentlich eine Rolle. In den meisten Fällen fände eine Invasion durch das Lumen des Wurmfortsatzes statt. Die Formen seien: Die Entzündung der Schleimhaut, die circumscripte serofibrinöse Entzündung und der Abscess, bezw. die diffuse Peritonitis. Redner ist nicht für sofortige Operation in allen Fällen. Die Statistik der Frühoperation weise noch 5—6% Todesfälle auf. Der Abscess dagegen indiziere sofortigen Eingriff. Für die Untersuchung sei eine tastende Palpation zweckmäßig, die Exploration per vaginam, per rectum sei ein gutes Hilfsmittel. Fällt das Fieber kritisch ab, um nachher wieder anzusteigen, so sei ein Anlass zum Eingreifen vorhanden. Desgleichen mahne dazu ein Erbrechen, Aufstossen am 4ten oder 5ten Tage. Wichtig sei auch der Puls. Zunehmende Leucocytose sei beachtlich, aber kein fester Verlass zu bestimmter Auffassung. Für die Intervalloperation kämen als Indikation öfters auftretende Beschwerden, aber auch eine beständige nervös machende Angst vor einem ferneren Anfall entscheidend in Betracht.

Herr Garrè weist darauf hin, dass als hereditäres Moment ein ungewöhnlich langer Wurmfortsatz in Frage komme. Eine Schädigung durch den Kotstein könne nicht geleugnet werden, weicher Kot im Wurmfortsatz sei nicht so selten. Der Vortragende, der auf 400 Perityphlitisfälle zurücksieht, ist Anhänger der Frühoperation, aber nicht ohne jede Einschränkung. Die Frühoperationen müssen zeitlich eingeteilt werden: in den ersten 48 Stunden ergeben sich 100% Heilungen, am 3. und 4. Tage sind die Resultate ungünstiger bis 60% Todesfälle — hier sprechen peritoneale Entzündungen mit —, am 5. Tage bessert sich die Prognose wieder — bei 116 operierten 8% Mortalität. — Ueber die Intervalloperation herrsche überall Einigkeit.

Herr Winkler betont im Schlusswort, dass lange Wurmfortsätze häufig zur Operation kamen, Angina und septische Prozesse könnten aetiologisch keine grosse Rolle spielen. Peritz.

Gynaekologische Monatsschau.

(Schluss.)

Beiträge zur Kenntnis der Darmstörungen der Säuglinge und der Säuglingssterblichkeit liefert Schabert. Auf Grund bakteriologischer Stuhluntersuchung Neugeborener kommt er zu dem Ergebnis, dass jeder Säugling in den ersten Lebenstagen eine Staphylococcenenteritis durchmacht, über die kräftige, widerstandsfähige Kinder bei guter Pflege und entsprechenden hygienischen Verhältnissen rasch und ohne Folgen hinwegkommen, durch die aber der Organismus an sich schwächlicher Kinder erheblich geschädigt und gegen weitere später hinzutretende neue Infektionen des Darmes weniger widerstandsfähig gemacht wird. Es liegt seiner Ansicht nach nahe, den Ikterus neonatorum durch diese Affektion als einfach-catarrhalischen Ikterus zu erklären.

In einer Arbeit über den Einfluss der Scheidendesinfektion auf die Morbidität des Wochenbettes sucht Baisch die noch immer ungelöste und viel umstrittene Frage nach dem Wert oder Unwert der desinfizierenden Scheidenspülungen ante partum der Klärung näher zu bringen. Seine unter sorgfältiger Beobachtung aller notwendigen Cautelen ausgeführten Versuche zeitigten das anscheinend überraschende, aber auch schon von



anderen Autoren erzielte Resultat, dass die (mit Sublimatlösung) Gespülten in einem viel höheren Prozentsatz fieberten als die Nichtgespülten. Die Erklärung hierfür liegt darin, dass die Scheidendesinfektion nicht imstande ist, die eigentlichen Erreger des Puerperalfiebers, die Staphylo- und Streptococcen aus der Vagina zu entfernen, sondern dass sie vielmehr durch die Vernichtung der den pathogenen Bakterien antagonistischen harmlosen, saprophytischen Stäbchenformen ihre Ansiedelung und Vermehrung begünstigt.

Eine längere Versuchsreihe, die Burkhard mit dem Paltaufschen Streptococcenserum bei Wochenbettfieber vorgenommen hat, führt ihn zu der Anschauung, dass dasselbe bei lange dauernden Erkrankungen oder bei schon bestehenden schweren Organlaesionen wirkungslos und möglicherweise sogar schädlich ist, während es in frischen Fällen sicher niemals schaden kann, mithin zur versuchsweisen Anwendung durchaus zu empfehlen ist.

Das Studium der Eklampsie bildet noch immer ein viel umstrittenes Forschungsgebiet. Liepmann hat bekanntlich die Theorie aufgestellt, dass die Eklampsie eine Intoxikation mit einem in der Placenta gebildeten, an das Eiweissmolekül gebundenen Toxin ist. Ist der Organismus nicht imstande, diese toxischen Substanzen durch Bildung entsprechender Antisubstanzen zu neutralisieren, so wird er vergiftet. Diese Vergiftung hat man sich so vorzustellen, dass das Gift im Gehirn, in den Nieren und in der Leber besondere Angriffspunkte findet und daher diese Organe am meisten schädigt. Die Entstehung der Wochenbettseklampsie stellt sich L. so vor, dass in diesen Fällen die Leber imstande ist, zunächst die Gesamtmenge des Toxins zu retinieren, aber nicht imstande ist, sie zu neutralisieren. Im Verlaufe des Wochenbettes nun treten diese nicht neutralisierten Toxinmengen in den mütterlichen Organismus über: finden sie ihn susceptibel, bieten sich dem Gift Angriffspunkte, so tritt das typische Bild der Eklampsie, Krämpfe und Albuminurie auf. Die an der Bummschen Klinik geübte Therapie der Wochenbettseklampsie, die L. an einigen Beispielen beschreibt, ist eine sehr intensive und mannigfaltige: Physiologische Kochsalzinfusionen subkutan 2000—4000 ccm. Ev. Aderlass, Diuretin und Digitalis, Coffein, Kampher, künstliche Atmung, die ev. tagelang mit Intervallen von 1/2 Std. fortzusetzen ist, in den Pausen Abklatschen mit kaltem Wasser. Kalte Packungen. Narkotica möglichst wenig, am besten 3,0 Chloralhydrat pro dosi per clysma; bei starker Unruhe Morphium 0,03. Die Erfolge sind nach den bisherigen Erfahrungen ausgezeichnete.

Auf einem ganz anderen Wege glaubt Edebohls zum Ziele gelangen zu können. Auf Grund von drei glücklich verlaufenen Fällen tritt er warm für die Nierendekapsulation ein. In zwei Fällen wurden die Kranken gerettet, nachdem die Entleerung des Uterus versagt hatte, der Eklampsie Einhalt zu gebieten. Im dritten Falle konnte er der Eklampsie Herr werden, auch ohne den Uterus zu entleeren. Er glaubt daher, dass die Schnellentbindung nicht mehr als ultimum refugium betrachtet werden darf.

Auf Grund der Tatsache, dass in zahlreichen Fällen von Eklampsie eine Erhöhung des Druckes im Subarachnoidealraum gefunden worden ist, hat Thies an der Leipziger Klinik den Versuch gemacht, die Lumbalpunktion therapeutisch zu verwerten. Der Druck im Lumbalkanal war in allen seinen Fällen erhöht, z. T. sogar sehr stark. Ein Erfolg der Lumbalpunktion ist nur in einem Teil der Fälle zu konstatieren. Das tiefe Koma nach den eklamptischen Anfällen war nach der Punktion anscheinend abgekürzt. Auf die Zahl der eklamptischen Anfälle hat dieselbe keinen konstant nachweisbaren Einfluss gehabt, ebenso wenig auf die Mortalität, eine therapeutische Verwertbarkeit ist daher nicht zu erwarten.

Bekanntlich hat Halberstädter vor einigen Jahren den Nachweis erbracht, dass man durch verhältnismäßig geringe Röntgenbestrahlungen der Ovarialgegend von Kaninchen Atrophie der Eierstocksfollikel erzielen könne. Dass die Uebertragung dieser Versuche auf den Menschen praktisch wohl möglich ist, hat Görl an einem Fall von Myom erwiesen, in dem er durch 43 Sitzungen völliges Sistieren der vorher abundanten und therapeutisch in keiner Weise beeinflussbaren Blutungen erzielte. Es eröffnen diese Versuche hoffnungsvolle Ausblicke in mancherlei therapeutische Gebiete, so namentlich die Behandlung der Osteomalacie, die Frage der therapeutischen Sterilisierung etc. etc.

Zum leichteren Auffinden der kindlichen Herztöne, namentlich noch in der ersten Schwangerschaftshälfte, empfiehlt Schwab einen einfachen Handgriff, der darin besteht, dass man den Uterusinhalt mittels der oberhalb der Symphyse senkrecht eindrückenden und nach oben zu schiebenden Hand empordrängt und so im Uterusfundus fixiert.

Für die Behandlung der spitzen Condylome empfiehlt Courant den Aethylchloridspray. Man richtet den Strahl in 10—20 cm Entfernung gegen die Spitze des Condyloms, wo sich fast immer eine vom Epithel ganz freie Stelle findet, die eine rasche Durchfrierung und Vereisung bis zur Basis ermöglicht. Ganze Condylomrasen können so vereist werden. Nach 2—3 Tagen sind die Condylome bis auf 1/2 oder 1/3 ihrer Grösse zurückgegangen, im weiteren Verlaufe schrumpfen sie zu kleinen, graugelben Exkrescenzen zusammen, nach ca. zwei Wochen sind sie gänzlich geschwunden. Eine zweite Vereisung ist nur selten notwendig. Besonders verwendbar ist das Verfahren für die Condylomatosis der Vagina. G. Z.

Periodische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift. Nr. 50. 1906.

1. Selter, Bonn: **Bakteriologische Untersuchungen über ein neues Formalin-Desinfektionsverfahren, das Autanverfahren.**

Autan (hergestellt von den Farbenfabriken Bayer & Co., Elberfeld) besteht aus einem Gemisch von polymerisiertem Formaldehyd und Metallsuperoxyden; es stellt ein gelbliches Pulver mit schwachem Formalingeruch dar, der aber nicht durch die Verpackung dringt, so dass es ohne jede Belästigung längere Zeit im Zimmer aufbewahrt werden kann; mit Wasser übergossen, entwickelt es unter starker Temperaturerhöhung in wenigen Sekunden reichliche Gasbildung. Um für die Wohnungsdesinfektion in Wirksamkeit treten zu können, verlangt es nur einen Eimer und ein Gefäss mit Wasser. Die in Tabellen dargelegten bakteriologischen Untersuchungen zeigen die ausgezeichnete Wirkung der Autandesinfektion, namentlich eine Tiefenwirkung, wie sie kaum mit einem der früheren Verfahren zu erzielen war. Die hauptsächlichsten Vorzüge, die die Einführung des Autan-Desinfektionsverfahrens in die Praxis empfehlen, sind folgende: 1. es ist denkbar einfach und allenthalben auszuführen, auch an solchen Stellen, wo man bisher Apparate nicht gut gebrauchen konnte, bei Kleider-, Bücherschränken, Kisten, Droschken, Eisenbahncoupés etc.; 2. die Plötzlichkeit der Formalinentwicklung macht eine bedeutend geringere Zeit der Einwirkung nötig und erübrigt eine sorgfältige Abdichtung des zu desinfizierenden Raumes; 3. das Präparat kann überall leicht hingeschafft werden; 4. Desinfektoren sind nicht mehr erforderlich. Ausser zu Desinfektionszwecken kann das Autan auch zur Desodorierung, z. B. von Leichenzimmern, übelriechenden Eisschränken etc. verwendet werden.

2. Henking, Marburg: **Erfahrungen über Lumbalanaesthesie mit Novokain.**

Die Beobachtungen erstrecken sich auf 160 Fälle in einem halben Jahre. Zur Verwendung gelangte ausschliesslich das von den Höchster Farbwerken hergestellte Novokain; meist wurde die in zugeschmolzenen Phiolen sterilisierte und zur Injektion sofort gebrauchsfertige 5%ige Novokainlösung benutzt. Die Methode der Injektion war genau die von Bier angegebene; nach erfolgter Injektion wurde steile Beckenhochlagerung vorgenommen; dann genügen meist geringe Mengen, z. B. 1,5 ccm der 5%igen Lösung für eine Laparotomie. Der Eintritt der Anaesthesie erfolgte innerhalb von 5—20 Minuten. Unter den 160 Fällen war ein völliger Versager; in 26 Fällen musste trotz einwandfreier Technik noch eine leichte Aethernarkose zu Hilfe genommen werden; doch genügten dann in der Regel wenige Tropfen des Narkotikums. Die Dauer der Anaesthesie schwankte zwischen einer und sechs Stunden, im Durchschnitt war sie nach 2 1/2 Stunden wieder geschwunden. Das Alter der Patienten schwankte zwischen 5 und 77 Jahren. Irgend welche, das Leben bedrohende Zufälle wurden während der Dauer der Anaesthesie nie beobachtet, vor allem niemals die ge-

ringste Beeinflussung des Atemzentrums. Erbrechen trat häufiger auf, besonders bei Operationen, wo am Bauchfell gezerrt werden musste. Von Nachwirkungen wurden öfters Kopfschmerzen beobachtet, vereinzelt Temperaturanstiege, Appetitlosigkeit, Brechreiz, zweimal Incontinenz von Blase und Mastdarm, je einmal aseptische Meningitis und Abducenslähmung. Die Erfolge der Lumbalanaesthesie sind sehr zufriedenstellende. Gegenüber der Allgemeinnarkose liegt ein grosser Vorzug darin, dass die Operation als solche auf den Gesamtorganismus weit weniger eingreifend wirkt. Von alten Leuten, Kindern, schwächlichen Personen wird die Lumbalanaesthesie gut vertragen; die meisten Nachwirkungen und eine weniger sichere Anaesthesie wird bei jungen und kräftigen Leuten beobachtet. Die Lumbalanaesthesie verwendet Verf. grundsätzlich bei allen Operationen an den Extremitäten und der Anal- und Inguinalgegend; bei Bauchoperationen hat er sich auf die Probelaparotomie, Entfernung des Wurmfortsatzes und Nephrektomie beschränkt. Wertvoll erscheint die Möglichkeit, während der Operation von dem Patienten die Erlaubnis zu einem grösseren Eingriff einzuholen. Ein Narkotiseur ist in der Regel zu entbehren, was besonders bei Operationen auf dem Lande von Bedeutung ist. Zu verwerfen ist die Lumbalanaesthesie bei schwer septischen und ängstlichen und aufgeregten Patienten.

3. Dietze, Wurzen: **Zur Technik der Lokalanaesthesie mit besonderer Berücksichtigung des Novokain-Suprarenins.**

Die Erfahrungen erstrecken sich auf 120 Fälle von Operationen der kleineren Chirurgie, Versorgung von Fingerverletzungen, Exstirpationen von kleinen Geschwülsten, Ausschabungen alter Fisteln, Haemorrhoiden, Phimosen, Furunkel, Panaritien, heisse Abscesse, Zahnextraktionen. Die Technik geschah nach Braun, entweder terminale oder Leitungsanaesthesie; zur Injektion kamen Novokain-Suprarenin-Tabletten Höchst A (die Tablette enthält 0,125 g Novokain — 0,00016 g Suprarenin) und für Zahnextraktionen Höchst B (die Tablette enthält 0,1 g Novokain — 0,00045 g Suprarenin) in 0,9%iger NaCl-Lösung zur Anwendung. Zur Leitungsanaesthesie wurden 2%ige, bei Infiltrationsanaesthesie ¼—1%ige Lösungen injiziert. Die Anaesthesie war durchweg eine vollständige und trat bei langsamer Injektion so rasch ein, dass die Operation meistens kurz nach der Injektion begonnen werden konnte. Genauer erörtert wird das Verfahren für einzelne der Operationen, Haemorrhoiden, Phimosen, Furunkel, und besonders für die Zahnextraktionen.

4. Stein, Hildesheim: **Unsere Erfahrungen mit Novokain.**

Das Material umfasst 59 Fälle grösserer und kleinerer chirurgischer und gynaekologischer Eingriffe, die unter Lumbalanaesthesie mit Novokain vorgenommen wurden; verwandt wurde die 5%ige Lösung, wie sie als Novokain-Suprareninlösung C zur Medullaranaesthesie in Ampullen a 3 ccm von den Höchster Farbwerken geliefert wird. Vor der Injektion wurden etwa 2 ccm Liquor abgelassen und dann injiziert, ohne zu aspirieren, worauf steile Beckenhochlagerung folgte; die Menge der injizierten Lösung betrug in der Regel 2—3 ccm = 0,1—0,15 Novokain. Die Anaesthesie war vollkommen in 53 Fällen, unvollkommen in 4, ausbleibend in 2; Uebelkeit und Erbrechen während der Operation und als Nachwirkung wurde vereinzelt beobachtet, ebenso Kopfschmerz und vorübergehende Temperatursteigerung. Die Dauer der Anaesthesie betrug durchschnittlich drei Stunden. Abgesehen wurde von der Lumbalanaesthesie bei Personen unter 15 Jahren, bei hysterischen und sehr ängstlichen Individuen, bei solchen, die eine Allgemeinnarkose vorzogen, bei ausgedehnteren septischen Prozessen, bei eingreifenderen Operationen der Bauchhöhle. Als Lokalanaesthetikum wurde Novokain immer mit bestem Erfolg und ohne irgend welche nachteilige Wirkungen gebraucht, zur Infiltrationsanaesthesie die Tabletten Höchst A in 0,75%iger Lösung, zur zentralen Leitungsanaesthesie die Tabletten Höchst B in 1,5%iger Lösung.

5. Levy und Kayser, Strassburg: **Bakteriologischer Befund bei der Autopsie eines Typhusbazillenträgers.**

Bei einer Frau, die lange als Bazillenträgerin in bakteriologischer Kontrolle gestanden hatte und unter septischen Erscheinungen gestorben war, fanden Verf. in der Milz, in der Leber, der Galle, der Gallenblasenwand, vor allem aber im Inneren eines grossen Gallensteines reichlich Typhusbazillen. Damit ist der Beweis erbracht, dass die Gallenblase den Dauersitz, den Vegetatoinsort der Typhuskeime chronischer Bazillenträger darstellen kann. Bei der Wahrscheinlichkeit, dass die zum Exitus führende Erkrankung eine Typhussepsis darstellte und dem Befunde der Bazillen in der Milz, erscheint weiter die Annahme berechtigt, dass bei Typhusbazillenträgern eine Autoinfektion, eine Reinfektion von den Gallenwegen aus möglich ist.

6. Tomarkin, Bern: **Ueber die Gefahren der Uebertragung von Infektionsstoffen durch das Telephon und ihre Verhütung.**

Die Rolle des Telephons als Uebertrager von Infektionsstoffen wird vom Publikum weit überschätzt, der Infektionskreis, der hier geboten ist, ist ein relativ enger. Eine Uebertragung von Krankheitskeimen bei Benutzung des Telephons kann stattfinden durch Vermittlung des Mundstückes oder des Hörtrichters. Beim lauten Sprechen können gelegentlich Absonderungsprodukte der tieferen Respirationswege in das Innere des Schallbechers geraten; für eine nachträglich das Telephon benutzende Person kann eine Infektionsmöglichkeit in zwiefacher Weise geboten: durch die Inhalation von flugfähigen feinsten Tröpfchen und durch die Einatmung des mit Infektionsstoffen beladenen, durch die Exspirationsluft aufgewirbelten Staubes. Von Infektionsstoffen, die beim Telephonieren in den Schallbecher gelangen und dort in irgend einer Form deponiert werden können, kommen in Frage die Erreger der Tuberkulose, Diphtherie, Masern, Influenza, Pneumonie, des Scharlach, verschiedener Anginen und Katarrhe etc. Das Hörrohr kann von kranken Personen mit Krankheitserregern infiziert werden und dann die direkte Uebertragung auf Gesunde vermitteln. Verfahren und Vorrichtungen verschiedener Art sind angegeben worden, um die Uebertragung von Infektionskrankheiten durch das Telephon zu verhüten; die Leistungen der meisten derartigen Apparate stehen im umgekehrten Verhältnis zu den verheissungsvollen Ankündigungen. So hat T. das von Amerika aus als sehr wirksam empfohlene Telephonin einer bakteriologischen Prüfung unterzogen und als völlig unbrauchbar gefunden. Dagegen hat sich nach eingehenden bakteriologischen Untersuchungen der Telephondesinfektor der Firma Percy Simundt Berlin als sehr wirksam bewährt. Derselbe besteht aus einer, der Sprechmuschel oder dem Hörrohr aufsetzbaren und dieselbe hermetisch abschliessenden Nickelkapsel, in deren Innern die Desinfektionsmasse, die aus Formalin und aromatischen Substanzen besteht, in Tablettenform befindet. Mittels der von dieser entwickelten Dämpfe lässt sich eine sichere und rasche Keimbefreiung der Schallbecher und Hörrohre erzielen; auch bei starker Inanspruchnahme des Telephons im Laufe von mehr als zwei Wochen erleidet das Desinfiziens keine merkliche Einbusse an Wirksamkeit. Zieht man dazu die einfache Handhabung des Apparates und die geringen Anschaffungskosten in Betracht, so muss der Telephondesinfektor vom hygienischen Standpunkte aus als sehr beachtenswert erscheinen.

7. Vierordt, Heidelberg: **Bedeutung und Anwendung der physikalischen Heilmethoden in der ärztlichen Praxis.** (Nicht abgeschlossen.)

8. Burkhardt, Würzburg: **Ueber die Entstehung linksseitiger Symptome bei Perityphlitis.**

Die verschiedenen Möglichkeiten, wie bei einer Perityphlitis linksseitige Symptome entstehen können, lassen die einschlägigen Fälle in drei Gruppen sondern. Die erste umfasst die Fälle, bei denen mehr oder weniger typischer Weise rechts Symptome nachweisbar sind oder waren, bei denen es dann sekundär durch Wanderung der Eiterung oder Abkapselung von Abscessen nach diffuser Peritonitis oder auf dem Blut- und Lymphweg bezw. durch Embolie zu Eiterungen in der linken Seite gekommen ist. Die zweite Gruppe würde die Fälle mit sonst normalem Situs umfassen, bei denen wenigstens anfangs keine Symptome rechts vorhanden waren, welche also mit Schmerzen, Resistenz bezw. Eiterung links von vornherein begannen. Hier handelt es sich dann um weite Verlagerung des Prozessus oder seiner Spitze nach der Mitte oder nach links, oder um metastatische Abscesse oder um Wanderung des infektiösen Materials nach der linken Seite, wobei aber der

primäre Herd rechts am Wurmfortsatz entweder spontan wieder ausgeheilt war oder sich in latentem symptomlosen und seiner Geringfügigkeit wegen nicht sicher nachweisbaren Zustand befand. Zur dritten Gruppe müssten die Fälle mit Situs inversus gezählt werden, bei denen die linksseitig auftretenden Symptome bei Perityphlitis das Normale wären.

9. Hornung, Marbaek: **Die Elektrotherapie der Kreislaufstörungen.**

Während bei Gesunden das elektrische Bad keine oder nur ganz geringe Veränderungen des Blutdrucks im Sinne einer Steigerung hervorbringt, konnte H. bei unkomplizierten Herzmuskelinsufficienzen fast stets sowohl nach faradischen als auch nach sinusoidalen Bädern eine wesentliche Erhöhung des Blutdrucks konstatieren. Herzen mit schlaffer Dilatation können sich oft im elektrischen Bade wesentlich verkleinern. Wahrscheinlich werden diese Effekte bedingt durch Einwirkung des elektrischen Stromes auf die Vasomotoren, wodurch die Hypotonie der Gefässe beseitigt und das Herz entlastet wird. Die Behandlung mit dem faradischen und sinusoidalen Strom ist im Gegensatz zum Kohlensäurebad als eine eminent herzschonende zu betrachten; sie erscheint geeignet für unkomplizierte Herzmuskelinsufficienz, auch schwersten Grades, nach Infektionskrankheiten, Intoxikationen, Ueberanstrengung etc., Herzfehler mit beginnender Kompensationsstörung, beginnende Arteriosklerose, chronische Myocarditis, Herz- und Vasoneurosen. Irgend einen üblen Zwischenfall hat H. bei 1000 von ihm verordneten Bädern nie gesehen.

10. Vollert, Leipzig: **Ein neues Prinzip der operativen Behandlung des Glaucoms (Iridocleisis antiglaucomatosa Holth).**

Holth hat die besten Wirkungen von denjenigen Glaukomiridektomien gesehen, nach welchen sich eine cystoide Narbe gebildet hat, deren Ursache eine kleine zufällige Einklemmung der Irisperipherie in die Wunde gewesen ist. In diesen Fällen wurde die Tension dauernd normal, das Sehvermögen hielt sich auffallend gut, während das andere Auge trotz korrekter Iridektomie wieder hart und nachher blind wurde. V. hat die gleiche Erfahrung bei mehreren Fällen gemacht; die Iridektomie mit artefiziellem Irisprolaps, der sich nicht zurückbringen liess, ergab die besten Resultate. Ein vermeintlicher Fehler, ein unliebsamer Zwischenfall bei der Operation, eine Vernarbung gegen die Regel schafft also hier Gutes, und es dürfte sich empfehlen, bewusst diese Modifikation der Operation vorzunehmen.

11. Sachs-Müke: **Ein Hilfsmittel bei Sedimentierungsverfahren.**

Bei den Sedimentierungsverfahren erhält man meist grosse Mengen von Sediment, deren genaue Untersuchung zahlreiche Präparate erfordert. Um dies zu vermeiden, empfiehlt S. etwa $^1/_2$ ccm des Sediments auf einem Objektträger zu verstreichen, lufttrocken werden zu lassen, dann wieder ein entsprechendes Quantum aufzustreichen und so fort; auf diese Weise kann man in einer halben Stunde leicht 4 ccm Sediment auf den Objektträger bringen und erhält doch eine hinreichend feine Schicht, deren mikroskopische Durchmusterung nach Anwendung der gebräuchlichen Färbemethoden keinerlei Schwierigkeiten macht.

12. Wederhake, Bonn: **Theoretisches und Praktisches über unser Fadenmaterial.** (Schluss aus Nr. 49.)

In dem Bestreben, einen Ersatz für den Silberfaden, der als idealstes Nahtmaterial zu betrachten ist, der aber wegen seiner Starre und Zerreisslichkeit für versenkte Nähte nicht geeignet ist, zu finden, hat W. sich bemüht, den Seidenfaden besonders zu präparieren, so dass eine nachträgliche Infektion desselben von der Wunde aus unmöglich wird; ganz besonders war es dazu nötig, seine Imbibitionsfähigkeit aufzuheben. Auf Grund eingehend dargelegter chemischer Erwägungen, ist er dazu gekommen, den mit Silber imprägnierten Seidenfaden, die Silberkautschukseide und eine resorbierbare Seide herzustellen. Die Silberseide wird bereitet durch Entfetten der Seide in Alkohol, Kochen in Sublimatlösung, Einlegen in Wasserstoffsuperoxydlösung und dann auf 1—4 Stunden in alkalische Silberlösung. Sie hat starke, nachhaltige antiseptische Eigenschaften, ist aber mit Flüssigkeiten imbibierbar. Das wird aufgehoben durch Imprägnierung mit Kautschuk; dazu wird die mit metallischem Silber beladene Seide bei 100° getrocknet, dann in Chloroform gelegt, von da auf etwa 12 Stunden in eine Chloroformkautschuklösung, worauf sie in Chloroform abgespült und eventuell nochmals in Sublimatlösung gekocht werden kann. Belastungsversuche haben gezeigt, dass diese Silberkautschukseide an Festigkeit die bisher gebräuchlichsten Nähmaterialien um ein Bedeutendes übertrifft; sie stellt ein sehr dauerhaftes und, wie die praktische Verwendung ergeben hat, ein nicht infizierbares Material dar. Die resorbierbare „Pergament"-Seide wird hergestellt, indem man gewöhnliche Nähseide auf kurze Zeit (21 Sekunden bis 4 Minuten) in konzentrierte Schwefelsäure legt, schnell mit Wasser abwäscht, in Alkohol entwässert und in Tanninalkohol härtet; sie wird so starr wie dünner Silberdraht, kann aber durch Behandlung mit Glycerin geschmeidig gemacht werden, sie kann trocken bei 100° sterilisiert oder in Sublimatlösung gekocht werden, und nach der Sterilisierung in Sublimatwasser steril aufbewahrt werden. Gegenüber dem Catgut hat sie noch den weiteren Vorteil, dass sie wesentlich langsamer zur Auflösung gelangt (meist innerhalb von 4—6 Wochen) und so ihre mechanischen Zwecke länger erfüllen kann.

Nr. 51.

1. Schöne, Frankfurt: **Untersuchungen über Carcinomimmunität bei Mäusen.**

Sch. hat Gruppen von Mäusen vorbehandelt mit Mäuseembryonen, Mäuseleber, Mäusehoden, Hühnchenembryonen, menschlichem Mammacarcinom, und dann auf diese Tiere Mäuse-Sarcome und Carcinome zu übertragen versucht. Das Ergebnis der Untersuchungen ist im wesentlichen, dass eine Immunität gegen epitheliale Mäusetumoren durch wiederholte Injektionen eines Breies aus grossen Mäuseembryonen erzielt werden kann. Einspritzungen von Mäuseorganen (Leber, Hoden) wirken wesentlich weniger immunisierend, desgleichen Hühnerembryonen; die mit Mammacarcinominjektionen vorbehandelten Mäuse zeigten eine geringere Empfänglichkeit für die nachherige Tumorimpfung als die Kontrolltiere. Gegenüber den Anschauungen Doyens, der die Carcinomimmunität als eine bakterielle auffasst und in Beziehung zu seinem Micrococcus neoformans bringt, zeigen diese Versuche in Ergänzung zu solchen von Bashford (Blutinjektionen), dass mit normalen Geweben, in denen Micrococcus neoformans nicht zu vermuten ist, Immunität erzeugt werden kann, dass es also eine Immunität gegen Mäusecarcinom gibt, welche nicht spezifisch genannt werden kann und welche jedenfalls nicht durch Parasiten oder deren Stoffwechselprodukte hervorgebracht wird. Der Zukunft muss es überlassen bleiben, zu entscheiden, ob es sich hier um eine durch das Serum vermittelte Antikörperwirkung des Blutes handelt, oder ob die in Frage stehende Immunität als eine zelluläre oder histogene zu verstehen und mit denjenigen Erscheinungen in Beziehung zu setzen ist, die Ehrlich unter dem Namen der atreptischen Immunität zusammengefasst hat.

2. Schwab, Erlangen: **Venenthrombose und Gerinnbarkeit des Blutes.**

Sch. berichtet über fünf in einem kürzeren Zeitraum beobachtete Fälle von Venenthrombose mit tötlicher Lungenembolie bei Myoma uteri. Beigefügte Pulskurven beweisen, dass das Verhalten des Pulses für die Diagnosenstellung im Stiche lässt, und dass bei Kranken mit offenkundiger Thrombose die sofort eingenommene und die durch Wochen hindurch festgehaltene absolute Bettruhe das Eintreten der Embolie nicht fernzuhalten vermag, dass bei anderen absolut keine Zeichen vorhanden sein können, dass eine Thrombose vorhanden ist, und dass die Embolie aus anscheinend völligem Gesundsein den plötzlichen Exitus herbeiführt. Um der Frage näher zu treten, ob die Myomerkrankung zu einer erhöhten Gerinnungsfähigkeit des Blutes und damit zur leichteren Thrombosenbildung führe, hat Verf. orientierende Versuche über die Gerinnbarkeit des Blutes angestellt, in der Weise, dass er den Zeitpunkt bestimmte, in welchem die Bildung der Fibrinfäden im hängenden Tropfen sichtbar wird. Die untersuchten Personen waren entweder gesund oder mit belanglosen gynaekologischen Leiden behaftet; die Gerinnungszeit des Blutes betrug bei allen $4^3/_4$—$5^1/_2$ Minuten, am häufigsten 5 Minuten; ein Zusammenhang zwischen Gerinnungszeit und Haemoglobingehalt des Blutes besteht nicht; dagegen besteht bis zu einem



gewissen Grade ein Zusammenhang mit dem allgemeinen Körperbefinden im Sinne einer Erniedrigung der Gerinnungsfähigkeit bei Kachexie. Nie hat Verf. ein Präparat erhalten, bei dem die Gerinnungszeit weniger als 4 3/4 Minuten betragen hätte, und glaubt, nach den wenigen Versuchen, das Vorkommen einer so erhöhten Gerinnbarkeit des Blutes, dass es dem Menschen von pathologischer Bedeutung werden könnte, anzweifeln zu müssen.

3. Martin, Togo: **Studien über den Einfluss der Tropensonne auf pathogene Bakterien.**

Das Ergebnis der Untersuchungen wird folgendermaßen zusammengefasst: 1. In den tropischen Ländern herrscht eine gewisse Bakterienarmut hinsichtlich der meisten pathogenen Arten. 2. Sie ist bedingt durch die bakterientötende Wirkung der Sonne. 3. Den Hauptfaktor der Sonnenwirkung bildet anscheinend die Sonnenwärme; doch kommt auch dem Sonnenlicht eine erhebliche Bedeutung zu. 4. Ein Anzahl nicht pathogener Keime bleibt vom Einfluss der Sonne unberührt. 5. Die mechanische Reinigung durch das Seewasser der Brandung erzeugt Sterilität des Oberflächensandes im Bereiche der Brandung.

4. Franke, Altona: **Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Perityphlitis und ihrer Folgezustände.**

Auf Grund eines kleineren, aber genau beobachteten Materials, 77 im akuten Anfall, 57 im Intervall ausgeführte Operationen mit 29, resp. 3 Todesfällen umfassend, kommt Verf. zu folgenden Gesichtspunkten bezüglich des klinischen Standpunktes zur Appendicitis. 1. Die Appendicitis ist eine Erkrankung, die in jedem Stadium — von wenigen besonderen Ausnahmen abgesehen — chirurgischer Behandlung bedarf. 2. Als ideale Methode ist die möglichst rasch nach Einsetzen der ersten Krankheitssymptome ausgeführte Appendixectomie mit daranschliessender Wundnaht zu bezeichnen. Ihr am nächsten kommt die unkomplizierte Intervalloperation nach dem ersten Anfall. 3. Die Appendicitis ist eine chronische Erkrankung der verschiedenen Wandschichten, in erster Hinsicht der Mukosa des Wurmfortsatzes, die mit akuten Exacerbationen einhergeht. Jeder sicher beobachtete appendicitische Anfall weist diese chronische Erkrankung nach und involviert damit die Entfernung des Processus. Die wenigen, noch dazu — solange die Personen am Leben sind — nicht sicher gestellten einmaligen Anfälle mit dauernder Heilung, verlieren ihre Beweiskraft gegenüber den zahlreichen chirurgischen Beobachtungen und Untersuchungen der exstirpierten Wurmfortsätze. 4. Die Frage der Notwendigkeit einer Operation darf nicht abhängig gemacht werden von der Zeit, die seit dem Auftreten der ersten Symptome verstrichen ist, da sie Irrtümern ausgesetzt ist. Die schematische Forderung, vom dritten Tage ab im „Intermediärstadium“ nicht zu operieren, ist nicht zu billigen. 5. Es erscheint am ratsamsten, gleich beim ersten Eingriff die Appendix mit zu entfernen, wenn nicht erhebliche Schwierigkeiten dagegen sprechen, da das Zurücklassen des erkrankten Processus der Anlass zu erneuten Beschwerden und anhaltender Eiterung ist. Besondere Nachteile der zweizeitigen Operation sind nicht festzustellen, dagegen ist der Verlauf im allgemeinen schneller. 6. Die Eröffnung von Abscessen auf extraperitonealem Wege kann dieser Indikationsstellung nicht genügen. Deshalb, und wegen der besseren Uebersicht, ist es vorzuziehen, erst die freie Bauchhöhle zu eröffnen, die Därme rings um die Abscesswand durch Tampons abzudecken und dann die Höhle zu eröffnen. 7. Es sind Tampons zu benutzen, die in 0,9%iger Salzlösung getränkt sind. Dieselbe Lösung dient auch zum Ausspülen der Bauchhöhle bei allen eitrigen Prozessen darin. 8. Ergiebige Tamponade der Abscesshöhle bis zur völligen Reinigung der Bauchhöhle bei diffuser Peritonitis ohne Bauchdeckennaht scheint den Abfluss der Sekrete und des Eiters sicherer zu gewährleisten als Drainage mit Wundnaht.

5. Herz, Auckland (Neu-Seeland): **Die chirurgische Behandlung paralytischer Schlottergelenke. Seidenligamente oder Arthrodese?**

Den Vorschlag, mittels Anlegung von Seidenligamenten vollständig gelähmten Gelenken eine für den Gebrauch gute Stellung zu geben, hat H. praktisch erprobt, hat aber keine guten Dauererfolge erzielen können wegen der immer eintretenden direkten oder indirekten Verlängerung der Seidensehnen. Er nimmt deshalb die Arthrodese sowohl für das Fuss-, wie Kniegelenk vor; Abmeisselung von Knochenlamellen, Ausfüllung aller Lücken mit der Mosetigschen Knochenplombe und Fixierung mittels Silbernägeln und Silberklammern.

6. Pribram, Wien: **Ueber das Verhalten der Agglutinine im passiv immunisierten Organismus.**

Nachdem von anderer Seite nachgewiesen war, dass ein durch entsprechende Vorbehandlung eines Tieres gewonnenes Serum, welches Pferdeserum präzipitiert, auf ein antitoxisches Pferdeserum unter bestimmten Bedingungen derart wirkt, dass dabei die antitoxische Fähigkeit desselben aufgehoben wird, haben Kraus und Verf. gezeigt, dass dasselbe für andere Antitoxine und auch für andere Immunkörper (Agglutinin) der Fall sei. Diese Versuche hat Manteufel (d. W. Nr. 41) wieder aufgenommen, kam aber bei Versuchen im Tierkörper zu ganz anderen Ergebnissen als bei den Versuchen in vitro und zog daraus den Schluss, dass das Verschwinden der Agglutinine durch den Vorgang der Ausflockung bedingt werde. Diese Tierversuche unterzieht Verf. einer Kritik, führt die Momente an, die gegen die Auffassung des Vorganges als Ausflockungserscheinung sprechen, und kommt zu dem Schlusse, dass weder die Tierversuche, noch solche mit erhitztem Serum gegen die innigen Beziehungen zwischen Präzipitinogen des Serums und der Immunkörper (Antitoxin, Agglutinin) sprechen.

7. Hoeflmayr, München: **Drei Fälle von Zungenneuralgie.**

Kurze Krankengeschichten von drei Fällen des seltenen Krankheitsbildes der isolierten Neuralgie des Nervus lingualis. Bei allen dreien blieben die beiden eigentlichen Zungennerven, Glossopharyngeus und Hypoglossus, völlig unbeteiligt; Schmerzen traten nur im Ausbreitungsgebiet des Nervus lingualis auf. Eine Regelung der Darmfunktion als Haupttherapie führte zum allmählichen Schwinden der Zungenschmerzen; danach dürfte die Ursache der Neuralgie in der habituellen Obstipation zu suchen sein.

8. Reichert, Wien: **Ueber einen neuen Spiegelkondensor zur Sichtbarmachung ultramikroskopischer Teilchen.**

An der Hand von Abbildungen wird der Apparat beschrieben.

9. Kuhn, Kassel: **Tüll bei der Transplantation.**

Gegenüber anderen Vorschlägen über die Nachbehandlung der Transplantationen verweist K. erneut auf die Nachbehandlung mit Tüll als einfachstes, billigstes, bequemstes und leistungsfähigstes Verfahren, das ohne Modifikationen unter allen Verhältnissen in gleicher Weise angewandt werden kann und unter allen Voraussetzungen das noch eben mögliche leistet.

10. Stalewsky, Freiburg: **Neue Sicherheitsnadel für Verbandzwecke.**

Die Form der Nadel und ihre Anwendung wird an Abbildungen gezeigt; sie soll ermöglichen: Bedienen mit einer Hand, flaches Aufliegen und rasches und leichtes Entfernen aus dem Verbande. Zu beziehen ist sie als „Aeskulap-Sicherheits-Modell“.

11. Wrzosek, Krakau: **Bemerkungen über die Züchtung von strengen Anaëroben in aërober Weise.**

In Ergänzung einer Arbeit von Harras (d. W. Nr. 46) berichtet Verf., dass es auch ihm gelungen ist, Anaëroben in Bouillon, welche ein frisches Tiergewebsstück enthält und bei 100° sterilisiert ist, aërob zu züchten, und dass weiter tierische Gewebsstückchen enthaltende Bouillonröhrchen, die 15 Minuten lang bei 140° C im Autoklaven sterilisiert wurden, und gleichfalls Bouillon mit einem Stück Pflanzengewebe noch als Nährboden für Anaëroben dienen können.

12. Kopp, München: **Zur Beurteilung der Erbschen Statistik des Trippers beim Manne und seiner Folgen für die Ehefrauen.**

Auch wenn die Erbsche Statistik einwandfrei und über jeden Zweifel erhaben wäre, glaubt Verf. doch vor einem zu weit gehenden Optimismus energisch warnen zu sollen und sieht nicht den geringsten Anlass, nun wieder in alter Weise die Gonorrhoe als eine verhältnismäßig leicht zu nehmende Erkrankung aufzufassen.

13. Kossmann, Berlin: **Zur Statistik der Gonorrhoe.**

K. bemängelt die Beweiskraft der Tabelle 2 der Erbschen Statistik, die sich auf Ehefrauen von Männern bezieht, die vor der



Heirat eingestandenermaßen an Gonorrhoe gelitten haben, und wo an erster Stelle die Frauen geführt werden, von denen Erb annimmt, dass sie unterleibsgesund oder mit gleichgültigen, nicht gonorrhoischen Erkrankungen behaftet waren. Er betont, dass das akute Auftreten der Gonorrhoe von Frauen, die indolent oder durch andere Sorgen oder Leiden in Anspruch genommen sind, in sehr vielen Fällen übersehen wird; und dass weiter selbst das Uebergreifen der Gonorrhoe auf die inneren Genitalorgane in einer grossen Anzahl von Fällen nur ganz geringe Beschwerden macht. Deshalb wird die Zahl der in dieser Weise erkrankten Frauen, die sich nicht in ärztliche Behandlung begeben haben und später über Zeitpunkt und Erscheinungen dieser Erkrankung keine Auskunft erteilen können, niemals durch eine Statistik festgestellt werden können.

14. Hoffmann, Heidelberg: **Ueber die Möller-Barlowsche Krankheit. (Infantiler Skorbut.)**

Entgegnung auf eine gleichnamige Arbeit von Fränkel (d. W. Nr. 45 und 46).

Fränkel: Replik auf die vorstehende Entgegnung.

15. Vierordt, Heidelberg: **Bedeutung und Anwendbarkeit der physikalischen Heilmethoden in der ärztlichen Praxis.** (Schluss aus Nr. 50.)

Die eingehenden Erläuterungen zeigen das ungemessene Wachstum der therapeutischen Hilfsmittel und Methoden und die in solcher Periode gegebene Gefahr einerseits einer Unklarheit und Verworrenheit, andrerseits der gedankenlosen, schematischen Routine, und führen aus, dass, um dieser zu begegnen, es nötig ist, die Krankenbehandlung sorgfältig zu organisieren und überall die wissenschaftliche Basis zu suchen und festzuhalten. Die Methode, deren tieferer Sinn erkannt ist, macht den, der sie übt, nicht zum Sklaven; sie wird stets neu belebt, immer den nie gleichen Umständen angepasst und dadurch neu geschaffen.

16. Knauer, Wiesbaden: **Negative Diagnose.**

Ein Patient konsultierte wegen eines anscheinend einfachen Ulcus penis einen Spezialisten, der auf Grund des negativen Spirochaetenbefundes die Möglichkeit einer Lues mit Sicherheit ausschloss. Wenige Wochen später konnte K. zur großen Ueberraschung des Patienten allgemeine Lues feststellen. K. warnt vor der einseitigen Ueberschätzung eines diagnostischen Hilfsmittels und sieht in einer solchen negativen Diagnose eine Fahrlässigkeit.

Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 50. 1906.

1. von Eiselsberg, Wien: **Beitrag zur Behandlung des in die freie Bauchhöhle perforierten Magen- und Duodenalulcus.**

v. E. hat in den letzten 5 1/2 Jahren 12 Fälle von Perforationsperitonitis operiert, davon 5 mit Erfolg. Auch er bestätigt die Erfahrung, dass das Gelingen der Operation und die nachfolgende Heilung abhängig sind von der Zeit des Eingriffes und der Virulenz der Bakterien. Radikaloperationen bringen nicht mit Sicherheit Dauerheilungen, daher ist im allgemeinen davon abzusehen. Verf. empfiehlt dagegen, eine Ernährungsfistel (Jejunostomie) anzulegen, die leicht und schnell ausgeführt ist, und manchem Patienten, besonders den schwer erkrankten, hilft, da die erkrankten Partien völlig ruhig gestellt werden können, und doch dem Patienten schon auf dem Operationstisch ausreichende Nahrung auf diese Weise zugeführt werden kann. Beim Weglassen des Katheters tritt prompt Spontanheilung der Fistel ein. Der Wert der subkutan wie intravenös applizierten Kochsalzlösung wird betont. v. E. ist auf Grund seiner Erfahrungen ein eifriger Anhänger der gründlichen Spülung des Peritoneums; er empfiehlt bei diffuser Peritonitis selbst möglichst ausgedehnte und dichte Naht der Laparotomiewunde, um der Entwicklung grosser Bauchbrüche vorzubeugen, und das Einlegen von Tampons, am besten in Gestalt der Dochte (nach Gersuny), die ein allmähliches Entfernen der Tampons ohne Schmerzen und Aufreissen der Verklebungen ermöglichen und in den allermeisten Fällen es überflüssig machen, neue einzuführen, wodurch abgeschlossene Infektionsherde leicht generalisiert werden können.

2. Payr, Graz: **Ueber operative Behandlung des Malum suboccipitale.**

An den Behandlungsprinzipien dieses Leidens ist trotz der grossen Fortschritte der Operationstechnik und der Orthopädie bisher nichts wesentliches geändert, und mit Recht, da pathologisch-anatomische Grundlagen, die eine Heilungsmöglichkeit bieten, fehlen. Die Prognose ist schlechter, noch schlechter als bei anderen Lokalisationen der Spondylitis, bei Erwachsenen noch viel schlechter als im Kindesalter, gegen das 40. Lebensjahr immer infaust. P. hat nun eine 35jährige Frau mit primär ostaler Form von Halswirbeltuberkulose mit gutem Erfolge operiert. Glücklicherweise liessen Grösse, Ausdehnung und Lokalisation der einseitigen Herde eine radikale, zu fistelloser vollständiger Heilung führende Entfernung zu. Das Atlantoccipitalgelenke war vorn frei, wenn auch in unmittelbarer Nähe ein Krankheitsherd sass, ebenso war das verlängerte Mark intakt. Für die Frühdiagnose lassen sich folgende Symptome verwerten: „die durch die Muskelaktion bewirkte Fixierung des Gelenkes in pathognostischer Stellung" (Albert), mit dem Kinn nach der Seite der Erkrankung gedreht, Druckschmerz am Kopf, einseitiger Druck lässt einseitige Erkrankung vermuten, Vor- und Rückneigen des Kopfes und gleichzeitiger Druck, vielleicht eine Erkrankung des vorderen, resp. hinteren Atlasbogen, ein auffälliges Freibleiben der Nick- und Drehbewegungen spräche für extraarticulären Sitz des Leidens, endlich vermag auch das Röntgenverfahren manchmal Aufschluss zu geben. Bei der Operation ist stets die Arteria vertebralis zu unterbinden. Besondere Vorsicht erfordern die Vena jugularis interna und der Plexus venosus cervicalis post, sowie die beiden obersten Cervicalnerven. Auf Puls und Atmung hatte das Arbeiten am Knochen keinen Einfluss. Als Indikationsstellung für einen radikalen Eingriff sieht P. die Erfüllung folgender Bedingungen an:

1. Mitbeteiligung des Rückenmarks und seiner Häute oder des Gehirns schliesst jeden Eingriff aus.

2. Erkrankung des Zahngelenkes zwischen Atlas und Epistropheus lässt gleichfalls einen Eingriff untunlich erscheinen.

3. Die Wirbelerkrankung soll sich womöglich in einem frühen Stadium befinden und auf eine Seite beschränkt sein.

4. Kommunikation des Krankheitsherdes mit der Mundrachenhöhle, sowie Mischinfektion bei nach aussen mündender Fistel sind als gefährliche Komplikation zu betrachten.

5. Es soll, wenn irgend möglich, durch Röntgenographie der hauptsächlichste Sitz der Knochenerkrankung festgestellt sein (primär-ostale Form): die klinischen Symptome sollen, wenn möglich, eine Lokalisationsdiagnose des Erkrankungsherdes, eventuell per exclusionem, gestatten; die Anwesenheit eines kalten Abscesses ist kein Hindernis für den Eingriff.

6. Es sollen keine irgend schweren tuberkulösen Veränderungen in anderen Organen vorhanden sein.

3. A. v. Bergmann, Riga: **Darmstenosen als Spätwirkung der Appendicitis**

Nach abgeklungener Appendicitis oder nach erfolgter Exstirpation des Wurmfortsatzes machen sich oft die durch die Erkrankung bedingten entzündlichen Veränderungen des Peritoneums, Adhaesionen und Schwarten, in der nächsten Umgebung der Appendix und namentlich der weiblichen Genitalorgane geltend: das Coecum und Colon ascendens kann in seiner Motilität stark beeinträchtigt, abgeknickt und so die Durchgängigkeit des Darms völlig aufgehoben werden. Von anderer Seite wurde darauf hingewiesen, dass die schwieligen, schwartigen Verwachsungen ein Moment bilden können, das zur Kompression des rechten Ureters und nachfolgender schweren Erkrankung der Niere führt. Aber auch entfernt vom Ausgangspunkt der Entzündung kommen Schwarten und Adhaesionen vor, welche den Darm fixieren, komprimieren und winklig abknicken, was von anderer Seite schon mehrfach bestätigt ist. Verf. beschreibt einen Fall, der zeigt, dass acht Jahre nach der Entfernung des Wurmfortsatzes vergehen können, ehe sich die Adhaesionen am Colon pelvinum geltend machen, welche ihre Entstehung offenbar der perytiphlitischen Eiterung verdanken; die Operation bringt Heilung. Die Differentialdiagnose zwischen dem Magen- und Duodenalulcus einerseits, und einer Appendicitis andererseits kann sehr grosse Schwierigkeiten bieten, was folgender Fall beweist. Eine Frau erkrankt unter den charakteristischen Erscheinungen des Duodenalulcus, die blutigen Stühle fehlen selbst nicht; bei der Operation wird

eine Fixierung des unteren Teiles des Duodenums durch Adhaesionen gefunden, welche ihren Ausgangspunkt von dem Wurmfortsatz genommen haben, der an den absteigenden Teil des Duodenum angelagert war.

4. Riedel, Jena: **Die Catgutnaht bei Fractura patellae.**

R. berichtet über seine Erfahrungen mit Catgutnaht bei Patellafraktur, und zwar dreimal bei veralteter und achtmal bei frischer. Die Frakturen waren durch direkte Gewalt entstanden, es handelte sich um Splitterbrüche ohne stärkere Dislokation der Fragmente; die Heilung erfolgte sehr gut, die Kniegelenke funktionieren fast in normaler Weise, die Röntgenaufnahme ergab fast immer tadellose Heilung der Bruchstücke. Jeder Längsschnitt über die Patella, wie jeder Querschnitt unterhalb derselben ist kontraindiziert, weil die Operierten später ihr Bein spitzwinklig beugen und eventuell in knieender Stellung arbeiten sollen. R. bedient sich deshalb zweier Schnitte neben der Patella, in der Längsrichtung des Gliedes, oder der subkutanen Catgutnaht, bei der man mit zwei ganz kleinen Längsschnitten auskommt, ein Verband nur notwendig ist, und der Patient nach sechs Wochen das Bett verlassen und umhergehen kann. Ein Nachteil der subkutanen Naht kann darin liegen, dass die knöcherne Heilung nicht immer prompt erfolgt, wenn Gewebsfetzen zwischen den Fragmenten liegen. Auf zwei Dinge lenkt Verf. noch die Aufmerksamkeit. Die Perforation des oberen Recessus ergibt oft einen ausgebreiteten Bluterguss, wobei das Gelenk leer bleibt, die Funktion des Quadriceps wird dadurch geschädigt, insofern seine Dehnbarkeit vermindert wird, und damit die Möglichkeit, das Knie zu beugen. Benutzt man ferner sehr viel und sehr starkes, wenn auch steriles, Catgut, so kann es zur aseptischen Entzündung kommen, die charakterisiert ist durch schwere Phlegmone mit hohem Fieber, aber das Allgemeinbefinden ist ungestört, die Stimmung bleibt behaglich, Appetit und Schlaf gut, Schmerzen sind nicht vorhanden. Einige kleine Einstiche genügen dann, ein flockiges Sekret entleert sich, frei von Organismen, bei mikroskopischer Untersuchung und Züchtung.

5. Sprengel, Braunschweig: **Behandlung der Schussverletzungen.**

Von grosser Bedeutung für die Art und die Schwere der Verletzung ist die Entfernung, aus der der Schuss erfolgt. In grösserer Entfernung pflegt das längliche Geschoss aus kleinkalibrigem Gewehr mit harter Spitze einen glatten Durchschuss zu geben; anders auf nahe Entfernungen, wo entsetzliche, auf hydrodynamischer Wirkung beruhende Verstümmelungen gewisser Hohlorgane und komminutive Zertrümmerungen der Knochendiaphysen eintreten; Schrappnells und Granaten, die Quer- und Aufschläger mit ihren grossen Ein- und Ausschussöffnungen sind ebenfalls anders zu beurteilen. Als bewährtes Grundgesetz für den Kriegsfall gilt die aseptische Occlussion der unberührt gelassenen Schusswunde und Immobilisierung; jedes Sondieren auch mit sterilem Instrument ist wegen der möglicherweise von aussen hineinzutragenden Infektion verboten. Die Schusswunde aus kleinkalibrigen Handfeuerwaffen hat gutartigen Charakter. Bei Schädelverletzungen hat man zwischen den tief perforierenden und den Tangential-Schüssen zu unterscheiden, erstere sind konservativ zu behandeln mit Occlusivverband, bei letzteren ist die Gefahr der Sepsis und Meningitis nicht ausgeschlossen. Die Behandlung der Herzschüsse, im Kriege wenigstens, ist aussichtslos; Lungenschüsse sind konservativ zu behandeln, posttraumatische Blutungen stehen am besten durch die naturgemäß einsetzende intrathoracische Kompression und ausnahmsweise ist chirurgisches Eingreifen notwendig. Gelenkschüsse und Schussverletzungen der Methaphysen erfordern konservatives Verfahren; je weiter entfernt vom Gelenk, um so gefährlicher die Schussfraktur. Ueber die Behandlung der Bauchschussverletzungen sind die Ansichten verschieden, von dem Gesetz absoluter Zurückhaltung bis zum Vorschlage fliegender Laparotomiekolonnen sind alle vertreten; gewisse Notoperationen wie Lösung und Reposition prolabierter Organe sind auch im Felde angezeigt. Bei Schussverletzungen im Frieden ist das Individualisieren in höherem Maße notwendig als im Kriege. Die schlimmsten Verletzungen rühren vom Zerspringen des Laufes in der Hand des Schützen her; offene Behandlung ist hier allein möglich, was unrettbar verloren ist, muss entfernt werden, plastische Versuche müssen besser einer späteren Zeit der Wundheilung vorbehalten werden. Dasselbe gilt von Schrotschüssen aus unmittelbarer Nähe. Gutartig dagegen ist der zerstreute Schrotschuss. Eine grosse Rolle spielen die Selbstmordversuche. Bei Brustschüssen geht die Kugel meist durch den Thorax glatt hindurch und bleibt in der Rückenhaut stecken, die Behandlung ist die konservative. Beim Nachweis einer Blutung aus den Brustwandgefässen und bei schnell sich ausbreitendem Emphysen ist ein sofortiges oder baldiges chirurgisches Eingreifen angezeigt. Sonst ist bei Thoraxverletzungen der Occlusionsverband anzuwenden. Herzschüsse, die sehr selten sind, nehmen eine Sonderstellung ein. Zugreifendes Verfahren dürfte empfehlenswert sein, da bereits 14 operativ behandelte Herzschussverletzungen in der Literatur bekannt geworden sind. Als vorbereitenden Schnitt nehme man die Resektion im Bereich der fünften Rippe vor; plötzliches Angstgefühl, livide Verfärbung, Intermittenz des Pulses, Strudel- und Mühlradgeräusche fordern zum sofortigen Eingriff auf. In bezug auf die Behandlung der Schussverletzungen des Schädels ist bis jetzt eine Einigung nicht erzielt. Vielleicht empfiehlt es sich, den kurzen Schusskanal durch Haut und Knochen bis in die Dura zu säubern und dann den Occlusionsverband anzulegen, das Suchen nach dem Projektil aber zu unterlassen. Die Verletzungen der mit Schleimhaut ausgekleideten Schädelhöhlen verlangen, wenn die Kugel in oder an ihnen stecken geblieben ist, die operative Entfernung. Verletzungen der Orbita, des Augapfels und der Sehnerven, sowie Schüsse in den Gehörgang, wobei das Verhalten des Facialis, des Gehirns, Blutungen aus der Carotis Fingerzeige geben, erfordern einen Fachchirurgen. Bei Unterleibsschüssen im Frieden ist unbedingt und möglichst schnell die Laparotomie auszuführen. Für die Schussverletzungen der Extremitäten und der grossen Gelenke im Frieden gilt als Grundsatz: kleine Hautverletzung konservatives Verhalten; grosse Hautverletzung operativer Eingriff. Bei Verletzungen der kleinen Knochen der Hand oder des Fusses entferne man die Projektile, um weiteren Komplikationen und funktionellen Störungen vorzubeugen. Das Röntgenverfahren gibt sicheren Aufschluss über den Sitz des Projektils und der Knochenverletzung.

6. Pozzi, Paris: **Neues Verfahren für die Nahtvereinigung der Enden des Harnleiters nach seiner völligen Durchschneidung (Invagination mit Entropium).**

Drei Verfahren waren bisher bekannt, um einen durchtrennten Ureter wieder funktionsfähig zu machen: 1. die zirkuläre oder Endstück-Ureterorraphie oder termino-terminale Anastomose, 2. die terminolaterale Anastomose, 3. die latero-laterale Anastomose. Die beiden letzten Verfahren erschweren die Operation. Die erste Methode kann auf zweierlei Weisen ausgeführt werden, erstens durch das Aneinanderlegen oder die Intusapposition der Schnittflächen, zweitens durch die Invagination. Letzteres Verfahren hat Gubaroff erfolgreich angewendet, indem er das untere Ende ein wenig spaltete, das obere Endstück hineinführte und vernähte. Ein Fehler ist dabei, indem zwei homogene Oberflächen zur Verwachsung aufeinander gebracht werden, die nur sehr schwer verkleben. P. hat nun die beiden Aussenseiten der getrennten Harnleiterenden erfolgreich miteinander vereinigt, dadurch, dass er den Rand des unteren Endstücks leicht nach innen einschlug, indem er ihn nach der Innenfläche zu entropionierte, ehe er das obere Endstück hineinstülpte und vernähte. Einen Dauerkatheter legt man wegen der leicht möglichen Infektion des Nierenbeckens besser nicht ein. Es empfiehlt sich aber Drainage der Laparotomiewunde wegen des eventuell durchsickernden Urins.

Patentnachrichten.

Anmeldungen.

M. 28489. Verfahren zur Herstellung eines Haarpflegemittels. Fritz Merz, Darmstadt.

F. 21298. Verfahren zum Geruchlosmachen von Räumen, in denen Formaldehyd und sodann Ammoniak zur Verteilung gelangt sind. Eugène Fournier, Paris.

G. 22081. Betäubungsvorrichtung mit einer von dem Behälter für die Betäubungsflüssigkeit räumlich getrennten Vergasungskammer. Dr. Emil Gerdes, Schildesche b. Bielefeld.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Der Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen.



R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P. Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 4. Februar 1907. **Nr. 5.**

Die „Medicinische Woche“ erscheint jeden Montag und kostet vierteljährl. 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Die Anstaltsbehandlung der Herzkranken und ihre Indikationen.

Von Dr. med. **Theodor Büdingen,**

leitendem Arzt des Sanatoriums Konstanzerhof zu Konstanz-Seehausen.

M. H. Während es heutzutage keines weiteren Wortes über die Existenzberechtigung der Sanatorien für Lungenkranke und der Nervenheilanstalten bedarf, ist die Behandlung Herzleidender in Sanatorien, die früher vorzugsweise von Nervenkranken besucht wurden, noch zu jungen Datums, um allgemein beachtet und berücksichtigt zu werden. Das Mekka der Herzkranken war bisher Nauheim. Und es ist noch nicht so lange her, dass man jeden, dessen Herzklappen- und Herzmuskelapparat nicht in Ordnung war, und der sich renitent gegen die ärztlichen Heilbestrebungen zu Hause zeigte, nach Nauheim oder einem anderen Badeort mit ähnlichen kohlensäurehaltigen Quellen schickte. Es liegt mir fern, die schönen Erfolge, die in diesen Kurorten bei zweckentsprechendem kurgemäßem Leben erreicht werden, bemängeln oder verkleinern zu wollen. Die Grossartigkeit der Anlagen eines solchen Weltbades, die vollkommen ausgebildete Technik des Badewesens lassen es vermessen erscheinen, wenn irgend eine ärztliche Institution ausserhalb eines solchen Kurortes damit in Wettstreit treten wollte. Zu diesen unverkennbar grossen Vorzügen gesellen sich aber auch Nachteile, die für manchen Arzt und für manchen Herzkranken schwerwiegend genug sind, einen dem speziellen Fall angemesseneren Aufenthalt zu wünschen. Ebenso, wie nicht jeder Nervenkranke sich für eine Nervenheilanstalt eignet, — ich erinnere hier an manche Fälle endogener Nervosität, oder konstitutioneller Neurasthenie, die, wie Erb es will, besser ins Hochgebirge geschickt werden, ein Rat, der häufig missverstanden, zum Schaden der Patienten auf Nervenkranke überhaupt ausgedehnt worden ist, — ebenso gibt es genug Herzkranke, für die eine Kur in einem offenen Badeort nichts weniger als angebracht ist. Ganz abgesehen von kurwidrigen Verlockungen, wozu auch die leider vorhandene Möglichkeit gehört, wild auf eigene Faust und zu eigenem Schaden ohne Arzt die gebotenen Kurmittel — Brunnen oder Bäder — im Uebermaß zu gebrauchen und abgesehen von den gesellschaftlichen Verpflichtungen ist das geräuschvolle Bade- und Hotelleben, der oft damit verbundene Weinzwang, die Notwendigkeit, Toilette zu machen, der Transport des Kranken über die Strasse, noch dazu bei schlechtem Wetter, die häufig erforderliche Sorge für geeignete Unterkunft und Verpflegung, die Schwierigkeit, eine bestimmte Diät in Hotels oder Pensionen einzuhalten, die damit verbundenen Aufregungen etc. bisweilen von so ungünstigem Einfluss auf das Gesamtbefinden, dass die Wirkung der eigentlichen Bäderkur dadurch in Frage gestellt werden kann.

Diese Bedenken würden aber gar nicht in Betracht kommen, wenn die Thermalbäder ein heilkräftiges Etwas enthielten, das nirgendswo sonst in der Welt vorhanden wäre. Hingegen sagt Oertel: „Eine Verschiedenheit in der Wirkung der künstlich hergestellten kohlensäurehaltigen Bäder und der natürlichen Quellen von Kudowa, Nauheim etc. konnte nicht konstatiert werden.“ Professor Bauer-München spricht sich dahin aus: „Die Wirkung ist die gleiche, ob künstliche Bäder oder natürliche Quellen zur Anwendung gelangen.“ Und Professor von Krehl greift den springenden Punkt mit den Worten: „Jedenfalls haben in diesen Orten, speziell in Nauheim die Aerzte eine recht grosse Erfahrung in der Behandlung von Herzkranken und das möchte ich vorerst noch für einen Grund halten, Kranke gerade nach diesen Orten zu schicken.“

Wenn also Kohlensäurebäder an jedem beliebigen Ort unter Ueberwachung von Aerzten, die sich sowohl auf die Diagnose der Herzkrankheiten, als auf die Grenzen der Balneotherapie und auf die rechtzeitige Anwendung der Digitalis, wie die Nauheimer Kollegen, verstehen, mit gleich gutem Erfolge gegeben werden können, so fallen zwar die prinzipiellen Bedenken gegen ihre Anwendung in Sanatorien fort, aber damit ist die Anstaltsbehandlung der Herzkranken selbst noch nicht gerechtfertigt; auch dadurch nicht, dass die modernen Kuranstalten noch über Wechselstrombäder, in Massage ausgebildetes Badepersonal, über mediko-mechanische und hydrotherapeutische Einrichtungen verfügen. Zum Nachweis der Bedeutung der Anstaltsbehandlung für Herzkranke möchte ich Sie an das grosse und unvergängliche Wort Hoffmanns erinnern, dass unser ganzes therapeutisches Können auf der richtigen Anwendung von Schonung und Uebung beruht. Es kommt bei der Behandlung im wesentlichen darauf an, Reize auszuschalten und andere den krankhaften Zuständen entsprechende Reize als Kur- und Heilmittel anzuwenden. Die auszuschaltenden Reize sind die im Leben des Kulturmenschen eine so grosse Rolle spielenden Extrareize, um ein in der Herzpathologie jetzt viel gebrauchtes Wort in erweitertem und übertragenem Sinne anzuwenden. Ich verstehe darunter solche Reize, die nicht, wie z. B. Sauerstoff und Nahrungszufuhr, zur Erhaltung des Lebens dienen, sondern als Erregungsmittel des Zentralnervensystems für den Gesunden ebenso bedeutsam, wie für den Kranken verhängnisvoll werden können. Ich meine die Extrareize, welche nicht nur als Genussmittel unter den häuslichen Verhältnissen oder in Kurorten den Patienten schwer oder gar nicht zu entziehen sind, sondern insbesondere diejenigen, welche mit dem modernen Kulturleben, welches die Nacht zum Tage macht, mit den überaus geräuschvollen Existenzbedingungen unserer Zeit, mit ihren Verkehrsmitteln und auch mit den häuslichen, beruflichen, dienstlichen und geschäftlichen Verhältnissen selbst aufs Engste verknüpft sind. Was die letzteren betrifft, so kommen hier nicht nur die mit Absicht zugefügten psychischen Traumen,

wie Kränkungen, Beleidigungen, Zurücksetzungen und Chikane in Betracht, sondern auch die durch das Zusammenleben unharmonischer Charaktere einwirkenden Extrareize, welche in der Herztätigkeit, dem feinsten Reagens unseres Nervenlebens, in der Beschleunigung des Pulsschlages ihren Ausdruck finden.

Hoffmann sagt mit Recht: „Die Erfahrung am Krankenbett zeigt uns doch zuweilen recht überraschende Dinge. Wir finden, dass Kranke mit hochausgebildeten Herzfehlern sich zu gewissen Zeiten sehr schlecht und zu anderen Zeiten viel besser befinden, obwohl unzweifelhaft sich der Herzfehler nicht geändert haben kann. Die mechanischen Bedingungen sind dieselben und doch kommen so starke Veränderungen im Allgemeinbefinden vor, dass wir zugeben müssen, für das Befinden dieser Kranken fallen die mechanischen Verhältnisse nicht allein ins Gewicht; das andere bedeutungsvolle Moment kann aber nur das nervöse sein". Welche gewaltige Rolle das Nervensystem bei Herzkranken spielt, zeigt sich so recht dann, wenn dem von schwerster Beklemmung geplagten, mit Todesangst ringenden, an Angina pectoris leidenden Patienten eine Morphiumspritze gegeben wird. Der noch vor wenigen Minuten flatternde, rasche, unregelmäßige, kaum fühlbare Puls wird bald regulär, kräftig, voll, langsam und bald stellt das Gefühl der Erleichterung und Befreiung auch selbst in solchen Fällen sich ein, wo an der Diagnose Coronarsklerose nicht der mindeste Zweifel bestehen kann. Das Morphium hat dem Herzen gewiss keine neuen Kräfte gebracht und doch hat es eine für den Laien ans Wunderbare grenzende Aenderung der furchtbaren Szene herbeigeführt, welche nur so zu erklären ist, dass die Erschwerung der Herzarbeit durch die aus dem Zentralnervensystem dem Herzmuskel zufliessenden Erregungen beseitigt wurde. Solche wertvollen therapeutischen Erfahrungen, die jeder Arzt schon gemacht hat oder machen kann, müssen uns ein Wegweiser sein, dass wir nicht einseitig einen kranken Herzmuskel behandeln dürfen, sondern dass wir dem herzkranken Menschen, insbesondere aber seinem Nervensystem, die gebührende Aufmerksamkeit zuwenden müssen und dass wir sofort bei Uebernahme der Behandlung für Beruhigung desselben, und zwar selbstverständlich nur in Ausnahmefällen durch Morphium, im übrigen durch andere am leichtesten und sichersten in Anstalten durchführbare Maßnahmen Sorge zu tragen haben. Auch die wertvolle Beobachtung Quinckes darf in diesem Zusammenhange hier erwähnt werden, dass Herzkranke häufig mehr Urin in der Nacht, als am Tag lassen. Auch dies spricht für die Erleichterung der Herzarbeit durch Ruhe, bezw. durch Fernhaltung von störenden Reizen.

M. H.! Die Bedeutung der Erregungen des Zentralnervensystems für die Herzarbeit ist durch das glänzende Referat Grützners auf der letzten Versammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte dem allgemeinen Verständnis nähergebracht worden. Danach spielen die Gefässnerven in ihrer Einwirkung auf die in der Wandung der Blutgefässe gelegene Muskulatur nicht nur die Rolle als gelegentliche Erweiterer und Verengerer der Gefässe, sondern sie nehmen aktiven Anteil an der Fortbewegung und Verteilung des Blutes. Grützner sagt: „Die Gefässe sind Nebenherzen, die unabhängig vom Herzen das Blut aus den Arterien in die Venen treiben." Er nimmt eine nach der Peripherie fortschreitende kontinuierliche Peristaltik der Arterien an, welche ebenso, wie die Peristaltik des Darmes die faeces ausstösst, zur Austreibung des Blutes beiträgt.

Wie gross diese Mitarbeit des Gefässnerven- und -muskelsystems ist, wissen wir nicht. Sie kann aber nicht gering sein. Dies schliessen wir aus längst bekannten Erscheinungen am Krankenbett. Wir konstatieren z. B. einen übernormalen Blutdruck, ohne dass eine Nephritis bestünde und ohne dass wir eine hochgradige Arteriosklerose nachweisen könnten, und wir finden trotz dieses hohen Blutdruckes ausgeprägte Stauungserscheinungen. Das Herz arbeitet also mit grösserer Kraft als unter normalen Verhältnissen und doch genügt diese Kraft nicht zu einer ausreichenden Fortbewegung und Verteilung des Blutes. Man hat den Eindruck, dass hier eine wichtige Mithilfe fortgefallen oder vermindert ist; dies dürfte die Mitarbeit der Gefässmuskulatur unter Einwirkung der Gefässnerven sein.

Unter welchen Bedingungen es zu einem Nachlassen und Versagen der Gefässnerven- und Gefässmuskelkraft kommt, darüber wissen wir wenig. Soviel aber liegt auf der Hand, dass eine übermäßige Inanspruchnahme dieses Apparates ebenso zu Erschöpfungs- und Insuffizienzerscheinungen führen muss, wie wir dies bei jedem im Uebermaß angestrengten Organ beobachten können. Die Chancen eines kranken Herzens richten sich also sicherlich zum Teil nach dem Zustand der Gefässnerven wie nach dem Zustand der Gefässe selbst. Die Gefässnerven stehen aber in einem Abhängigkeitsverhältnis zum Zentralnervensystem, wie die tägliche Erfahrung lehrt. Erröten und Erblassen des Gesichtes werden durch psychische Einflüsse hervorgerufen.

In Berücksichtigung der Wichtigkeit der Gefässnerven für die Erleichterung der Herzarbeit müssen wir also bei der Behandlung der Herzkranken dem Zentralnervensystem unsere ernste Aufmerksamkeit zuwenden, wir müssen die Extrareize auszuschalten suchen, welche die Labilität der Vasomotoren unterhalten und welche durch Beeinträchtigung der Gefässarbeit

Feuilleton.

Eine Reise auf der „Amerika" nach Amerika.

Von Dr. **Clemm**-Darmstadt.

(Fortsetzung.)

Mit schneeweissem Gummi belegt, in zwei Treppenbäumen auslaufend, führt dieselbe, von mächtigem Oberlicht erleuchtet, hinab nach Kaiserdeck. Ein grosses Wandgemälde ziert die Wand, an welcher beide Treppen zusammenstossen. Auf Kaiserdeck geht es rechts hinein in den Damensalon: Erst ein in veilchenfarbener Seide gehaltenes, mit einem köstlichen Gemälde geziertes Schreibzimmer im Empirestil, dann der grosse, in hellrosa Seide ausgeschlagene mit gleichfarbenen Stühlen auf hellem Holzgestell ausgestattete Bibliotheksraum mit dem kostbaren Flügel. Den etwas zweifelhaften Schmuck desselben bildet eine nicht gut geglückte Kopie eines lebensgrossen Kaiserbildes. Neben dem Eingange zum Schreibzimmer mündet der elektrisch betriebene Personenaufzug, der Lift, welcher für allzu Bequeme die Verbindung zwischen den Hauptdecks, von Roosevelt- zum Kaiserdeck, vermittelt: Ein auf Schiffen bisher unerhörter Luxus! Gegenüber dem Damensalon liegt das nach dem Muster des berühmten Londoner Restaurant gleichen Namens bewirtschaftete Ritz'-Carlton-Restaurant, das seine eigenen Köche und Kellner, seine eigene Musikkapelle — den Ohrenschmaus für die gewöhnlichen Sterblichen, die nicht in fünfte-Avenue-Lage des Geldbeutels sich befinden, besorgt eine Stewardkapelle — und seine eigenen Vorrats- und Weinkeller mit sich führt: Hier können an kleinen Tischen für grosses Geld die üppigsten Mahlzeiten eingenommen werden; liegen doch Cognacs zu 75,— M. die Flasche unten bereit und dergleichen mehr! Dort werden die „juten jebratenen Jänse" effektiv mit „joldenen Jabeln jespissen" — ob sie davon besser werden, weiss ich nicht zu vermelden. Der Lichtschacht mündete gerade neben meiner Bude, und ich liess mir manchmal von dem gefälligen kleinen Kapellmeister das „Spinnerliedchen aus dem fliegenden Holländer" oder ein anderes Lieblingsstück aufspielen.

Ein Deck tiefer ist ein prächtig eingerichteter, mit bequemen Korbsesseln ausgerüsteter gummibelegter und teppichgeschmückter Vorplatz an die offene Galerie des schönen Lichtschachtes angelehnt, durch welchen der grosse Speisesaal, wieder ein Deck tiefer, seine Beleuchtung erhält. Auch ein Blumenladen findet sich dort.

Auf diesen beiden Decks, dem Washington- und dem Kaiserdeck, sind die Luxusappartements, Wohn- und Schreibzimmer, Schlafzimmer und eigenes Badezimmer mit Kloset, jedes verschieden vom anderen mit unerhörtem Prunke ausgestattet: Man glaubt sich in das vornehmste Hôtel an Land



auch die Herzarbeit in Mitleidenschaft ziehen. Dass diese funktionellen Störungen im Gefässnervensystem, bezw. die mit ihnen verbundenen häufigen Blutdruckschwankungen zu einer vorzeitigen Abnutzung der Gefässwand, zur Arteriosklerose führen können, welche eine weitere Erschwerung der Herzarbeit im Gefolge hat, darauf braucht nur hingewiesen zu werden, um die Bedeutung der Erregungen des Zentralnervensystems zu illustrieren. Im Hinblick also auf die Kardinalforderung, die Extrareize möglichst auszuschalten, ist der beste Aufenthalt für eine ganze Reihe von Herzkranken die Nervenheilanstalt, wo der Herz- und Nervenkrankheiten kundige Aerzte Praxis ausüben. Eine solche Anstalt muss vor Allem ein ruhiges, möglichst reizloses Leben garantieren. Dazu gehört, dass sie in einer klimatisch günstigen, schönen Gegend liegt und nicht dem Lärm einer Grossstadt ausgesetzt ist. Die Ruhe zu bestimmten Tagesstunden, und vor Allem zur Nachtzeit, muss unbedingt gewährleistet sein. Ein Anstaltsarzt darf nicht dulden, dass Patienten oder deren Begleitpersonen nach 10 Uhr ihr Zimmer aufsuchen.

Was die Geselligkeit betrifft, so soll sie ein gemütliches, aber kein lärmendes Gepräge tragen. Der Ruhe suchende Patient muss auch ausserhalb seines Zimmers unbelästigt durch Fragen und unerbetene Unterhaltung seiner Gesundheit leben können. Das lässt sich nur in Anstalten mit grossen Räumlichkeiten erreichen, wo die Patienten gesellschaftlich nicht zusammengepfercht sind und sich absondern können. In Berücksichtigung dieses Bedürfnisses habe ich u. a. eine Schweigehalle eingerichtet, wo Gespräche verboten sind, und wo die Patienten ohne Unterhaltung durch Andere die verordnete Liegekur gebrauchen können. Wer die menschliche Natur kennt, weiss, dass die Gefahr, hierdurch Trappisten zu erziehen, nicht gross ist. Neben der Schweigehalle darf es selbstverständlich auch nicht an Liegehallen fehlen, wo der Rede und fröhlicher Gegenrede gehuldigt wird. Als wesentliches Kur- und Heilmittel erfreut sich die Liegekur bei Lungenkranken längst der verdienten Anerkennung. Ich habe im Laufe der letzten 5 Jahre sie gerade bei Herz- und Nervenkranken sehr schätzen gelernt und wende sie systematisch an. Welche Schonung des Herzens durch Ruhelage sich erreichen lässt, ergibt sich aus folgender Berechnung*). Bei horizontaler Lage konstatiert man z. B. 65 Pulsschläge in der Minute, im Stehen 74. Dies gibt pro Tag, wenn man nur liegen würde, eine Ersparnis von 8640 Pulsschlägen, bezw. Herzkontraktionen. Wenn dies für den Gesunden gilt, wieviel mehr für den Kranken mit erregbarem geschwächten Herzen. Bei manchen Patienten habe ich zu Beginn der Kur eine regelmäßige Differenz von 30—40 Pulsschlägen beim Liegen und beim Stehen gefunden. Rechnet man nur 30 als Differenz, so spart das Herz eines solchen ruhenden Patienten 28 800 Kontraktionen in 16 Stunden. Diese Berechnung bedarf allerdings einer gewissen Korrektur, insofern das Herz bei horizontaler Lage mit etwas grösserer Kraft arbeitet, wie sich aus dem höheren Blutdruck ergibt. Dessenungeachtet dürfte der Kraftverbrauch ein viel geringerer sein, als beim Stehen.

(Schluss folgt.)

*) Nach F. A. Hoffmann „Allgemeine Therapie".

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

Sitzung vom 11. Dezember 1906.

Vorsitzender Herr Kümmell.

I. Demonstrationen: 1. Herr Preiser stellt einen 39-jährigen Patienten vor, der vor einem Jahr zwei Stufen verfehlte und fiel; er tat weiter Dienst, obwohl der linke Fuss anschwoll. Schmerzen hatte er nicht; im Januar erst, also nach zwei Monaten, kam er in Behandlung, wo durch das Röntgenbild eine Fractur des Talus, des Naviculare, des ersten und zweiten Cuneiforme und des zweiten Metatarsus konstatiert wurde. Der Patient tat den ganzen Sommer Dienst als Kassenbote weiter ohne Schmerzen und ohne Gangstörung. Im September schwoll der Unterschenkel an; beim Fensterputzen im Dezember 1906 trat, ohne dass er fehltrat, eine Luxation des Talusfragmentes lateralwärts von der Fibula ein. Der Patient tat seinen Dienst weiter. Der Unterschenkel ist brettbart infiltriert, der Fuss enorm verbreitert und geschwollen. Hautsensibilität intakt; die tiefe Sensibilität muss aber herabgesetzt sein, sonst würde Patient nicht umhergehen. Am Unterschenkel finden sich an den Knochen periostale und muskuläre Ossifikationen. Lues negatur; Empfindung für kalt und warm erhalten, kein Romberg, Pupillen reagieren, Augenhintergrund normal, Patellar-, Fusssohlen- und Achillessehnenreflexe fehlen beiderseits. Die Differentialdiagnose schwankt zwischen Tabes und Syringomyelie. 2. Herr Wichmann demonstriert einen Schlachthofangestellten, der sich nach einem Fall auf den Ellenbogen offenbar mit perlsüchtigem Material inficierte und nun das Bild einer Tuberculosis cutis verrucosa darbietet. Die angestellten Untersuchungen ergaben, dass 4 % aller am Ham-

---

versetzt, auf keinem Schiffe zu weilen, wenn man dieselben besichtigt. Allerdings kostet so 'ne Ueberfahrt in solchen Räumen auch 'ne Kleinigkeit mehr, als wir zumeist für acht Tage Reise anzulegen gewohnt sind; so seine 4000 M. etwa kommt der Spass zu stehen! Das ist gegen ca. 350 M., mit denen die — geringsten allerdings der — Erstkajütplätze bezahlt werden, ein netter Unterschied!

Ueber die Schiffsmitte hinaus nach achter liegt der bereits erwähnte Rauchsalon, von eigener breiter Gummitreppe aus erreichbar und hinter ihm sind wieder zwei Lauben (wie oben) angebracht, und dann ist durch lange Glaswände ein grosser Teil des Decks zu einem, nur nach hinten offenen Saale verwandelt, während an den Seiten vorbei das eigentliche „Promenadedeck" führt.

Der in Dunkel-Eichenholz gehaltene, mit rindsledernen Polster-Sesseln und Sophas versehene zweistöckige Salon bietet durch eingebaute Nischen, die gleichfalls eingebaute und mit einem ganz wundervollen Oelgemälde, einem alpinen Landschaftsbilde mit zwei darein hineinkletternden Bären, geschmückte Freitreppe einen zugleich anheimelnden und überaus vornehmen Eindruck. Nur schade, dass die strenge Befolgung des, einem irischen Jagdschlosse entlehnten Styles, den Rahmen teilweise etwas düster hat werden lassen, was durch Anbringung von Kacheln und Tellern an den dunklen Holzwänden zu bannen wäre: Wie belebend wirkt der gegenüber der Treppe eingebaute Backsteinkamin!

Die Promenadedecks haben noch allerlei lauschige Winkel und Erker und bieten einen mächtigen Laufplatz, den die Amerikaner im Geschwindschritt in drolliger Weise nutzen und der sich durch Abteilung der II. Klasse von der ersten nur wenig für beide verringert. — Auf Clevelanddeck befindet sich die riesige Küche mit ihren Anrichten.

Wieder ein Deck tiefer folgt der mit braunledernen Drehsesseln in hellgelben, mit grünem Streifen eingelegtem Holzrahmen ausgestattete, ganz weiss gehaltene Speisesaal: Sündhaft nur, dass hier die herrlichsten Holzschnitzereien aus Mahagoni und edle Bronzen übertüncht wurden mit Farbe, während anderseits der Silberlederbezug, mit dem die glatten Eisenträger umnäht sind, recht eigenartig nett wirkt.

Diesen Räumen I. Klasse entsprechen in der zweiten ebenfalls Speise-, Rauch- und Damensalon, jedoch weniger prunkhaft in der Ausstattung, mehr an die gewöhnlichen Schiffseinrichtungen erinnernd. Aber auch hier allenthalben Gummitreppen, nichts von den alten eisenbeschlagenen Kajütentreppen, an denen man sich früher, bei hohem Seegang besonders, die Schienbeine wund schlug und wie man sie naiver Weise noch heute auf unseren Rheinsalondampfern geniessen kann. Es wäre Zeit, wenn die „Köln-Düsseldorfer" 'mal an den New-Yorker Ferrybooten oder Hudsondampfern Studien anstellte. Allerdings, wer hinabtaucht ins Zwischendeck oder die auf diesem Schiffe eingerichtete III. Klasse, kann diese alten Schiffstreppen noch kennen lernen! Mittschiffs, auf fünf Decks

burger Schlachthof angestellten Leute inficiert sind. 3. Herr Wichmann stellt ferner zwei Fälle mit Lupus erythematodes vor, die erfolgreich mit Chinin und Röntgenbestrahlungen behandelt wurden. 4. Herr Wiesinger bespricht die von ihm geübte Methode bei Appendicitisoperation zur Verhütung von Bauchbrüchen, die jedoch im wesentlichen nur Verwendung finden kann, wenn primär genäht wird. Vier cm langer Schnitt in der Ileo-Coccalgegend, Durchtrennung der Fascie in der Richtung des Faserverlaufs, desgl. werden die Muskelschichten im Faserverlauf stumpf durchtrennt, und das Peritoneum nach einem kleinen Einschnitt mit dem Finger weiter eröffnet. Darauf eigentliche Appendektomie. Hierdurch glaubt der Vortr. einen Bauchbruch vermeiden zu können Vorstellung einiger Patienten. 5. Herr Ed. Arning stellt einen jungen Menschen mit Favus scroti vor (Mäusetypus), während 6. Herr Plaut im Anschluss hieran die morphologischen und biologischen Verhältnisse des Achorion Schönleinii bespricht. 7. Herr Kümmell stellt einen Patienten vor und zeigt die zugehörigen Röntgenbilder, bei dem er eine ausgedehnte Resektion und Plastik der Fusswurzel vorgenommen hatte. Reseziert wurde das untere Ende der Tibia, Fibula, Talus, Calcaneus und ein grosser Teil der übrigen Fusswurzelknochen. Um annähernd die menschliche Form zu erhalten, machte er nicht die Operation nach Wladimiroff-Miculicz, sondern er frischte die vordere Seite der Tibia und der Fibula an und setzte gegen diese die angefrischten Mittelfussknochen. 8. Herr Schmilinsky gibt die Krankengeschichte eines von ihm beobachteten Falles von Polycythaemie.

II. Diskussion über den Vortrag des Herrn Simmonds: „Ueber Anomalien der Form und der Lage des Magens und des Dickdarms", an der sich ausser dem Vortr. noch die Herren Kümmell und Aly beteiligen. Schönewald.

Standesfragen.

Von Dr. M. Cohn (Berlin-Charlottenburg).

Die Erkenntnis, dass den wirtschaftlichen Fragen, welche die deutsche Aerzteschaft bewegten, auch eine grössere Berücksichtigung in der ärztlichen Presse gebührt, hat dazu geführt, dass zwei ärztliche Blätter seit Beginn dieses Jahres eine Umwandlung erfahren haben. Das Organ des deutschen Aerztevereinsbundes, das ärztliche Vereinsblatt, hat eine besondere sozial-ärztliche Abteilung eingerichtet und als deren Leiter ist der durch vielfache Arbeiten in Standesfragen hervorragend geeignete Kollege Magen aus Breslau berufen worden. Da das Vereinsblatt jetzt wöchentlich erscheint, liegen bereits drei Nummern im neuen Gewand vor, die erkennen lassen, dass man den rechten Mann auf den rechten Fleck gesetzt hat; hoffentlich gelingt es Magen, dem Blatte die Bedeutung zu verschaffen, die ihm eigentlich zukommt, zu der es aber unter der bisherigen Leitung nicht gelangen konnte.

Auch der Leipziger Verband hat wohl eingesehen, dass seinem Blatte, den Aerztlichen Mitteilungen, neue Lebenskraft zugeführt werden müsse, um es vor allmählichem Absterben zu behüten. Er hat deshalb die Redaktion dem Kollegen Hellpach (Karlsruhe) anvertraut, der durch Besprechung ärztlicher Standesangelegenheiten in verschiedenen Organen, auch in der politischen Presse, gezeigt hat, dass er solche in wirksamer Form zu vertreten versteht. Seine Aufforderung an die Kollegen, alle ihm wichtig erscheinenden Fragen selbst zur Erörterung zu bringen, wird hoffentlich das Interesse an diesem Organ wesentlich beleben.

Welche Wirkung durch ärztliche Diskussion erzielt werden kann, zeigt der soeben zwischen dem Leipziger Verband und dem Norddeutschen Lloyd abgeschlossene Vertrag. Die Klagen, die über die Stellung der Schiffsärzte geführt werden, haben wir in diesen Blättern mehrfach besprochen; der neue Vertrag trägt allen wesentlichen Wünschen Rechnung. Als Gehalt wird den Schiffsärzten bezahlt im ersten Jahr 150 M., im zweiten 175 M., im dritten 200 M., nach fünf Jahren 250 M., nach zehn Jahren 300 M. pro Monat. Statt des üblichen Anrechts auf Getränke im Werte von M. 2 täglich erfolgt Auszahlung des betreffenden Betrages in bar. Der Schiffsarzt hat das Recht, für Behandlung krank an Bord kommender Kajütpassagiere erster Klasse unter Zugrundelegung der geltenden Gebührenordnung Honorar zu verlangen. Er hat den Rang eines ersten Offiziers und erhält dementsprechend Wohnung und Verpflegung, die Schiffsapotheke darf nicht mehr in der Arztkabine untergebracht werden. Die Urlaubsverhältnisse werden in bestimmter Weise geregelt, die Stellenvermittlung geschieht in erster Linie durch den Leipziger Verband. Ein ganz ähnlicher Vertrag ist mit der Hamburg-Amerika-Linie abgeschlossen worden.

Mit der Besserung der wirtschaftlichen Verhältnisse der Aerzte wird sich hoffentlich auch das Selbstgefühl, die Selbstachtung wieder heben. Vom Schwinden dieser haben wir leider in den letzten Jahren mehrfach bedauerliche Beispiele gesehen. Als Zeichen davon muss man es auch betrachten, wenn Badeärzte an solche Kollegen, von denen sie die Zusendung zahlreicher Patienten erhoffen, Weihnachtspräsente machen, worüber H. Oppenheim (Berlin) in einer Zuschrift an die Deutsche Medicinische Wochenschrift mit Recht Klage führt. Sicherlich sind auch zahlreiche Badeärzte nicht auf Rosen gebettet. Es gehört aber wirklich viel Geduld dazu, die Besuche dieser Herren zu empfangen und ruhig mitanzu-

---

verteilt, ist also das Hôtel I. Klasse. Mehr nach achter die II. Klasse, ganz hinten, und von Roosevelt abwärts III. Klasse und Zwischendeck, im Vorderschiff nur Zwischendeck.

In mächtigen, mit guten Kojen versehenen Schlafsälen zu mehreren hundert Personen, aber gut lüftbar und peinlich sauber gehalten, ist der Zwischendecker angstvoll drängende Menge zusammengepfercht, jüdische Küche ist gesondert eingerichtet. Die Anschläge der Schiffsvorschriften etc. sind deutsch, englisch, französisch, hebräisch, russisch, türkisch, polnisch etc. etc. vorhanden. — Durch Luken, welche von oben niedergelegt werden können, führen die Treppen nach dort unten. Die III. Klasse hat einen festen Treppenaufbau, einen Aufenthalts- und Speisesaal für schlechtes Wetter, eigene Bar, Bad — unglaublicherweise nur wenig benutzt! — für Männer und Weiber und Kabineneinteilung zu je 2—4—6 Betten. — Ganz hinten liegt die Steuerung eingebaut, ein Zahnhalbrad von ungeheurer Grösse, welches den Ozeanriesen lenkt, gehorsam seinem Steuer wie das kleinste Schiff.

Im Hinter- und Vorderschiff liegt je ein „Isolierspital", ein mit Betten, eigenem Bad und Klosett versehenes Abteil für den Fall, dass ansteckende Krankheiten an Bord ausbrechen und auf ihren Herd, die ersten Kranken, beschränkt werden sollten.

Mittschiffs an Backbord liegt der mit dem hochtrabenden Namen „Hospital" bezeichnete, für Männer und Weiber getrennt eingerichtete Raum, in welchem die Mannschaft verarztet wird, und Patienten geringerer Klassen Aufnahme finden können. Den Namen „Hospital" verdient der eigentlich nur mit Betten ausgestattete, in der bescheidensten Weise aber nur für ärztliche Maßnahmen jeder Art versehene Raum nicht so recht nach unseren heutigen Begriffen. Immerhin ist er vorhanden im Gegensatze zu seinem gänzlichen Fehlen in II. und I. Klasse!

Am Mannschaftsgang auf Franklindeck und bei den Mannschaftslogis, ein Deck tiefer, sind wir nun; gehen wir nach achter, so führt uns der Weg an dem Maschinenraum vorbei; wir steigen nach Clevelanddeck empor, wo die Bureaus der liebenswürdigen Maschineningenieure und dahinter die Schiffsdruckerei — denn wir verlegen ja ein eigenes Tageblatt an Bord! — sich befinden. Von einem der Herren geleitet, steigen wir hinab in den Raum, in welchem zwei herrliche Maschinen zu je 7500 PS in rasender Eile ihre Kolbenstangen emporwerfen und wieder anziehen. Wir bewundern die herrlichen Dynamos, Eis- und Kühlmaschinen, die Süsswasser- und Salzwasserpumpen und wollen eben dem heissen Raume den Rücken kehren, da weht uns eine kühle Brise fast die Mütze vom Kopfe: Unter dem hoch oben auf Deck die entgegenstemmende Luft einsaugenden Luftfang, der hier hineinleitet, stehend, merken wir erst, welch' unerhörte Bedeutung diese so einfachen sinnreichen Einrichtungen für die Erneuerung der Innenluft in den Schiffsräumen besitzen! Folgen wir dann noch der ungeheuren Schraubenwelle bis an ihr Ende in

hören, wie dieselben in devotester Weise die Ueberweisung von Patienten erbetteln. Die Schamröte muss einem wahrlich oft ins Gesicht steigen, wenn ein Arzt dem Arzt gegenüber sich derart erniedrigt, wie es leider nur allzu oft geschieht. Es wäre ein Verdienst aller badeärztlichen Verbände, wenn sie dieser für sie sehr wichtigen Standesfrage ihre Aufmerksamkeit zuwenden würden.

Mit Beginn des neuen Jahres erschienen sogleich die Ankündigungen ärztlicher resp. hygienischer Kongresse. Aeusserst wichtig und interessant dürfte die diesjährige Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten werden, die im Mai in Mannheim stattfindet und ausschliesslich der Frage der Sexualpädagogik gewidmet ist. Man will getrennt über die sexuelle Diätetik und die sexuelle Aufklärung im Elternhause, in der Volksschule, den höheren Schulen, der Fortbildungsschule diskutieren. Für jedes Gebiet sind hervorragend geeignete Referenten gewonnen. Von einer solchen Erörterung kann man wohl mit Bestimmtheit eine Förderung einer Frage erwarten, die Schulmänner, Aerzte, sowie Gebildete aller Stände in gleicher Weise bewegt. Auch der im Juni stattfindende Aerztetag, der das Thema der Erziehung der Schuljugend zur Gesundheitspflege auf der Tagesordnung hat, wird auf die Verhandlungen der Mannheimer Tagung Rücksicht nehmen müssen.

langem, schmalen Gange und lassen wir uns die Rettungsaustiege, die in engen Kaminen hochführen, um bei Gefahr die Maschinenmannschaft an Deck gelangen zu lassen, noch zeigen, und lassen wir dann das Herz des Schiffes, welches allein ihm Leben verleiht, denen, welche sich besser darauf verstehen, um uns nach den Provianträumen umzusehen. Mächtige Kühlkammern bergen die frischen Gemüse und Salate in stets gleicher Temperatur von einigen Grad Celsius; die Fische liegen in unter Null gehaltenem Raume für sich, ebenso das Fleisch, und der Weinkeller enthält eine Kellerbibliothek, die manchem das Auge feucht werden lassen mag! Das Restaurant hat für alles seine eigenen getrennten Räume. Treten wir dann noch unter den kolossalen Warenaufzug dort unten und schauen empor nach der Höhe, aus welcher er mit Ladung herabzuschweben pflegt, so ist uns, als blickten wir an einem hohen Kirchturm empor: Wahrlich, Dimensionen von solch' gigantischer Art, dass die Besichtigung dieses Zeugnisses von deutschem Unternehmungsgeist allein schon eine Reise lohnt! Wären wir nun im offenen Hafenbecken, so müssten wir Anker fallen lassen. Die sind vorne auf „der Back". An Kettlein, bei deren Abrollen die Glieder tönen wie Domglocken, sinken die zierlichen Dingerchen, deren jedes wohl eine halbe Waggonladung ausmacht, hinab ins Wasser, wenn sie gebraucht werden, getrieben von Dampfkraft, die sie auch später wieder einholt. An der Peer brauchen wir keine Anker fallen zu lassen.

(Fortsetzung folgt.)

Periodische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift. Nr. 52. 1906.

1. Hofmann, Köln: **Ueber die Dosierung und Darreichungsform der analgesierenden Mittel bei der Lumbalanaesthesie.**

Beobachtungen an über 120 Fällen haben die Tatsache ergeben, dass man bei der Lumbalanaesthesie mit dünneren Lösungen der Analgetica mit unverhältnismäßig kleinerer Dosis eine mindestens ebenso gute, wenn nicht bessere Anaesthesie erzielt, wie früher mit den grösseren Dosen. Es wurde Novokain benutzt und die Lösung meist selbst bereitet; 0,2 g Novokain (Pulver) wurden abgewogen, in einem sterilen Kölbchen mit 21 ccm gekochten destillierten Wassers gelöst, auf 20 ccm eingekocht und erkaltet, dann Zusatz von 20 Tropfen Suprarenin (1:1000); das gibt eine gebrauchsfertige 1%ige Novokainlösung, die auf jeden ccm 0,01 Novokain und einen Tropfen Suprareninlösung enthält. Die Einspritzungen wurden mit einer 10 ccm fassenden Recordspritze gemacht, nach vorheriger Durchstechung der Haut und des Ligam. interspinale mit einem feinen, spitzen Skalpell; injiziert wurde möglichst langsam, ohne noch Liquor cerebrospinalis abfliessen zu lassen, je nach Alter, Kräftezustand und auszuführender Operation, 5 bis höchstens 7 ccm der 1%igen Novokainlösung. Junge Individuen und ältere Leute, die, entgegen der Annahme anderer, der Giftwirkung am meisten ausgesetzt erschienen, erhielten die kleinsten Mengen. Beckenhochlagerung liess man niemals folgen, im Gegenteil leichte Elevation des Oberkörpers. Selbst bei der niedrigsten Dosis (0,05 Novokain) reichte die anaesthetische Zone gewöhnlich schon bis Nabelhöhe. Die unangenehmen Nebenerscheinungen waren wesentlich geringer als bei den höheren Konzentrationen. Was die Verwendbarkeit der Lumbalanaesthesie betrifft, so hält H. sie für am Platze, abgesehen von Extremitätenoperationen, bei typischen Abdominaloperationen (Gastrostomose, Anus praeternaturalis, Ovariotomie, Appendektomie), wo aber kompliziertere Verhältnisse zu erwarten sind, glaubt er im Interesse des Patienten, der besonders ein intensiveres Hantieren am Peritoneum als sehr schmerzhaft empfindet, die Allgemeinnarkose anraten zu müssen.

2. Erben, Prag: **Ueber das proteolytische Ferment der Leucocyten und die Autolyse normalen Menschenblutes.**

Auf Platten, die aus mit physiologischer Kochsalzlösung verdünntem Serum hergestellt waren, war Verdauung durch Leucocyten bei 37,6° in einigen Stunden deutlich zu konstatieren, intensiver anscheinend bei solchen aus leucaemischem als aus normalem Blut. Versuche auf gleichen Platten mit normalem Menschenblut liessen nach 25tägiger Autolyse bei 37,6° und 3tägiger bei 50° zwar keine Peptone, aber sicher Albumosen auffinden, womit die Autoproteolyse auch für normales Menschenblut nachgewiesen ist.

3. Kraus, Prag: **Zur Technik der Spirochaetenfärbung.**

K. empfiehlt Aufstrichpräparate nach Hoffmann-Halle durch Osmiumdämpfe zu fixieren, mit Giemsa zu färben und dann in 30%iger wässriger Tanninlösung zu differenzieren. Dadurch werden Farbenstoffniederschläge beseitigt; die Spirochaeten nehmen einen rötlichen Farbenton an und heben sich scharf vom Untergrund ab. So angefertigte Ausstrichpräparate empfehlen sich besonders zu Demonstrationszwecken und da, wo es sich darum handelt, gewisse Anhaltspunkte über die Menge vorhandener Spirochaeten zu gewinnen.

4. Stoffel, Heidelberg: **Die Pseudarthrose des Processus styloideus ulnae.**

Zwei Fälle, bei denen eine vor einem halben, resp. 20 Jahren stattgehabte Fraktur des Processus styloideus ulnae sich nicht konsolidiert hat; die Befunde wurden zufällig bei der Durchsicht von Radiogrammen gefunden. Durch die ihn umgebenden Bandmassen fixiert, steht der Processus mit der Ulna in beweglicher Verbindung. Im einen Falle war die Beweglichkeit des Processus auch bei der Palpation deutlich nachzuweisen; für die Funktion der Hand hatte die Pseudarthrose keine nachteilige Bedeutung. Die in den anatomischen Verhältnissen gegebenen Ursachen, die die Konsolidation des abgesprengten Processus mit der Ulna verhindern, werden eingehend erörtert; durch geeignete therapeutische Maßnahmen ist die Wirkung der von der Natur gesetzten, einer knöchernen Wiedervereinigung ungünstigen anatomischen Verhältnisse auszuschalten; bei entsprechender Verletzung ist ein die Skelettteile in geeigneter Weise gut fixierender Verband zu legen. Dies sollte stets geschehen, wenn auch nur ein leiser Verdacht auf eine Fraktur des Handgelenks hinweist; die Diagnose „Distorsion" des Handgelenks soll möglichst eingeschränkt werden.

5 Mennacher, München: **Perforation des Duodenum durch eine verschluckte Haarnadel.**

Ein sechsjähriges Mädchen verschluckte eine Haarnadel, ohne dass sich wesentliche Beschwerden einstellten; genaue Beobachtung während eines Monats liess eine Entfernung vermissen. Vier Monate später erkrankte das Kind einen Tag nach einem Fall mit peritonitischen Erscheinungen, die nach dem Befund als wahrscheinlich vom Wurmfortsatz ausgehend angesehen wurden. Nach Einlieferung auf die chirurgische Abteilung besserte sich das Befinden so auffällig, alle Symptome gingen völlig zurück, so dass von sofortiger Operation abgesehen wurde. Am andern Morgen bot das Kind das Bild einer allgemeinen Peritonitis; die sofortige



Operation bestätigte dieselbe und ergab als Ursache eine Perforation des Duodenums durch die Haarnadel. Die Autopsie zeigte neben der Perforationsöffnung noch Druck- und Arrosionsgeschwüre im Duodenum. Besonders bemerkenswert in dem Krankheitsverlauf ist die, eine Reihe von Stunden nach Eintritt des Durchbruchs erfolgte plötzliche Remission der vorher beobachteten schweren Symptome bis zu völligem Verschwinden derselben.

6. Mayer, Simmern: **Zur Höhe der Erwerbsbeschränkung nach Heilung eines Anus praeternaturalis.**

M. berichtet über eine Patientin, bei der bei Einklemmung einer Hernie ein Anus praeternaturalis angelegt werden musste, der aber zur völligen Ausheilung kam, worauf sich später ein Bauchbruch entwickelte, und erörtert die Abschätzungen der Erwerbsbeschränkung, wobei er sich gegen den Standpunkt ausspricht, dass ein Anus praeternaturalis als Siechtum aufzufassen sei, selbst wenn er durch Operation geheilt wird.

7. Lücke, Kolberg: **Angeborene Fingergelenksankylose.**

Zufälliger Befund bei einem Kinde, ein Interphalangealgelenk eines Fingers betreffend.

8. Jehle, Wien: **Ueber die Rolle der Grubeninfektion beim Entstehen der Genickstarre.**

Gegenüber einer Kritik durch Lindemann (Nr. 44 d. W.) motiviert J. nochmals eingehend seinen Standpunkt, dass der Herd der epidemischen Genickstarre in den Grubengebieten die Arbeitsstätte des Bergmannes ist.

9. Elken, Planegg: **Ueber die bildliche Darstellung von Lungenbefunden.**

Im Anschluss an die Arbeit Besolds-Falkenstein (Nr. 45 d.W.) beschreibt E. die in der Volksheilstätte Planegg übliche Methode der bildlichen Darstellung des Lungenbefundes; er schliesst sich dem Wunsche an, dass die Lungenheilstätten auf eine gemeinsame bildliche Darstellung des Befundes sich einigen sollen, wodurch eine leichte und schnelle Verständigung gegeben würde.

10. Siegel, Berlin: **Was wissen wir über den Vaccinaerreger?**

Polemische Bemerkungen zu dem Aufsatze Paschens in Nr. 49 d. W.

Paschen: Antwort auf diese Bemerkungen.

Nr. 1. 1907.

1. Pfaundler, München: **Ueber Wesen und Behandlung von Ernährungstörungen im Säuglingsalter.**

(Nicht abgeschlossen.)

2. Soltmann, Leipzig: **Die Säuglingssterblichkeit im Krankenhause.**

(Nicht abgeschlossen.)

3. Schlossmann, Düsseldorf: **Statistik und Säuglingsfürsorge.**

Wenn auch für die erfolgreiche Gestaltung des Kampfes gegen die Säuglingssterblichkeit gewisse Grundlagen unentbehrlich sind, in erster Linie Verbesserung des pädiatrischen Unterrichts und Vermehrung der für die Behandlung erkrankter Säuglinge besonders eingerichteten Anstalten, die zwei Grundgeboten: aseptischer Betrieb und Möglichkeit der Ernährung an der Frauenbrust, gerecht werden können, vorhanden sein müssen, so bietet doch die Entscheidung, welche Maßnahmen unter gegebenen Verhältnissen für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit die geeigneten sind, grosse Schwierigkeiten und kann nie schematisch getroffen werden; alles muss sich von Fall zu Fall den vorliegenden Bedürfnissen und Verhältnissen anpassen. Das Kumulieren der Todesfälle während der heissen Sommermonate ist etwas für das Säuglingsalter und seine Letalität typisches; auffälliger Weise ist aber dieser Sommergipfel an verschiedenen Orten des Deutschen Reiches ganz verschieden hoch; die Gefährdung, die der Säugling durch die Hitze erfährt, differiert in den verschiedenen Städten in sehr merkwürdiger Weise. So ergibt ein statistischer Vergleich der Verhältnisse in München und Düsseldorf, dass, obschon München über doppelt so viel Einwohner hat als Düsseldorf, obschon die gesamte Säuglingssterblichkeit in München wesentlich höher ist als in Düsseldorf, doch in Düsseldorf im August absolut fast ebenso viele Säuglinge sterben als in dem doppelt so grossen und an und für sich gefährdeteren München. Klimatische Unterschiede, Wohnungsverhältnisse etc. reichen für diese eigentümlichen Tatsachen zur Erklärung nicht aus. Als praktische Folgerung aus diesen statistischen Ergebnissen ergibt sich: in Düsseldorf muss die Sommersterblichkeit bekämpft werden, der Angriff ist gegen einen zeitlich bestimmten Punkt zu richten (eine „Flucht ins Freie" nach Meinert, ein Flusssäuglingsheim auf dem Rhein wird in Aussicht genommen); in München ist der Kampf gegen ganz andere, das ganze Jahr hindurch wirkende Momente zu richten. Interessante Ergebnisse gibt auch eine andere Statistik, die Geburtenhäufigkeit und Säuglingssterblichkeit für eine grössere Zahl deutscher Städte in Vergleich bringt. Dieselbe zeigt, entgegen der sonst geltenden Ansicht, dass diese beiden Faktoren keineswegs überall in direkter Beziehung stehen. Diese überraschende Tatsache findet zu einem guten Teil ihre Erklärung durch Heranziehung einer Statistik über die Höhe der ausserehelichen Geburten, die ja eine erheblich grössere Sterblichkeit aufweisen als die ehelichen. Geburtshäufigkeit und Illegitimitätskoeffizient üben einen bestimmenden Einfluss auf die Zahl der wieder absterbenden Säuglinge aus, bald in ein und derselben Richtung verhängnisvoll wirkend, bald gegeneinander sich die Wage haltend.

4. Essei, Bonn: **Die Mutterberatungsstelle und Säuglingsmilchküche der Stadt Bonn.**

5. Doerffler, Weissenburg: **Die Säuglingsfürsorgestelle in Weissenburg i. Bayern.**

Eingehende Darlegungen der Ziele, Einrichtungen, des Betriebes, der Erfolge der betreffenden Anstalten.

6. Fraenkel: **Der Nachweis des Toxins im Blute des Diphtheriekranken.**

Uffenheimer hat in mehreren Fällen durch Injektion von Blutserum von Diphtheriekranken bei Meerschweinchen toxische Erscheinungen auftreten sehen und daraus geschlossen, dass freies Toxin im Blute dieser Diphtheriker kreist, dessen schnelle Absättigung durch Heilseruminjektion besonders geboten erscheine. F. hat diese Versuche nachgeprüft, hat aber niemals die geringsten Veränderungen bei den Meerschweinchen gefunden, die auf eine örtliche Einwirkung des eingespritzten Serums hätten schliessen lassen. Er glaubt deshalb nicht, dass die Ansammlung des Giftes der Löffler'schen Stäbchen im Blute des von Diphtherie ergriffenen Menschen eine so erhebliche ist, um sich bei der Uebertragung kleiner Mengen des Serums auf Meerschweinchen zu erkennen zu geben. Von einer Verwendung des in Rede stehenden Verfahrens für praktische Zwecke kann nicht die Rede sein.

7. Klapp, Bonn: **Ueber Luftmassage.**

Mit Hilfe des Luftstromes lässt sich auf die Haut ein Druck ausüben, der eine sehr energische Hyperaemie zur Folge hat. K. hat einen ventilatorartigen Apparat konstruieren lassen, der einen starken Luftstrom erzeugt, der durch ein bewegliches Ansatzrohr beliebig hin- und hergeführt werden kann, und die Anwendung kalter oder warmer Luft ermöglicht. Die Einwirkung des Luftstromes auf die Haut ruft eigenartige, nicht gekannte Gefühle hervor, es ist eine richtige Massagewirkung, die sich aber von der bisher gebrauchten Handmassage dadurch unterscheidet, dass jede fühlbare Reibung wegfällt. Die starke Wirkung der reibungslosen Massage lässt sich überall da anwenden, wo bisher Handmassage für richtig gehalten wurde. Bei schmerzhaften Leiden, z. B. frischen Frakturen kommt die völlige Schmerzlosigkeit der Luftmassage besonders zu statten. Frische Frakturen können sofort der Luftmassage unterworfen werden, ohne dass man zu besorgen braucht, dass die reponierte Fraktur wieder in eine fehlerhafte Stellung zurückgeführt wird. Nach Entzündungen zurückgebliebene Infiltrate hat K. mit dem Luftstrom behandelt und in kurzer Zeit zum Schwinden gebracht. Durch schnell wechselnde Unterbrechungen des kontinuierlichen Stromes lässt sich auch mit dem Luftstrome eine Vibrationsmassage erzielen.

8. Kraus, Marburg: **Ueber die Beziehungen der Orbitae zu den Fossae pterygo-palatinae.**



Während die Beziehungen der Nebenhöhlen zu Erkrankungen der Orbitae eine eingehende Würdigung erfahren haben, sind die Fossae pterygo-palatinae bisher sehr stiefmütterlich behandelt worden. K. erörtert eine Reihe von Möglichkeiten, wie solche Beziehungen von wesentlicher Bedeutung, besonders durch die Verhältnisse der Fissura orbitalis inferior mit spezieller Rücksicht auf die Ableitung des venösen Blutes aus der Orbita gegeben sein können, und wie deren eingehenderes Studium vielleicht für manche noch dunklen Punkte der Ophthalmologie Klärung bringen könnte.

9. Burckhart und Polano, Würzburg: **Die Füllung der Blase mit Sauerstoff zum Zwecke der Cystoskopie und Radiographie.**

Eine cystoskopische Untersuchung kann gelegentlich daran scheitern, dass die Blase der Patienten entweder nicht die zur Cystoskopie nötige Minimalmenge von Flüssigkeit zu halten vermag, oder dass infolge von dauernder Blutung oder eitriger Absonderung die Flüssigkeit sich sofort trübt und ihre Durchsichtigkeit verliert. In solchen Fällen empfehlen Verf. die Entfaltung der Blase mit Gasen vorzunehmen, wozu am besten chemisch reiner, keimfreier Sauerstoff zu verwenden ist. Die Technik der Sauerstofffüllung ist eine sehr einfache; mittels Katheters wird die Blase entleert und dann durch denselben der Sauerstoff injiziert, den man aus einer Wasserstoffsuperoxydlösung gewinnt, in die eine als Katalysator dienende Kalium-hypermangan-Pastille kommt. Die Quantität des im einzelnen Falle nötigen Sauerstoffs lässt sich allgemein ebensowenig wie für Flüssigkeitsfüllung angeben. Das Verfahren soll die klassische Methode der Cystoskopie niemals ersetzen; es wird aber wohl in schwierigen Fällen die Cystoskopie erleichtern können.

10. Kromayer, Berlin: **Die Behandlung der gonorrhoischen Posteriocystitis seitens des praktischen Arztes.**

An Stelle der vorzüglich wirksamen, aber für den Praktiker Schwierigkeiten bietenden Höllensteininfiltrationen nach Guyon und Ultzmann empfiehlt K. für die lokale Behandlung der Posteriocystitis Einspritzungen von 2—3%igen Albarginlösungen mittels eines gewöhnlichen, graden Seidenkatheters mit Mercierscher Abknickung in folgender Weise: Der Seidenkatheter wird in die Blase eingeführt, der Urin entleert; dann spritzt man mit einer Spritze 5—20 ccm der Lösung ein, entfernt die Spritze vom Ansatz des Katheters, lässt einige Tropfen abfliessen, zieht den Katheter zurück, bis das Abfliessen der Lösung aufhört; dann befindet sich das Auge des Katheters sicher im Blasenhals, und nun werden nochmals 5—20 ccm injiziert. Als beste Konzentration der Lösung hat sich eine 3%ige ergeben, die sehr wirksam ist und keinerlei Reizerscheinungen macht; die Injektionen alle zwei Tage wiederholt, bringen die Posteriocystitis in ein bis zwei Wochen zur Heilung. Wo eine lokale Behandlung wegen zu grosser Schmerzhaftigkeit, die die Einführung eines Instrumentes nicht erlaubt, nicht möglich ist, empfiehlt sich Bettruhe kombiniert mit energischer Durchspülung mittels grosser Mengen Bärentraubenblätterthee (5—10 Liter pro Tag). Bei ambulanter Behandlung wird man für die interne Therapie zu den Balsamicis greifen müssen; hier hat sich K. ganz besonders das Santyl bewährt in grossen Dosen, bis zu dreimal täglich 60 Tropfen, das nie unangenehme Erscheinungen von Seiten des Magens hervorruft.

11. Isemer, Halle: **Zwei Fälle von Ohrschwindel, durch Operation geheilt.**

Beide Patienten hatten viele Jahre ohne besondere Beschwerden an chronischer Mittelohreiterung gelitten, hochgradiges Schwindelgefühl, das beim einen ganz plötzlich in apoplexieähnlichen Anfällen, beim andern in plötzlicher Verschlimmerung eines bestehenden leichten Schwindelgefühls einsetzte, führte sie in die Klinik. Bei der Totalaufmeisselung wurde neben ausgedehnter Karies in allen Mittelohrräumen dickes Granulationspolster um Ambos und in der Steigbügelgegend gefunden. Der Erfolg der Operation war in beiden Fällen ein sehr prompter und günstiger. Das plötzliche apoplexieähnliche Eintreten des Schwindels, die rapide Zunahme, der prompte Heilerfolg unmittelbar nach der Operation, stellen etwas Ungewöhnliches dar. Als Ursache des Schwindels ist wohl nur eine Drucksteigerung anzusehen.

12. Mann, Ludwigshafen: **Ueber Behandlung von Magen- und Darmblutungen mit flüssiger Gelatine.**

Einem Vorschlage Cohns folgend (Therapie der Gegenwart, 1905, S. 420) hat M. mehrere Fälle von Magen-Darmblutungen mit flüssiger Gelatine nach der dort gegebenen Anweisung unter Zusatz von 2 g Acid. citric. und 20 g Sir. cort. aur. auf 200 g Mixtur behandelt. Die Fälle betrafen Blutungen bei Ulcus ventrikuli, Typhus und Intestinaltuberkulose. Die Wirkungen der innerlich gereichten flüssigen Gelatine waren so prompte und eklatante, dass an dem ursächlichen Zusammenhang nicht zu zweifeln ist, und dass die Medication die weiteste Anwendung verdient. Selbst in der heissesten Jahreszeit hielt sich das Mittel während einiger Tage gut, und wurde von allen Patienten gern genommen.

13. **Karl v. Pfeufer.** Zur Erinnerung an seinen hundertsten Geburtstag. Von einem ehemaligen Assistenten.

Deutsche med. Wochenschrift. No. 52. 1906.

1. Sittmann, München: **Die Behandlung der Anaemien.**

Ersatz für die Verminderung des Gesamtblutes, wie sie am stärksten bei posthaemorrhagischen akuten und chronischen Anaemien auftritt, wird erzielt durch Transfusion menschlichen Blutes, oder durch subkutane Kochsalzinfusionen. Der Ersatz des Haemoglobins erfordert die Zufuhr von Eisen; da Fe. im Darme sowohl aus anorganischen, als auch aus organischen Verbindungen resorbiert wird, ist die Wahl des Eisenpräparates gleichgültig; wichtig ist nur, dass eine Störung des Appetits, Beeinträchtigung des Magens vermieden wird. Um Einfluss auf die blutbildenden Organe zu gewinnen, wird Arsen verordnet, innerlich am besten in Form der Fowlerschen Lösung, oder arsenhaltige Mineralwässer, subkutan als Natr. cacodylic. Für die Behandlung der Leucaemie kann mit Erfolg die Röntgenbestrahlung herangezogen werden. Eine wichtige Aufgabe bei der Behandlung der Anaemien ist die allgemeine Diätetik. Grosse Erfolge sind durch Schonung und Ruhe, am besten absolute Bettruhe durch mehrere Wochen, zu erzielen; ist dadurch Besserung des Blutbefundes erreicht, können Badekuren in Stahlbädern, an der See, im Gebirge angeschlossen werden. Die Ernährung soll eine reichliche sein, am besten gilt gemischte Kost unter reichlicher Verwendung frischer Vegetabilien, Gemüsen, Obst; die Verteilung der Nahrungszufuhr auf fünf Mahlzeiten am Tage ist zu empfehlen; als Eiweissträger dienen Fleisch und Eier in jeder Form, Fett wird als Butter und Oel zugeführt; Milch soll nicht in zu grosser Menge gegeben werden, Alkohol ist völlig zu entbehren. Die Regulierung der Darmtätigkeit ist von grosser Bedeutung. Hydrotherapeutische Maßnahmen sollen auf milde Applikationen beschränkt bleiben, Massage ist im allgemeinen zu entbehren. Allzu grosser Aktivität, therapeutischer Vielgeschäftigkeit soll man sich enthalten.

2. Albu, Berlin: **Zur Frühdiagnose des Magencarcinoms.**

Der Begriff „Frühdiagnose" beim Magenkrebs ist zu fassen als „Erkennung der Krankheit vor Nachweis eines palpablen Tumors". Von grosser Bedeutung hierbei sind Körpergewichtsverluste, welche in geringem, aber ununterbrochenem Maße weitergehen, trotz zweckmäßiger und reichlicher Ernährung. Ihre Konstatierung rechtfertigt die Annahme eines den Körperbestand schnell zersetzenden Krankheitsprozesses, wofür bei chronischen Erkrankungen nur das Krebsgift in Betracht kommt. Solch langsam, aber immer weiter fortschreitender Gewebszerfall lässt sich sowohl beim Fundus- wie beim Pyloruscarcinom bei sorgfältiger Beobachtung rechtzeitig erkennen. Die Magenfunktionsprüfung ergibt bei den beiden Formen verschiedene Resultate; beim Funduscarcinom anfangs gute Motilität, Fehlen der freien Salzsäure im schlecht chymifizierten, oft mit Blutstreifen durchsetzten Mageninhalt — also das Bild der atrophierenden chronischen Gastritis; beim Pyloruscarcinom dagegen frühzeitig herabgesetzte Motilität, überschüssige Salzsäuremengen im gut chymifizierten Nahrungsrückstande, also im wesentlichen das Bild der Pylorusstenose. Fortlaufende Ergebnisse der Magenfunktionsprüfung mit genauer Verfolgung des Körpergewichts lassen zuweilen eine wirkliche Frühdiagnose erreichen, wie an einigen, nachher durch die erfolgreiche Operation verifizierten Beispielen gezeigt wird.

3. Vogel, Dortmund: **Eine einfache Vorrichtung zur Unterstützung der Bardenhauerschen Extensionsbehandlung der Frakturen.**

Die zum Ausgleich der Dislokation des oberen Bruchstückes bei Oberschenkelfrakturen erforderliche starke Abduktion sichert Bardenhauer durch Leitung der Schnur des Extensionsverbandes über das Nachbarbett. V. gibt eine einfache Vorrichtung an, die am Bett des Patienten befestigt werden kann und diesem Notbehelf abhilft. Auch für die schräg nach oben gerichtete Extension des Armes bei Fraktur des Collum chirurgicum erweist sich dieselbe als brauchbar.

4. Barth, Berlin: **Ein neues Pharynxtonsillotom.**

B. hat die Vorzüge des Schützeschen Instruments, bei dem das Messer in einer schlittenartigen Führung, deren Krümmung der des Ueberganges des Rachendachs in die hintere Rachenwand entspricht, gleitet, mit der Handlichkeit des Beckmannschen Modells zu vereinigen gesucht, indem er unmittelbar unterhalb des viereckigen Rahmens das Instrument auf die Breite eines Stieles verschmälerte. Diese Verschmälerung gelang, nachdem das Messer durch einen besonderen Spiraldraht, welcher sich um winklige Biegungen herumführen lässt, ohne dabei die Fähigkeit gleichmäßigen Gleitens zu verlieren, vor- und rückwärts geschoben werden kann. Mit diesem Instrument kann nur das abgetrennt werden, was innerhalb des Rahmens zu liegen kommt; deshalb sind gröbere Schleimhautverletzungen der Umgebung und tiefer greifende Verletzungen der Unterlage der Wucherung ausgeschlossen.

5. Martin, Magdeburg: **Zur Technik der Saugbehandlung bei Nasenleiden.**

M. empfiehlt eine Glasolive, die mit einem Rezeptaculum versehen und mit einem Stiel armiert ist, mit dem der Patient sie fest gegen den Rand des Nasenlochs drücken kann; dadurch wird leicht luftdichter Abschluss herbeigeführt; zudem ist der Sauger leicht zu sterilisieren.

6. Klose, Strassburg: **Ueber komplizierende haemorrhagische Diathesen bei Scharlach, nebst Bemerkungen zur Gelatinetherapie.** (Schluss aus Nr. 51.)

Ausführliche Darlegung eines Scharlachfalles, bei dem sich an ein leichtes petechiöses Exanthem eine schubweise exazerbierende und remittierende haemorrhagische Diathese anschloss. Durch den exquisit chronischen Verlauf in bisher als gutartig bekannten Formen wurde dem Organismus die Fähigkeit geraubt, die infolge In- und Extensität der Blutungen gesetzten Alterationen zu regenerieren, so dass er an irreparablen Schädigungen zu Grunde ging. Die Modalitäten des Eintritts und die Reihenfolge der haemorrhagischen Affektionen ergibt die Berechtigung, sie in den fundierten Begriff einer Scharlachkomplikation einzureihen, andererseits die symptomatologische Zusammengehörigkeit der essentiellen wie secundären haemorrhagischen Diathesen. Sehr bemerkenswert war der glänzende symptomatische Effekt subkutaner Gelatineinjektionen.

Nr. 1. 1907.

1. Fraenkel, Berlin: **Die Behandlung der exsudativen Pleuritis.**

Der im Beginn vorherrschende Schmerz wird bekämpft durch Narkotica, Kälteapplikation, event. Schröpfköpfe. Der fortschreitenden Ausschwitzung Einhalt zu tun, kann nur die künstliche Entleerung des Exsudates dienen. Der Punktion hat eine Probepunktion vorauszugehen, die die Stelle fixiert, an der der zur Entleerung dienende Troicart eingestochen werden muss, die bequem Aufschluss über die Natur des Ergusses gibt, und die noch den weiteren Vorteil hat, dass bisweilen sie allein die Resorption in energischer Weise anregt. Zur Feststellung abgesackter Ergüsse ist die Probepunktion unentbehrlich. Die Thoracocentese und Aspiration wird entweder nach dem Heberverfahren oder mit Vacuumapparaten vorgenommen. Bei grossen Ergüssen punktiert man am besten bei Rückenlage in der Seite zwischen Mammillar- und vorderer Axillarlinie, rechts im vierten, links im fünften Intercostalraum; sonst wird im Rücken eingestochen, im sechsten bis achten Intercostalraum. Auch bei grossen Exsudaten soll man nicht mehr als 2—2½ l auf einmal entnehmen, unter allen Umständen aufhören, wenn nicht zu unterdrückende Hustenanfälle, starker Schmerz in der Brust auftreten, oder der Puls schwach wird. Nach der Aspiration empfiehlt sich die Verordnung von Diureticis, daneben Hautreize in Form von Jodapplikationen. Die Zahl der Kontraindikationen ist relativ gering; Herzkrankheiten, Lungentuberkulose haben nicht unbedingt als solche zu gelten. Vorgeschrittene Lungentuberkulose, sonstige ulceröse Prozesse mahnen zu grosser Vorsicht; bestimmte Tumorbildungen der Pleura werden durch Punktionen ungünstig beeinflusst. Die Thoracocenthese soll frühzeitig vorgenommen und nicht mehr wie früher die Indikatio vitalis abgewartet werden. Der Frühentleerung der Ergüsse ist es zuzuschreiben, dass auf Schwartenbildung beruhende Schrumpfungszustände der Lunge nach Pleuritis zu einem relativ seltenen Vorkommnis zählen. Verhältnismäßig lockere Adhaerescenzen, die sich auch nach der Frühpunktion bilden können, sind einer allmählichen Dehnung durch methodische Atemgymnastik leicht zugänglich.

2. Jürgens, Berlin: **Ueber typhusähnliche Erkrankungen.** (Nicht abgeschlossen.)

3. Pels-Leusden, Berlin: **Ueber Sehnengeschwülstchen bei Kindern.**

Zwei Fälle von Stellungsanomalie des Daumens mit dem Symptom des Schnellens bei Kindern, als deren Ursache die Palpation einen Knoten in der Sehne des Flexor pollicis longus ergab; die Operation zeigte eine spindelförmige, in der Substanz der Sehne gelegene Anschwellung. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um einen Prozess handelte, der mit den Gefässen in direktem Zusammenhang steht, sich teilweise auf die Bildung von Gefässschlingen beschränkt, teilweise zur Bildung eines lockeren, adventitiellen Bindegewebes im Bereiche der jüngeren Gefässe führt; ein entzündlicher Prozess und Tuberkulose liessen sich ausschliessen. Therapeutisch kommt allein die operative Entfernung dieser leicht diagnostizierbaren Verdickungen in Betracht, die bei nötiger Vorsicht Gefahren nicht bietet, dabei aber ein sicheres und dauerndes Heilresultat gibt.

4. Landois, Greifswald: **Ein Beitrag zur klinischen und forensischen Beurteilung der chronischen Meningoencephalitis tuberculosa.**

Die Tuberkulose der weichen Hirnhaut tritt in dreierlei verschiedener Form auf: Durchsetzung der Leptomeninx mit submiliaren und miliaren Tuberkelknötchen, Solitärtuberkel der Pia mater, Meningoencephalitis chronica tuberculosa. Bei der letzteren Form kommt es zu einer circumscripten herdförmigen Entzündung der Pia an der Convexität, meist im Bereich des motorischen Rindenzentrums; die weiche Hirnhaut wird stark verdickt, Exsudat häuft sich nicht an; infolge der schlechten Ernährung kommt es allmählich zu einer Zerstörung der daruntergelegenen grauen Hirnsubstanz; erst wenn diese stärker gelitten, tritt die bis dahin völlig schleichend verlaufende Krankheit in die Erscheinung unter den Symptomen einer schnell auftretenden Lähmung oder partiellen Epilepsie. L. berichtet über den Autopsiebefund eines solchen seltenen Falles. Der betr. Patient, der früher an Krämpfen gelitten haben soll, erkrankte nach einem Fall auf den Hinterkopf mit heftigen Kopfschmerzen und ging in wenigen Wochen unter Erscheinungen einer tuberkulösen Meningitis zu Grunde. Die Autopsie ergab neben älteren tuberkulösen Prozessen in den Lungen und im Darm interessante Veränderungen an den Hirnhäuten. An der Basis findet sich am Chiasma und an der Brücke dickes eitriges Exsudat der weichen Hirnhaut, in den Fossae Sylvii ist sie mit glasigen miliaren Knötchen durchsetzt. Die Konvexität zeigt rechts an einer zweimarkstückgrossen Stelle Dura und Pia fest verwachsen; letztere ist in eine narbige, undurchsichtige fibriöse Platte verwandelt, unter der eine Unterscheidung der Sulci und Gyri nicht möglich ist. Die Deutung der Befunde muss offenbar die sein, dass von den Herden der Lunge aus die tuberkulöse Convexität meningitis erzeugt wurde; diese entwickelte sich in sehr langsamer Weise, zeigte keine Neigung zur Verkäsung, sondern führte zur Narbenbildung, in die Teile der Grosshirnrinde hineinbezogen wurden. Durch das Trauma ist die latente Tuberkulose der Hirnhaut wahrscheinlich wieder manifest geworden und hat zu der frischen basalen Meningitis geführt, der

der Patient erlag. Vom forensischen Gesichtspunkte ist der Fall besonders interessant, da er zeigt, dass eine bis zum Verschwinden aller Symptome geheilte tuberkulöse Gehirnhautentzündung durch ein Trauma wieder auffIackern und in ein akutes tötliches Endstadium übergeführt werden kann.

5. Pfister, Heidelberg: **Beitrag zur internen Behandlung der Appendicitis.**

(Nicht abgeschlossen.)

6. Jacoby, Göttingen: **Zur Frage der mechanischen Wirkungen der Luftdruckerniedrigung auf den Organismus.**

Der Einfluss des vermindernden Luftdrucks auf die Gelenke und Bewegungsvorgänge wird meist als zu gering angesehen, als dass ihm eine praktische Bedeutung beizumessen wäre. Es ist jedoch anzunehmen, dass auch ein geringes Auseinanderweichen der Gelenkflächen bei Herabsetzung des Druckes reflektorisch zu der Tendenz eines Ausgleiches durch Muskelzug führen wird; die dadurch veranlasste allgemeinere gesteigerte Inanspruchnahme von Muskelarbeit, die sich bei der mangelnden O.-Versorgung in grösseren Höhen doppelt bemerkbar macht, dürfte einen Teil der auf letztere allein bezogenen Erscheinungen der Höhenkrankheit verursachen. In geringeren Höhen ist von der Verminderung des Druckes, infolge der geringeren Pressung der Gelenkflächen aufeinander, eine Erleichterung der Bewegungen zu erwarten, wie sich das auch in dem Gefühl der grösseren Bewegungsfähigkeit, wenn man zu Höhen von 1000—2000 m emporsteigt, ausprägt. Wichtig für den Organismus erscheint aber ein direkter physikalischer Einfluss der Luftdruckverminderung auf Atmung und Zirkulation. Dass und wie ein solcher zu stande kommt, wird durch schematische Versuche gezeigt, die einen wichtigen Faktor, den Blutdruck in den arteriellen Gefässen, welcher durch die vom Luftdruck unabhängige Herztätigkeit unterhalten wird, berücksichtigen. Mit Herabsetzung des Luftdrucks tritt eine stärkere Füllung der Lungengefässe ein; das die Lunge durchströmende Blut verweilt länger in derselben. Das kann für das Lumen der Alveolen, für den Gaswechsel in ihnen, für die Dehnungsfähigkeit des Lungengewebes und die gesamte Blutverteilung im Körper nicht ohne Einfluss sein; die bessere Durchblutung der verschiedenen Teile der Lunge muss von wesentlichem Einfluss auf krankhafte Vorgänge in derselben sein. Auch auf den grossen Kreislauf kann eine Veränderung des Luftdrucks einwirken; eine Verminderung desselben muss eine Herabsetzung der gesamten Blutmenge im Arteriensystem, Sinken des Blutdrucks und eine entsprechende Blutansammlung im Venensystem herbeiführen. Der Einfluss der Luftdruckveränderung auf die Zirkulation im kleinen und grossen Kreislauf bietet eine Erklärung für eine grosse Zahl von Erscheinungen des mittleren Höhenklimas und dort beobachteter Heileffekte.

7. Pick, Prag: **Ueber akustische und optisch-motorische Folgeerscheinungen von Krampfanfällen.**

Während Reizerscheinungen im akustischen Gebiet, analog den Krampferscheinungen des epileptiformen Anfalls der Dementia paralytica, also einseitige Gehörshallucinationen, im Gefolge solcher Anfälle schon mehrfach beschrieben sind, sind Ausfallserscheinungen in jenem Gebiet als Folge paralytischer Anfälle bisher nur in Form gestörten Sprachverständnisses beobachtet. Bei der Häufigkeit der Hemianopsie, also des vollständigen Ausfalls in dem betreffenden Gebiet, ist es auffallend, dass etwas analoges im akustischen Gebiet bisher nicht zur Beobachtung gekommen. P. glaubt, dass das nur daran liegt, dass den Störungen des Gehörs zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet worden ist, und berichtet über einige eigene einschlägige Beobachtungen.

8. Engel, Budapest: **Ueber Röntgenschädigungen in der medicinischen Radiotherapie.**

Neben äusseren Läsionen durch Röntgenstrahlen und anatomischen Läsionen bestrahlter Organe kommen auch funktionelle Störungen, Fernwirkungen der Strahlen vor, die erst nach dem therapeutischen Gebrauch der Röntgenstrahlen in der internen Medicin eine grössere Bedeutung gewonnen haben. Hierher gehört das Auftreten von Kopfschmerzen, Schwindel, Unwohlsein, Schwächegefühl, wie es von mehreren Seiten beobachtet wurde. Besonders nach Bestrahlungen von Leukaemie und Pseudoleukaemie sind Symptomenkomplexe beobachtet worden, die als Toxaemie angesprochen werden müssen. E. berichtet über einen derartigen Fall, wo unter hohem Fieber, Diarrhoen, Herzschwäche, Kollaps der Exitus eintrat. Zur Vermeidung der durch Röntgenstrahlen bedingten Schädigungen soll man nicht länger als zwei Minuten bei 20 cm Lampenabstand bestrahlen, bei therapeutischer Bestrahlung exquisit harte Röhren gebrauchen; sorgsamer Schutz der Nachbarschaft bei möglichster Beschränkung der bestrahlten Fläche ist erforderlich; die Reaktionsfähigkeit des Kranken gegenüber den Strahlen muss sorgfältig überwacht werden: nach einigen Bestrahlungen sind Pausen einzuschalten und bei der mindesten unangenehmen Nebenwirkung die Behandlung auf längere Zeit einzustellen.

9. Cohn, Bern: **Ein Fall von paraurethraler Gonorrhoe.**

Krankengeschichte eines Patienten, der zunächst eine isolierte Gonorrhoe eines hinter dem Frenulum bestehenden Ganges acquirierte, von wo erst viel später die Urethra infiziert wurde; nach der Heilung Reinfektion von der während der ersten Erkrankung infizierten und noch nicht völlig geheilten Frau. Bemerkenswert sind die histologischen Ergebnisse, die die Untersuchung eines aus dem Gang exzidierten Knotens bot. Der Gang ist mit hochgeschichtetem Zylinderepithel ausgekleidet; dazwischen sind hier und da Inseln mit geschichtetem Plattenepithel eingelagert; auf diesem finden sich Gonococcen, während das zylindrische Epithel überall frei von demselben ist. Dieser Befund entspricht ganz dem von Bumm bei der chronischen Uterusgonorrhoe erhobenen. Danach ist anzunehmen, dass in einem ursprünglich mit Zylinderepithel ausgekleideten Organ durch die Invasion der Gonococcen eine Metaplasie zu geschichtetem Pflasterepithel zu stande kommt, dass dieses sich weiterhin wieder in normal aussehendes Zylinderepithel zurückverwandelt, und dass nur einzelne Stellen metaplasiert bleiben, auf denen die Gonococcen weiter vegetieren können; die wieder morphologisch normal gewordenen Zylinderepithelien haben wahrscheinlich eine Immunität gegen die Gonococcen, da sie trotz deren Vorhandensein im Lumen und auf den dicht benachbarten Epithelien von ihnen nicht attackiert werden. Warum einzelne Inseln von Pflasterepithel mit Gonococcen bestehen bleiben, ist nicht zu entscheiden; bei Ablauf der Gonorrhoe zur Heilung werden voraussichtlich auch diese Inseln wieder normales Epithel haben. Dass die chronische Gonorrhoe durch besonders tiefe Invasion der Gonococcen bedingt, resp. unterhalten werde, ist nach den Befunden Bumms und Verf.s nicht richtig; die Gonococcen fanden sich stets nur auf den Plattenepithelinseln. Dementsprechend gelingt es auch oft genug bei chronisch gonorrhoischen Prozessen, die Gonococcen definitiv zu beseitigen; wo dies Ziel nicht schnell genug erreicht wird, sind Gonococcenherde in unzugänglichen Krypten, Drüsengängen etc. anzunehmen, in denen aber auch nur eine an sich oberflächliche epitheliale Infektion vorhanden zu sein braucht.

10. Laqueur, Berlin: **Ueber Sauerstoffbäder (Sarasonsche Ozetbäder).**

Die Sauerstoffentwicklung erfolgt bei diesen Bädern in sehr feinen Bläschen, die kleiner sind als die im Kohlensäurebad vorhandenen, und somit vermöge ihrer grösseren Zahl einen erheblicheren mechanischen Reiz auf die Haut auszuüben im stande sind. Lebhaftes Gefühl des Prickelns gibt sich bei den Patienten kund, die Pulszahl kann in erheblicher Weise herabgesetzt werden, dagegen ist der Blutdruck weniger alteriert, als bei den Kohlensäurebädern. Mit diesen sind die Ozetbäder nicht ohne weiteres zu vergleichen. Der durch das lebhafte Moussieren ausgeübte mechanische Reiz auf die sensiblen Hautnerven, der reflektorisch auch auf die Herzaktion verlangsamend wirkt, ist wohl als das hauptsächlich wirksame Moment bei den letzteren anzusehen. Sie eignen sich besonders für neurasthenische Patienten, namentlich solche, die an Paraesthesien der Haut leiden; dann wegen der allgemein beruhigenden Wirkung für nervöse Aufregungszustände, Schlaflosigkeit; weiter sind sie mit Erfolg zu verwenden bei tabischen Paraesthesien, bei Herzkranken, besonders bei der Tachycardie. Die Technik des Bades ist sehr einfach; jede Badewanne kann benutzt werden; die Temperatur soll 34—32° C betragen. Im Wasser wird zunächst Natriumhyperboratsalz aufgelöst, alsdann steigt der Patient in die Wanne, worauf als Katalysator

wirkendes Manganborat zugesetzt wird; dann beginnt gleich ein lebhaftes Moussieren, das 15—20 Minuten anhält. Die Ozet-Bäder sind zu beziehen von L. Elkan, Berlin.

Berliner klinische Wochenschrift. No. 52.

1. Fränkel, Berlin: **Die Entwicklung der Lehre von der Ozaena.**

Nach dem Vorschlage F.'s ist seiner Zeit der Name Ozaena, womit man bis dahin jede Krankheit bezeichnete, die einen Gestank in der Nase erzeugte, auf die atrophierende Form des Katarrhs mit Borkenbildung beschränkt worden. Die Entstehung der Borken erklärte er bedingt durch den Zellreichtum, die Klebrigkeit, die der Eiweissgehalt in den Sekreten bedingt, und die Flüssigkeitsarmut der Absonderungen, die von dem darüberstreichenden Luftstrom ausgetrocknet würden; dazu trete dann noch ein Ferment, das die stinkende Zersetzung der Borken bedinge. Die gleichzeitig von anderer Seite aufgestellte These, dass eine Nebenhöhlenerkrankung die Ursache der Ozaena sei, ist durch ausgedehnte anatomische Untersuchungen widerlegt worden. Auch die weiter gemachte Annahme, die Ozaena sei eine Herderkrankung in dem Sinne, dass das adenoide Gewebe derjenige Teil der Nase sei, von dem die Erkrankung ausgehe, hat sich in diesem Umfange als nicht haltbar erwiesen. Ebensowenig die Lehre von der ursächlichen Bedeutung der Metaplasie des Epithels. Die Theorie von der rarefizierenden Ostitis ist wohl dahin zu modifiziren, dass der Knochen an der allgemeinen Atrophie teilnimmt; in gleicher Weise dürfte auch die als Ursache der Ozaena in Anspruch genommene Kürze des Septums eher als Folge der Atrophie anzusehen sein. Die bakteriologischen Forschungen bei der Ozaena haben noch keine definitiven Resultate ergeben; der Bacillus mucosus oder Bacillus ozaenae ist vielleicht identisch mit dem Friedländerschen Pneumococcus und dem Rhinosklerombakterium. Eine Fortsetzung der bakteriologischen Studien über den Ozaenaprozess ist aber dringend zu wünschen und wird vielleicht auch Klärung über die Uebertragbarkeit der Ozaena bringen.

2. Schütze, Berlin: **Ueber den forensischen Wert des Neisser-Sachsschen Verfahrens der Komplementablenkung.**

Eingehende Untersuchungen werden mitgeteilt, die dem Studium der Fragen galten: 1. Ist die Neisser-Sachssche Methode spezifisch? 2. Welche Vorzüge besitzt sie vor dem Uhlenhuth-Wassermann-Schützeschen Präzipitierungsverfahren? 3. Welche Nachteile, bezw. Fehlerquellen bietet die neue Methode der Komplementablenkung? 4. Inwieweit ist sie imstande, das bisherige Präzipitierungsverfahren zu ergänzen? Verf. fasst sein Urteil folgendermaßen zusammen: Die neue Methode erfordert einen mit quantitativen Laboratoriumsarbeiten vertrauten Untersucher; in seiner Hand ist sie, entsprechend den Angaben von Neisser und Sachs, genau so spezifisch wie das bisherige Präzipitierungsverfahren. An Empfindlichkeit ist sie diesem überlegen. Ueber die Verwendbarkeit für die forensische Medicin wird sich indessen erst dann ein endgültiges Urteil abgeben lassen, wenn sie längere Zeit vergleichend mit der bisherigen Präzipitierungsmethode an dem gleichen Material praktisch erprobt ist. Auf Grund der bisherigen Laboratoriumsexperimente kann jedenfalls den Gutachtern, welche Eiweissmaterial forensisch zu untersuchen haben, empfohlen werden, neben der Präzipitierungsmethode zum Vergleiche auch das Neisser-Sachssche Verfahren anzuwenden. Auf diese Weise wird sich dann in einiger Zeit ein sicheres Urteil über die praktische Zuverlässigkeit des Komplementablenkungsverfahrens für die gerichtlichen Sachverständigen erzielen lassen.

3. Bing, Kopenhagen: **Ueber die Blutdruckmessung bei Menschen.**

Bei Blutdruckuntersuchungen bezweckt man, den Blutdruck in der Aorta zu finden und sucht ihn zu bestimmen durch Messung des Enddrucks in der Art. brachialis. Es erscheint aber fraglich, ob man mit den Riva Roccischen Apparaten wirklich diesen Enddruck bestimmt, oder nicht vielmehr den Seitendruck. Zur Lösung dieser Frage hat B. eine Reihe von Versuchen vorgenommen, indem er beinahe gleichzeitig an beiden Seiten den Blutdruck mit Apparaten nach dem Prinzip von Riva-Rocci bestimmte, während der eine oder andere Arm durch thermische Einwirkungen gereizt wurde. Das Resultat der Untersuchungen lässt sich dahin zusammenfassen, dass der Druck, den man mit den üblichen klinischen Blutdruckapparaten misst, von dem Kontraktionszustand abhängig ist, in welchem die unterhalb der Kompressionsstelle liegenden Gefässe sich benndeu, so dass Veränderungen im Lumen dieser Gefässe imstande sind, eine Druckveränderung hervorzurufen, ohne dass eine entsprechende Veränderung im Aortendruck notwendigerweise stattfindet; mit andern Worten, mittels der genannten Blutdruckapparate wird nicht, wie man gewöhnlich annahm, der Enddruck in der Art. brachialis, sondern der Seitendruck in dieser Arterie gemessen. Diese Erkenntnis hat nicht nur ein theoretisches, sondern auch ein eminent praktisches Interesse; so z. B. in Fällen, wo man den Blutdruckapparat zur Schätzung des Nutzens therapeutischer Eingriffe auf die Zirkulationsorgane angewandt hat, hat man bisher entschieden falsche Schlüsse aus den Ergebnissen der Untersuchungen gezogen.

4. Schulze, Friedenau: **Zur Frage der Silberspirochaete.**

Auf Grund seiner Untersuchungen und denen anderer Autoren betrachtet Sch. es als feststehend, dass die Lues mit Sicherheit auf das Kaninchen übertragen werden kann, und dass in demselben, besonders in dem erfolgreich geimpften Auge, ebenso wie in den luetisch erkrankten Organen des Menschen, der Cytorrhyctes luis (Siegel) nachweisbar ist. Die Frage der Bedeutung der nach Levaditi gefärbten Silberspirochaeten unterzieht er einer eingehenden Erörterung, sucht die seinen früheren Ausführungen gemachten Einwände zu widerlegen, macht auf eine Reihe von schwachen Punkten in der Beweisführung der ihm gegenüberstehenden Autoren aufmerksam und kommt erneut zu dem Schlusse, dass die mittels der Silbermethode dargestellten mehr oder minder spiraligen Gebilde in syphilitischen und nichtsyphilitischen Organen als Gewebsbestandteile, und zwar in der Regel als Nervenendfibrillen zu deuten sind.

5. Lublinski, Berlin: **Die Schweigetherapie bei der Kehlkopftuberkulose.**

Schon vor 20 Jahren hat L. als wichtiges Postulat bei der Behandlung der Kehlkopftuberkulose absolutes Schweigen, womöglich mehrere Monate hindurch, aufgestellt und seiner Zeit über sehr günstige Resultate berichten können; er hat auch weiterhin diese Methode der Behandlung beibehalten, will sie aber nur bei den inneren Kehlkopftuberkulosen versucht wissen und empfiehlt daneben lokaltherapeutisch ausgiebige Anwendung der Anaesthetica.

6. Bickel, Berlin: **Die Pathologie, Diagnostik, klinische Bedeutung der Extrasystole des Herzens.**

Eine Extrasystole kann sowohl bei organisch gesunden als auch bei organisch kranken Herzen auftreten. Abgesehen von wenigen Ausnahmen bei völlig Gesunden, ist die Extrasystole der Effekt einer abnormen Reizung oder einer abnormen Anspruchsfähigkeit des Herzens auf normale Reize. Das Auftreten von Extrasystolen kann anknüpfen an gewisse Entwicklungsphasen (Pubertätszeit); venerische Exzesse, Masturbation können sie auslösen; die grösste Gruppe von Patienten, bei denen Extrasystolen beobachtet werden, umfasst die allgemeinen Neurosen, Neurasthenie, Hysterie; daneben können sie bei fast allen organischen Erkrankungen des Herzens beobachtet werden. Die klinische Bedeutung der Extrasystole des Herzens und auch der prognostische Wert ergibt sich daraus, dass die Extrasystole eine Erscheinung darstellt, die bald fast noch auf der physiologischen Breitengrenze steht, aber auch die Erlahmung des Herzmuskels ankünden kann. Auf Grund der neueren physiologischen Forschungen über die Herzbewegung wird der Mechanismus der Extrasystole eingehend klargelegt und erläutert, wie sich die charakteristischen klinischen Symptome dieser Herzarythmie: die vorzeitige kleine Arterienpulswelle, die Erscheinungen am Venenpuls, der verstärkte Spitzenstoss und der paukende erste Ton, die verlängerte Diastole mit ihrer Blutdrucksenkung und einer möglichen vorübergehenden Gehirnaemie und endlich die vergrösserte postkompensatorische Systole aus dem Mechanismus der Störung wie aus dem Angriffsort und der Angriffszeit des sie erzeugenden Reizes ableiten lassen.

Nr. 53.

1. Weil und Axamit, Prag: **Ueber freie Rezeptoren.**

Der Begriff der freien Rezeptoren wurde von Neisser und



Shiga eingeführt und an der Agglutinationsbehinderung von Typhusbazillen durch Typhusbazillenextrakte demonstriert. Den freien Rezeptoren ist in neuerer Zeit eine grosse Bedeutung für die Erklärung der Infektion und für diagnostische Methoden zugesprochen worden. Verf. haben Versuche angestellt über den Mechanismus der Bakteriolyseunterdrückung im Tierkörper, um zu untersuchen, ob vielleicht im Tierkörper freie Rezeptoren einen Einfluss haben Auf Grund dieser Experimente kommen sie zu dem Ergebnis, dass die Fähigkeit von Bakterienextrakten, die Immunkörperreaktion zu verhindern, nicht ihre Ursache in der Bindung des Immunkörpers hat, dass Bakterienbestandteile, welche nach Art von Rezeptoren (haptophore Gruppen) wirken, sich nicht nachweisen lassen, dass alle jene Anschauungen und Versuchsdeutungen, welche zu ihrer Erklärung freie Rezeptoren zu Hilfe nehmen, nicht einwandfrei sind.

2. Sitsen, Amsterdam: **Myasthenia gravis pseudo-paralytica.**

Bericht über Autopsieergebnisse eines Falles von Myasthenia gravis pseudo-paralytica, die im wesentlichen ergaben: kleine, frische Blutergüsse in Leber, Lunge, Hirnrinde; mit Haematin gefärbte Schollen in den perivasculären Lymphräumen im Pons (durch Formalin erstarrte Lymphe); Anhäufungen von Leucocyten in der Leber; geringe Milzvergrösserung mit spärlichen Follikeln, die lose geballt waren und viele polynucleäre Zellen enthielten; Vergrösserung der Nieren (Degeneration der Tubuli); Colloidstruma; Vermehrung der Leucocytenzahl im Blute. Eine Zusammenstellung der bisher erhobenen Sektionsbefunde bei dieser Krankheit (30 Fälle) zeigt, dass die positiven Befunde sehr gering sind. Am häufigsten sind Veränderungen des lymphatischen Systems gefunden worden. Es dürfte sich empfehlen, dem Verhalten zwischen diesem und der Myasthenia gravis pseudo-paralytica weiter nachzuforschen; doch sind dazu viel eingehendere makroskopische und mikroskopische Durchforschungen aller Organe notwendig.

3. Zupnik: **Die Beziehungen der Meningococcen zu den Gonococcen.**

Unter den Mikroben bestehen Komplexe, die als Gattungen zu bezeichnen sind, die sich dadurch auszeichnen, dass alle ihre Arten eine grosse Anzahl von morphologischen, mikrochemischen, kulturellen, pathogenetischen Merkmalen gemeinsam haben. Bei einer Anzahl derartiger, auf experimentellem Wege ermittelter Gattungen wurde die Spezifitätsbreite aller heute bekannten Gegenkörperreaktionen einer Prüfung unterzogen, der Präzipitine, Agglutinine, Bakteriolysine, Toxine und Antitoxine, wie Verf. nach eigenen und anderer Arbeiten zeigt. Daraus ergibt sich, dass jegliche, einer Infektionskrankheit sui generis spezifische Erscheinung der Gattung entspringt; spezifische Erreger von Infektionskrankheiten — von eigenartigen klinischen Krankheitsbildern —, von eigentümlichen pathologischen Veränderungen sind nur Mikrobengattungen, und nicht Mikrobenarten. Ihre letzte Ursache findet diese Erscheinung in der Gattungsspezifität aller bakteriellen Produkte. Für die Behandlung der kranken Menschen und Tiere ergeben diese Tatsachen eine neue therapeutische Grundlage, die sich am besten als gattungsspezifische Therapie bezeichnen lässt. Was speziell die Beziehung der Meningococcen zu den Gonococcen betrifft, so ist als feststehend zu betrachten, dass einerseits Gonococcen und andererseits Meningococcen gleichbeschaffene Agglutinine, Präzipitine, Toxine und Antitoxine produzieren, d. h. dass auch sämtliche mittels dieser beiden Arten bisher dargestellten Gegenkörper gattungsspezifisch sind. Es lässt sich voraussagen, dass auch die übrigen Bakterienarten, die durch kulturelle und mikrochemische Eigenschaften ihre Angehörigkeit zur „Gonococcengattung“ dokumentieren, im menschlichen wie im tierischen Organismus die nämlichen gattungsspezifischen Gegenkörper liefern werden. Es sind dies: der Laveran-Catrinsche Mumpscoccus, der Fraenkelsche Diplococcus conjunctivitis und der Pfeiffersche Diplococcus catarrhalis.

Aerztliche Rundschau. Nr. 52. 1906.

Mullert, Waren: **Zur Therapie des chronischen Alkoholismus.**

Gegenüber einer Arbeit von Simpson-London betont Verf., dass zur erfolgreichen Behandlung des chronischen Alkoholismus nur der Arzt geeignet ist, der unter allen Bedingungen überzeugter Abstinent ist. Eine Dauer der Kur von nur vier Wochen, wie sie dort gefordert wird, kann nie ausreichend sein. Am meisten Erfolg ist zu versprechen von einer monatelangen Kur in einer Trinkerheilanstalt und an diese sich anschliessend der Beitritt in einen der strengen Abstinenzvereine. Wo das nicht möglich ist, kann man gelegentlich, bei sehr sorgfältiger Auswahl der Kranken, wohl auch Erfolge mit einer Strychnininjektionskur, deren Hauptwirkung Verf. nicht als spezifische, sondern im hypnotischen Effekt begründet ansieht, verbunden mit einer ununterbrochenen psychischen Behandlung erzielen.

Neurologisches Zentralblatt. Nr. 1. 1907.

1. M. Bernhardt: **Zur Kenntnis der sogen. angeborenen Muskelschlaffheit, Muskelschwäche (Myohypotonia, Myatonia congenita).**

Bernhardt weist darauf hin, dass er schon früher darauf aufmerksam gemacht habe, dass bei peripheren Lähmungen auch in nicht gelähmt gewesenen Muskeln die elektrische Erregbarkeit geschwunden oder stark herabgesetzt ist. Er konnte zwei Fälle beobachten, bei denen plötzlich die Motilität gestört wurde an den Beinen und zugleich die elektrische faradische Reaktion an diesen ganz schwand, aber auch an den oberen Extremitäten sie nicht finden konnte, die Fälle gingen in Heilung aus. B. deutet sie als Polyneuritis, die von andern allerdings nicht in so frühem Alter gefunden wird (2½ Jahr und 9 Monate); besonders wenn keine Infektion vorhergegangen ist. Die Deutung der anatomischen Grundlage der von Oppenheim zuerst beschriebenen Myatonia congenita ist bisher nicht einwandfrei gelungen. B. gibt zu bedenken, ob nicht eine Polyneuritis in solchen Fällen in Frage kommt.

2. Pelz: **Ein Fall von genuiner Epilepsie mit darauf folgender Dementia paralytica.**

Bei dem Kranken bestand genuine Epilepsie seit dem 16. bis zum 33. Lebensjahre. Im Alter von 37 Jahren Beginn einer Paralyse, die 1905 manifest war. Bei dem langen Zwischenraum zwischen der Epilepsie und dem Ausbruch der Paralyse ist erstere nicht als Prodromalstadium der Paralyse zu deuten, sondern es handelt sich um zwei getrennte Erkrankungen. Der Fall gehört zu den seltenen Beobachtungen „successiver Kombination“.

3. Higier: **Schweissanomalien bei Rückenmarkskrankheiten.**

Fall 1. Anidrosis der unteren gelähmten Körperhälfte bei einem Fall, dessen Diagnose zwischen Sklerosis multiplex, Lues und diffuser Encephalomyelitis schwankte.

Fall 2. Anidrosis inferior bei zentraler Haematomyelie.

Fall 3. Anidrosis der rechten Rumpfhälfte und der r. oberen Extremität bei Syringomyelie.

Fall 4. Anidrosis inferior bei Sarcomatosis mit Compression des Lumbosacralteils.

Die Schweissbahnen konzentrieren sich in der medulla oblongata, durchziehen aber das Rückenmark in ziemlich kompliziertem Verlauf, um auch den sympathischen Grenzstrang zu passieren. Störungen können durch Affektion in den Centren des Rückenmarkes, in den Intervertebralganglien, dem Sympathikus, der Hirnrinde auftreten und sind sicher häufiger vorhanden, als sie gefunden werden. G. Flatau.

Bücherbesprechung.

Das Rhinosklerom. Von Dr. Max Toeplitz und Dr. Henry Krender New-York. — **Der erste Skleromfall in Schleswig-Holstein.** Von G. Heermann in Kiel. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten, begründet von Bresgen, herausgegeben von Heermann. IX. Band, Heft 1.) Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.



Die erste der beiden Arbeiten enthält eine kurze klinische und ausführliche histologische Beschreibung eines in New-York bei einer eingewanderten Galizierin beobachteten Falles von Rhinosklerom, die zweite den Bericht über den ersten in Schleswig-Holstein beobachteten Skleromfall, dessen Nachweis um so wichtiger ist, als Schleswig-Holstein bis jetzt als skleromfrei galt.

Das Sklerom ist eine zuerst in Galizien, später auch in Russisch-Polen, Ungarn usw. beobachtete übertragbare Infektionskrankheit, welche vor allem bei den in genannten Ländern besonders tief stehenden und schmutzigen untersten Volksschichten vorkommt. In Deutschland ist bisher ein Herd in Ostpreussen und in Schlesien festgestellt worden. Vermittler der Infektion sind wahrscheinlich die aus skleromverseuchten Gegenden stammenden galizischen nnd polnischen Saisonarbeiter, deren Gesundheitszustand bisher viel zu wenig beachtet wurde.

Das Rhinosklerom beginnt unter den Erscheinungen eines profusen Schnupfens. In den Choanen bilden sich auf der Oberfläche der Schleimhaut granulomatöse Wucherungen, seltener ist der Beginn mit gleichmäßiger Schwellung oder diffuser Infiltration des subcumösen Gewebes. Die Wucherungen ziehen sich zusammen, verhärten sich und verwachsen fest mit dem darunterliegenden Gewebe. Die befallenen Teile können etwa die Konsistenz eines harten Schankers erreichen. Der Prozess schreitet meist sehr langsam vor, er kann sich im Lauf der Jahre auf den Nasenrachenraum und die tieferen Luftwege und auf die äussere Haut der Nase und von Lippe nnd Wange ausdehnen, wo er zu schweren Verunstaltungen führen kann. In vorgeschrittenen Fällen findet sich meist ein charakteristischer, an Ozaena erinnernder Geruch.

Als Erreger wird ein von Frisch gefundener Kapselbacillus angesehen.

Die Therapie steht der widerwärtigen Erkrankung fast völlig machtlos gegenüber, die Prognose ist deshalb schlecht.

Der Forderung Heermanns nach staatlichen Vorbeugungsmaßregeln gegen die weitere Einschleppung und Verbreitung der Erkrankung kann im Interesse der Erhaltung unserer Volksgesundheit nur beigestimmt werden. Hölscher (Ulm).

Die Erkrankungen der Zungenmandel (mit Ausnahme der Tumoren). Von Dr. Leo Katz. Würzburger Abhandlungen, Bd. V, He t 12.

Unter Zungenmandel versteht man die Ansammlung von Follikeln auf dem Zungengrunde, sie bildet den Abschluss des lymphatischen Rings nach unten. Die Zungentonsille kann mit dem ganzen Ring gemeinsam, aber auch isoliert erkranken.

Die Untersuchung erfolgt mit langem Zungenspatel (Kirstein) oder dem Kehlkopfspiegel.

Die isolierte eitrige Entzündung der Zungenmandel ist oft die Folge des Eindringens von Fremdkörpern, die sich in dem weichen, zerklüfteten Gewebe leicht festsetzen. Häufig rückfällige entzündliche Erkrankungen im mittleren und höheren Lebensalter sind oft die Folge von harnsaurer Diathese.

Tuberkulöse Erkrankung der Zungentonsille ist nach den bisherigen Beobachtungen seltener wie der übrigen Tonsillen. Häufig ist ihre Erkrankung bei Lues, ebenso wird sie häufig bei Diphtheritis in Mitleidenschaft gezogen.

Symptome der isolierten akuten Entzündung der Zungenmandel: klossiges Gefühl beim Sprechen; heiserer Beiklang der Sprache bis zur vollständigen Heiserkeit, Schmerzen beim Schlucken, übler Geschmack und Geruch aus dem Mund, Uebelkeit und Fieber.

Häufig finden sich auch in stark zerklüfteten Zungenmandeln Pfröpfe.

Behandlung: Spaltung etwaiger Abszesse, Entfernung der Pfröpfe.

Sehr häufig kommt Hypertrophie der Zungenmandel vor, welche sich in Form von rohen Wülsten, die den ganzen Zungengrund oder Teile desselben einnehmen, darstellt.

Symptome: Fremdkörpergefühl im Halse, Schluck- und Räusperzwang, trockner Husten und zuweilen Schmerzen in der Gegend des Zungenbeins.

Behandlung: Entfernung mit Schlinge oder Tonsillotom.

Erwähnungswert ist eine Beobachtung des Verfassers, dass durch Blutungen aus einem Venenknoten der vergrösserten Zungenmandel Magenblutungen vorgetäuscht wurden.

Hölscher (Ulm).

Vier sagittale Schädeldurchschnitte in Bild und Wort als Erklärung zu den Gypsmodellen der Nasenhöhle und ihrer Nebenräume. Von Dr. O. Betz in Heilbronn.

Die sehr hübsch und aus haltbarem Material hergestellten Modelle kann ich aus eigener Erfahrung nur bestens empfehlen. Sie bilden ein ausgezeichnetes Hilfsmittel beim Studium und zur Orientierung in der Sprechstunde. Hölscher (Ulm).

Vermischtes.

Leipzig. Vom Vorstand des Wirtschaftlichen Verbandes geht uns folgende Mitteilung zu:

Die Gattin eines praktischen Arztes, der durch Geisteskrankheit dauernd erwerbsunfähig geworden und in einer Anstalt untergebracht ist, sucht für den 1. April d. J. oder später Stellung als Oberin zur wirtschaftlichen Leitung eines Krankenhauses, Klinik oder dergl., um für sich und ihre drei unmündigen Kinder eine neue Existenz zu gründen. Die Dame, die sich in der äussersten materiellen Not befindet, war früher bereits in solcher Stellung an grossen Krankenanstalten jahrelang tätig und kann darüber Zeugnisse aufweisen. Kollegen, welche imstande sind, hier zu helfen, werden dringend ersucht, sich mit Dr. Hartmann, Leipzig 60 in Verbindung zu setzen.

Patentnachrichten.

Anmeldungen.

K. 30784. Von einer Person zu bedienender zweirädriger Wagen für den Transport von Krankentragbahren. Hermann Friedrich Kunze, Limbach i. S.

B. 40337. Mit Stützarmen versehener Gürtel zur Sicherung des menschlichen Körpers in einer bestimmten Lage. Andrew Breslin und Joseph Lees, Summit Hill, Penns.

D. 16800. Sarg mit im Deckel befindlicher, durch eine verschiebbare Zierleiste zu verdeckender Glasscheibe. Adam Dux, Cassel.

M. 28679. Zweirädriger Krankenwagen. Paul Müllenmeister, Aachen.

A. 12125. Warmluftbläser. Max Aron, Berlin.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Der Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P. Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 11. Februar 1907. Nr. 6.

Die „Medicinische Woche“ erscheint jeden Montag und kostet vierteljährl. 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Die Anstaltsbehandlung der Herzkranken und ihre Indikationen.

Von Dr. med. **Theodor Büdingen**,

leitendem Arzt des Sanatoriums Konstanzerhof zu Konstanz-Seehausen.

(Schluss.)

Es gibt kaum einen Patienten in meiner Anstalt, dem die Liegekur im Freien, welche, abgesehen von den physikalischen und physiologischen Einflüssen, so viele erhebende psychische Momente vor dem Liegen im Zimmer voraus hat, nicht verordnet würde, und sei es auch nur für 1—2 Stunden am Tag, einerlei zu welcher Jahreszeit die Kur gebraucht wird. In den Tageseinteilungen meines Kurverordnungsbüchleins spielt die Liegekur eine grosse Rolle. Ein nicht geringer Teil der erfreulichen Erfolge, welche die Anstaltsbehandlung aufzuweisen hat, kommt auf ihr Konto. Fortgeschrittene Patienten lasse ich die Freiluftkur an schönen Nachmittagen auf einem der bequemen Bodenseedampfer machen.

Selbstverständlich muss in einer Anstalt dafür gesorgt sein, dass Alles, was zum Begriff der Krankenpflege gehört, vorhanden ist und dass auch die kleinen Aufregungen durch Unpünktlichkeit und mangelnde Sorgfalt des Personals in Wegfall kommen. Der Herzkranke soll sich ebensowenig um die Durchführung der ärztlichen Verordnungen, wie um die Verpflegung zu bekümmern haben. Dies muss ihm abgenommen werden. Hinsichtlich der Zulassung von Begleitpersonen und Besuchen muss der Anstaltsarzt streng sein. Auch allzuliebevolle und besorgte Verwandte muss er ausschliessen. Ebenso muss er für Ausschluss solcher Elemente, die sich nicht der Hausordnung fügen oder sie gar untergraben, rechtzeitig Sorge tragen. Das Alles gehört zur Kardinalforderung jeder Herz- und Nervenbehandlung, die Extrareize des Lebens, soweit sie von Aussen kommen, auszuschalten. Auf die endogenen Erregungen muss das beruhigende Wort des Arztes einzuwirken suchen. Auch die Psychotherapie lässt sich in einer Anstalt leichter durchführen.

Eine soweitgehende Schonung des erregbaren Herzens lässt sich in einem offenen Kurort meistens nicht erreichen und auf diesem Gebiet liegt die unbedingte Ueberlegenheit der Anstaltsbehandlung.

In dem Kapitel über die auszuschaltenden Reize muss noch der Missbrauch von Medikamenten und die Alkoholfrage berührt werden. Es ist fast unglaublich, mit welcher Menge differenter Mittel manche Kranken reisen. Der grösste Unfug wird mit dem gewiss an und für sich schätzenswerten, aber bei Herzkranken keineswegs unbedenklichen Veronal getrieben. In der Mehrzahl der Fälle nehme ich den Patienten diese Mittel weg und gebe Medikamente unter meiner Kontrolle nach Bedarf.

Was den Alkohol betrifft, so möchte ich ihn am Krankenbett nicht missen. In Fällen schwerster Herzinsuffizienz gehört er unbedingt zu den guten Mitteln. Ich gebe ihn nur als Arznei. Damit ist schon gesagt, dass er nicht auf den Mittags- oder Abendtisch kommt und auch nicht im verschwiegenen Zimmer zur feuchtfröhlichen Erquickung getrunken werden darf. Nur einige Ausnahmen lasse ich zu: Wer bis zu seinem 60. Lebensjahr an Weinkonsum gewöhnt war, oder wer ohne diese Altersgrenze überschritten zu haben, an chronischer Herzschwäche leidend früher beträchtliche Quantitäten Alkohol genossen hat, dem darf der Wein nicht sofort entzogen werden. In allen anderen Fällen muss die Verabfolgung von Spirituosen abgelehnt werden. Dies lässt sich nur dann erreichen, wenn die Verwaltung der ärztlichen Leitung untersteht. Zum Zwecke der fortlaufenden Beobachtung und Behandlung soll auf je 20 bis 30 Kranke ein fertiger Arzt, kein unerfahrener Assistenzarzt kommen. Ich habe diesen Grundsatz in meiner Anstalt durchgeführt und glaube, dass dies zum Vorteil der Patienten ist. Tägliche Konferenzen der Anstaltsärzte über jeden einzelnen Fall sichern die Einheitlichkeit der Behandlung. Der Anstaltsarzt, der ausserdem von einem gut geschulten Personal unterstützt wird, kann seine Patienten, wie Sie aus diesen Andeutungen entnehmen mögen, ganz anders in der Hand haben, als dies in offenen Kurorten überhaupt möglich ist. Dies gilt auch bei der Durchführung von Ernährungskuren zum Zwecke der Mästung von dürftigen Herzkranken und andererseits der Entfettung der Korpulenten. — In Fällen drohender oder schwerer Herzinsuffizienz kommt es darauf an, „temporäre Steigerungen der Funktion des Herzmuskels durch Luxusaufnahme von Nährmaterial“ zu verhindern, „denn was der Körper zuviel zersetzt, das kann er nur durch vermehrte Wärmeabgabe, also vermehrte Respiration und Zirkulation loswerden.“ In solchen Fällen empfehlen sich Milchkuren. Bei Komplikation mit Arteriosklerose habe ich gute Erfolge von Milch-Breikuren unter Ausschaltung des Fleisches gesehen. Derartige Kuren, die oft an Bedeutung die Bäderbehandlung übertreffen, lassen sich in Hotels und Pensionen nicht entfernt mit gleicher Präzision durchführen. Dasselbe gilt von der Ernährung herzkranker Diabetiker oder Nierenleidender mit beginnender Herzinsuffizienz.

M. H.! Ueber die Reize, die bei Herzkranken anzuwenden sind, sowie über den gegebenen Zeitpunkt ihrer Anwendung liessen sich Bücher schreiben und sind Bände geschrieben worden. Warum in dem einen Fall Medikamente gegeben werden, in dem anderen hydro-balneo- oder elektrotherapeutische Maßnahmen angewendet werden, das ist Sache des Wissens und der Erfahrung, das kann unmöglich in einem kurzen Vortrag abgehandelt werden. Eine Anstalt, in der Herzkranke behandelt werden, muss über alle diese Mittel, sowie über geschulte Kräfte verfügen, welche auf dem Gebiete der Massage, der Widerstands-, der schwedischen Gymnastik Bescheid wissen



und mit den Apparaten des zu einer solchen Anstalt gehörigen mediko-mechanischen Instituts nach ärztlicher Vorschrift umgehen können.

M. H.! So sehr ich die Bedeutung der übenden, aber irritierenden gymnastischen Behandlung anerkenne, so halte ich sie dennoch nicht für das notwendige Schlussstück in der Behandlung jedes Herzkranken. Wenn ein Patient, nachdem er eben eine Kompensationsstörung seines Klappenfehlers oder wiederholt eine schwere Insuffizienz seines Herzmuskels überstanden hat, von seinem ärztlichen Berater zur Kur in einen Badeort oder in ein Sanatorium geschickt wird und dort 4 Wochen bleiben soll, so kann er eventuell soweit gebracht werden, dass er wieder gehen kann, aber die Zeit ist zu kurz um irgendwie erheblicheren Anforderungen an seine Kraft genügen zu können. Dazu bedarf es einer längeren Zeit. Es wäre also in solchen Fällen verfehlt, wenn man, statt dem Patienten Schonung auch noch zu Hause anzuraten, ihn Widerstandsgymnastik treiben oder eine Terrainkur machen liesse. Für einen solchen Patienten kommt neben der Ruhe, der Bäderbehandlung und den anderen eventuell anzuwendenden Kurmitteln das übende Moment nur insofern in Betracht, als man seinen Spaziergang am besten an der Hand eines Schrittmessers vorsichtig verlängert. Wenn man in solchen Fällen mehr tut, so treibt man keine rationelle gymnastische Behandlung mehr, sondern man wirkt durch das Anspornen zu solchen Leistungen in ungünstigem Sinne suggestiv auf den Patienten ein, indem man, wie Ottomar Rosenbach dies so schön und treffend darstellt, „Vorstellungen hervorruft, die dem vertrauenden Patienten seine Beschwerden weniger empfindlich machen oder — und das ist die schädlichste Wirkung solcher exzitierenden Behandlungsmethoden — Willensakte auslöst, durch die im Vertrauen auf die anscheinend deutliche Macht der Therapie, der Organismus zu einer letzten höchsten Anspannung seiner Leistungsfähigkeit angespornt wird. Dieser ephemere Erfolg erweckt dann gewöhnlich auch bei einem skeptischen Kranken den Glauben, dass ihm wirklich neue Kräfte eingeflösst seien, während in Wirklichkeit die grössere Leistung nur eine Verschleuderung des noch vorhandenen Restes von Energie durch eine starke Willensaktion bedeutet.“ „Dies hat der Verlauf so vieler Fälle von unvorsichtig gehandhabten gymnastischen-, Terrain- und Entfettungskuren bewiesen. Die Katastrophe tritt nach kurzer Periode subjektiver Besserung plötzlich und hoffnungslos ein. Das Organ, das bei mäßigen Leistungen den Körper noch jahrelang erhalten hätte, versagt jede Kompensation.“

In der Mitte zwischen übender und schonender Behandlung des Herzmuskels steht die Balneotherapie. Dies gilt besonders für die Kohlensäurebäder, in gewissem Sinne auch für die Wechselstrombäder, die sich mehr und mehr einer verdienten Anerkennung erfreuen. Auf die Theorie ihrer Wirkung, welche vorzugsweise eine herzübende ist, habe ich in einer in Gemeinschaft mit Dr. Geissler verfassten Arbeit hingewiesen und die in meiner Anstalt damit gemachten Erfahrungen mitgeteilt, die Indikationen und besonders auch die Kontraindikationen besprochen. Am besten bewährten sich die Wechselstrombäder nach abgelaufener akuter oder bei und nach chronischer Myocarditis mit und ohne vorhandene oder zurückgebliebene Aktionsstörung des Herzens. Ein Blutdruck über 150 bis 160 mm Hg sollte meistens ihre Anwendung ausschliessen.

Sehr zufrieden war ich auch mit den Wechselstrombädern in jenen keineswegs seltenen Fällen, wo leichtere Insuffizienzerscheinungen des Herzens auftreten, ohne dass in der Anamnese irgendwelche Anhaltspunkte für eine Herzmuskelentzündung oder bei der Untersuchung Klappenfehler, arteriosklerotische Prozesse oder Anaemie aufzufinden wären. Ob hierbei das Gefässnervensystem eine Rolle spielt, lasse ich dahingestellt. In diesen Fällen sind die Wechselstrombäder den Kohlensäurebädern unbedingt überlegen. Eine Erklärung dafür dürfte in der Beobachtung Grützners zu finden sein, dass intermittierende Ströme die Gefässarbeit anregen und unterstützen. Ich hoffe, m. H., Sie haben aus meinen Ausführungen nicht den Eindruck gewonnen, dass das Wesen der Anstaltsbehandlung in der Anwendung eines bestimmten Mittels oder einer bestimmten Balneotherapie besteht. Kohlensäure- oder Wechselstrombäder sind Schlagworte für das grosse Publikum, das einen Fetisch braucht. Wer sorgfältig beobachtet und über seine Behandlungsweise sich strenge Rechenschaft zu geben pflegt, hinter dem liegt in wesenlosem Scheine der Glaube an Allheilmittel; ein solcher Arzt weiss, dass ein kranker Teil des so komplizierten menschlichen Organismus immer andere Teile in Mitleidenschaft zieht und dass man nicht von einem Punkte aus einen in Unordnung geratenen Mechanismus in Angriff nehmen darf. Diesem Postulate entspricht eine rationelle Anstaltsbehandlung. Sie berücksichtigt neben der Behandlung des insuffizienten Herzmuskels durch geeignete Mittel das Nervensystem des Patienten und die Alterationen seiner Gefässe, sie sorgt für Ruhe, geeignete Diät, Hautpflege und bestimmt das zulässige Maß von Bewegung. Sie hat die weitere Aufgabe, darauf hinzuwirken, dass der Patient die Grenzen seiner Kraft kennen und achten lernt, sie gibt die Anweisung, wie das künftige Leben im Bereiche der Möglichkeit zu gestalten ist.

Gestatten Sie mir noch kurz auf die Indikationen für die Anstaltsbehandlung einzugehen.

Feuilleton.

Eine Reise auf der „Amerika“ nach Amerika.

Von Dr. **Clemm**-Darmstadt.

(Fortsetzung.)

Ich glaube, ich habe nur noch der Stahlmasten zu gedenken, die nur mehr als Stützen für die drehbaren Hebebäume und die Befestigung der Flaggen und Wimpeln dienen. Segel tragen dieselben leider nicht mehr: Es ist doch ein gar zu stolzer Anblick, solch' einen Fünfmaster unter voller Leinwand die See furchen zu sehen; messerscharf schneidet er durch die Wogen, in seinen schlanken Linien, ohne Aufbau, weit eleganter auf dem Wasser liegend, als die beträchtlich plumper aussehenden Dampfer. Freilich mag manche darüber gehende Sturzsee dem darauf Befindlichen die Poesie bald aus den Knochen schlagen!

„Wer kennt die Völker, nennt die Namen, die gastlich hier zusammen kamen!“

Es ist ja nicht gerade schön, so unbedingt für längere Zeit auf Reisegenossen angewiesen zu sein, die uns oft unsympathisch sind; denn die Unangenehmen darunter verekeln uns oft genug das Zusammensein mit den Netten. Aber der Betrieb unter solcher Reisegesellschaft ist interessant zu beobachten: Die amerikanische Spielwut wird von gewerbsmäßigen Falschspielern, vor denen im Rauchsalon angeschlagene Plakate warnen, ausgenutzt; ihre Wettsucht kommt im „Pool“ zum Ausdruck, wenn Abend für Abend die zu erwartende Meilenzahl von einem Kerl, der als Ausrufer für eine Messbude seine Schulung empfangen zu haben scheint, ausgeboten wird zur Wette, und ein „Comité“ eifrig notierender Genossen um ihn herum sitzt, mit einer Feierlichkeit, als gelte es kein blödsinniges, für den denkenden Menschen völlig reiz- und verständnisloses Geldverplämpern für den blinden Zufall, sondern eine Arbeit geistiger Art. Es werden, wenn das Schiff z. B. rund 400 Meilen am Tage läuft (wir machten zwischen 324 und 435, je nach Seegang, Golfstrom und Wind: Mit Wind und Strom viel, dagegen bei rauher See und gegen Wind und Strom weniger), 20 Nummern von 400 – 420 versteigert; ausserdem was darüber und darunter ist, als je eine. Setzt also Jemand auf 403 und das Schiff läuft zufällig so viel, so hat er den ganzen „pool“ gewonnen, läuft das Schiff unter 400, so ist der Sieger, welcher die Nummern darunter gekauft hat etc. Auf eine Zahl werden oft 40, 50 Dollars geboten, so dass der Gewinner Tausende von Mark ohne auch nur den Schein eines Verdienstes, einer geistigen Arbeit, davonträgt, die andere Narren ebenso töricht zusammengesteuert haben: Das Abend für Abend zu erleben, hat etwas Anwiderndes und Ekelhaftes. Da ist das Wetten



Die Beantwortung der Frage, ob Anstalt oder Kurort, richtet sich nicht nur nach der Schwere der Herzerkrankung, sondern, worauf ich bereits hingewiesen habe, nach der Beimischung von Nervosität zur Grundkrankheit und nicht zum wenigsten nach dem Temperament und Charakter des Kranken. Die leicht Verstimmten, die apathisch Nervösen unter den Herzkranken eignen sich mehr für den Kurort, wo sie Zerstreuung finden, die überreizten, erregbaren, welche der Ruhe bedürfen, gehören in die Anstalt, wo die Reize des Lebens möglichst gedämpft und vermindert sind. Wer ängstlich jedes Symptom seines Leidens beachtet, wer gewissenhaft alles einhält, was ihm verordnet wird, wem die Bewertung seines leidenden Zustandes über die Lockungen, Reize und geistigen Genüsse des Lebens geht, der bedarf, wenn nicht die Schwere der Erkrankung Krankenhauspflege verlangt, nicht der Anstaltsbehandlung. Hingegen die Optimisten, die nach der kleinsten Besserung im Befinden sich wohl und leistungsfähig fühlen, die gelegentlich excedieren, die schwachen, haltlosen Charaktere, die jeder Versuchung unterliegen und im Gegensatz zu ihnen die Menschen mit unverwüstlicher geistiger Spannkraft, die ihr körperliches Leiden gering achten, die Vorwärtsstürmer und andererseits die Phlegmatischen mit dem Motto „komme ich heute nicht, komme ich morgen“, sie bedürfen der Anstaltsobhut des Anspornens, des Belehrens, des Zurückhaltens, des Zurechtweisens durch geschulte und erfahrene Anstaltsärzte. Es gehört in das Gebiet der ärztlichen Kunst, hier nicht zu verletzen, den richtigen Ton zu finden gegenüber Menschen, die nicht mehr erzogen werden wollen, ohne Schulmeisterallüren das durchzusetzen, was für gut und notwendig erachtet wird.

M. H.! Die moderne Sanatoriumsbehandlung, die zum Teil andere therapeutischen Wege wandelt als sie in der allgemeinen Praxis gangbar sind, will kein aufgepfropfter fremder Schössling an dem Baume der medicinischen Wissenschaft sein. Organisch aus ihm hervorgegangen, zieht sie geistige Nahrung und lebendige Kraft aus seinen Wurzeln. In dieser Zugehörigkeit hat der alte Ast der Nervenheilanstalt ein junges, wie ich glaube, hoffnungsvolles Reis getrieben. Das ist die Anstaltsbehandlung der Herzkranken. Möge es in der Anerkennung des ärztlichen Standes sich weiter entwickeln und auch fernerhin zum Nutzen der Kranken heilsame Früchte tragen!

M. H.! Der Ausgangspunkt meiner Betrachtung, woraus ich die Berechtigung der Anstaltsbehandlung der Herzkranken ableitete, war die nirgendswo sonst in gleichem Maße durchführbare Ausschaltung der Extrareize des Lebens.

Ich danke Ihnen, meine verehrten Herren Kollegen, für das freundliche Gehör, das Sie meinen Ausführungen geschenkt haben. Ich erkenne dies umsomehr an, als Sie heute für sich gewiss nicht in der Stimmung sind, auf diese Extrareize zu verzichten. Mögen sie im Gegenteil in einer Herz und Gemüt erhebenden Weise Ihnen auf Ihrer schönen Fahrt durch die Bodenseelandschaft zuströmen, ohne dass sie mit den unangenehmen Folgen, den Extrasystolen des Herzens, verbunden sind.

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie zu Berlin.

Sitzung am 11. Januar 1907.

Vorsitzender: Herr Keller.

I. Demonstrationen.

Herr Olshausen stellt eine Patientin vor, bei der er eine grosse Bauchhernie, die sonst wohl inoperabel gewesen wäre, durch Einheilen eines Drahtnetzes mit Erfolg operiert hat.

II. Vorträge.

Herr Kownatzki demonstriert im Anschluss an seinen letzten Vortrag noch zwei Bilder, die Unterbindung der vena hypogastrica im Puerperium betreffend.

Herr Bumm bespricht unter Bezugnahme auf die anatomischen Auseinandersetzungen des Herrn Kownatzki die Venenunterbindung bei puerperaler Pyaemie vom operativen Standpunkte aus. Er macht auf die grossen Schwierigkeiten bei der Orientierung in dem komplizierten Venengebiet aufmerksam und rät, sich möglichst an die grossen, oberen Gefässstämme zu halten, um zu wissen, was man unter den Händen hat. Wenn man nach Spaltung des ligamentum latum die arteria hypogastrica nach links zieht, findet man die vena hypogastrica leicht. B. empfiehlt, die Vena nicht zu durchschneiden, sondern nur doppelt zu unterbinden, um die bei ev. Abgleiten der Ligatur auftretenden enormen Nachblutungen sicher zu vermeiden. Ein Erfolg der Operation ist nur bei chronischer Pyaemie zu erwarten, in akuten Fällen ist sie aussichtslos.

Herr Bumm: Ueber Blutstillung bei Beckenausräumung wegen Carcinoma uteri.

Exakte Blutstillung ist bei den Carcinomoperationen von entscheidender Bedeutung, weil man nur unter dieser Vorbedingung exakt, sorgfältig und somit radikal operieren kann.

---

auf Rennpferde oder Rennschiffe doch auf anderer Grundlage beruhend als solch' blindes Zufallsspiel!

Damit sind wir nun wieder in echt amerikanische Luft gekommen, denn jener marktschreierische Gesell ist ein Vollblut-Jankee, der im tadellosen smoking coat zu Tisch erscheint und keinen Begriff von dem Unanständigen besitzt, das darin liegt, dass er, werbend und girrend wie ein alter Werbeoffizier oder, besser gesagt, wie ein geschickter Versteigerer die Gimpel für sein Spiel alltäglich zu kirren sucht.

Soll ich von New-York etwas sagen? Jeder kennt diese Riesenstadt, wenn er auch noch nicht dort war. Dass unmittelbar in den grössten Verkehrsknotenpunkten daselbst stille Inseln liegen, auf denen Lumpen aller Art im Haufen geschichtet sind, weiss vielleicht nicht jeder aus solchen Schilderungen: Papier- und Kleiderfetzen auf Dreckhaufen, und malerisch darauf hingegossen fragwürdigste Grossstadttypen, welche ihre Siesta da halten, beschattet von irgend einer der unzähligen Strassenüberführungen; dass die fünfte Avenue sich darstellt wie irgend eine andere langweilige Grossstadtstrasse, dass die erwarteten malerischen Palastbauten der vielgenannten „500“ aussehen, wie beliebige andere Häuser auch, das erwartet man nicht; eine schöne neue gothische Kirche ist leider zu eintönig in Architektur und Tönung gehalten; der freie Wechsel der Formen des Stils ist gänzlich unberücksichtigt geblieben. Freilich wirkt drollig ein da und dort in den Strassen wie eine Rakete gen Himmel steigender Wolkenkratzer, und wenn am Broadway neben einem zweistöckigen Häuschen ein zweiundzwanzigstöckiger klobiger Gigant sich emporreckt, so wirken da die Kontraste; wenn ein reitender Schutzmann unserem Pferdebahnwagen vorreitet, um ihm für ein paar Häuserbreiten wenigstens unten im Hafenviertel Fahrbahn zu schaffen, und ein schlauer Niggerfuhrmann, unter seinem grossen Schirm mit Reklameaufschriften sitzend in S-förmiger Fahrt listig immer wieder vor uns das Geleise quert, um hernach wieder entgegengesetzt darüber zu fahren in Durchbrechung der endlosen, stockenden Wagenreihe, die hier die Strassen verstopft, so wird hierdurch die rasende Schnelle, mit der die elektrische Hochbahn auf ihren, wie ein Provisorium anmutenden Gerüstbauten dahinsaust, nur um so verblüffender fühlbar. Wenn wir eine Strasse durchwandern, in der nur Neger — coloured people — wohnen, vom eleganten Niggerdandy mit seiner schneeweiss angetanen „lady“ zum schlampig von erborgten Kleidern umflatterten schwarzen Gestell, wie wir uns diese Sorte vorzustellen gewohnt sind, um hernach in einer anderen Strasse nur die feine weisse Welt sich ergehen zu sehen, und in wieder einer anderen lauter gelbhäutige Chinesen — dann sind es immer wieder die Gegensätze, die wirken: Und wahrlich, das planlose, wilde Aufeinanderprallen der Kontraste ist es, was in der Riesenstadt uns allenthalben verblüfft, unseren Schönheits- und Formensinn aufs Tödlichste beleidigt! Soviel Grossstadtschmutz wie New-York weist wohl keine andere Grossstadt auf, und so mustergültig der

In einfachen Fällen ist dieselbe leicht und so vollständig durchzuführen, dass die Pat. fast gar kein Blut verlieren. Erhebliche Schwierigkeiten treten jedoch auf, wenn das Carcinom in das Bindegewebe seitlich vom Uterus eingedrungen ist, da man in diesen Fällen in das enorme Wurzelgebiet der Venen hineinkommt. Die Versorgung der Arterien und der Venen des Spermatikalstranges ist einfach und bedarf keiner besonderen Besprechung. Für die weitere Durchführung der Operation empfiehlt B. folgendes Vorgehen: Bogenschnitt durch das Peritoneum und Auseinanderziehen der Blätter des ligamentum latum, wodurch die grossen Gefässe und der Ureter freigelegt werden. Stumpfe Ausräumung des Fettgewebes und der Drüsen von der iliaca communis bis zum inneren Leistenring. Geringe Blutung, leicht durch Ligaturen zu stillen. Freilegen der hypogastrica. Unterbindung der vesicalis superior dicht an der uterina, dann der uterina mit ihren Venen über und unter dem Ureter. Jetzt ist der ganze uterine Gefässstrang gelöst, lässt sich zurückschlagen und der Ureter liegt bis zur Blase frei. Bis hierher sind schwere Blutungen nicht zu erwarten. Nunmehr gleiches Vorgehen auf der anderen Seite, dann Abschieben von Blase und Rektum und Durchtrennung der Scheide. Jetzt hängt der Uterus nur noch an der Basis des Ligaments rechts und links; man kann das ganze Venengebiet mit dem Uterus emporziehen und nach Belieben abklemmen oder partienweise ligieren. Auf diese Weise können Blutungen vollkommen vermieden werden auch in Fällen, in denen das Carcinom schon in dieses Gebiet eingebrochen ist. Verletzt man doch vorher versehentlich eine der tiefen Venen, so ist es nicht richtig, mit Klemmen vorzugehen oder den Stamm der iliaca zu unterbinden. Das einzig richtige ist, einen grossen Gazetompon auf die blutende Stelle aufzudrücken und zunächst die andere Seite und den Uterus auszulösen. Geht man dann zum Schluss an die Operation der verletzten Seite heran, so blutet es gewöhnlich gar nicht mehr, da die zuführenden Wurzeln der betreffenden Venen schon durchschnitten sind.

Diskussion:

Herr Mackenrodt bestätigt die Ausführungen des Herrn Bumm betreffs der Schwierigkeit der Orientierung und der Gefährlichkeit der Venenblutungen und macht noch im besonderen auf die Möglichkeit einer Luftembolie aufmerksam, die noch gefährlicher ist als eine starke Blutung und manchmal erst nach einer Reihe von Stunden zum Exitus führt. Bei starken Blutungen empfiehlt er als sicherstes Mittel zur Blutstillung die Abklemmung der Arteria iliaca communis, namentlich bei fetten Personen, bei denen die Uebersicht und Blutstillung sehr erschwert ist. Die einzigen Nachteile sind ev. später auftretende, aber vorübergehende Beinlähmungen. Des ferneren tritt er warm für die Verwendung des von ihm angegebenen Bogenschnittes ein, der eine ausgezeichnete Freilegung des Operationsgebietes gestattet und nach seiner Erfahrung keine schlechteren Heilungschancen bietet als andere Schnittmethoden.

Herr Frommel (a. G.) berichtet aus der Hallenser Klinik über Fälle von Nekrose der Blasenschleimhaut nach doppelseitiger Unterbindung der art. hypogastrica am Abgang der vesicalis superior, wie solche auch von Bumm beobachtet worden sind. Namentlich bei älteren Frauen ist in dieser Beziehung Vorsicht geboten, während bei jüngeren Personen infolge der besseren Anastomosenbildung die Gefahr geringer ist.

Herr Gerstenberg fragt Herrn Bumm nach seinen Erfahrungen und Resultaten bei der Operation der puerperalen Pyaemie. Bezüglich der Luftembolien ist er der Ansicht, dass dieselben bei Beckenhochlagerung wenig zu fürchten sind; Tod an Luftembolie mehrere Stunden post operationum hält er für sehr unwahrscheinlich.

Herr Mainzer tritt warm für die Mackenrodtsche Schnittführung ein. Die temporäre Abklemmung der iliacae hält er für gefährlich. Mit dem Verfahren Bumms hat er sehr gute Erfahrungen gemacht. Die Nekrose der Blasenschleimhaut ist seiner Ansicht nach weniger von der Unterbindung der art. vesicalis, als von der durch das Abschieben der Blase bedingten Ernährungsstörung abhängig.

Herr Olshausen fragt an, was Herr Bumm unter chronischer Pyaemie verstanden wissen will. Das Erwähnen der Luftembolie hält er für sehr bedeutsam, da seiner Ansicht nach sicher viele solcher Fälle übersehen werden. Nur so kann er es sich wenigstens erklären, das er an seiner Klinik sechs Fälle beobachten konnte in einem Zeitraum, in dem in der gesamten gynaekologischen Literatur auch nur sechs Fälle beschrieben worden sind.

Herr Mackenrodt, Herr Bumm: Schlusswort. Ueber die Abklemmung der iliacae hat er keine eigene Erfahrung, er wird dieselbe aber gelegentlich versuchen. Luftembolien hat er nie gesehen. Bezüglich der Erfolge der Operation bei puerperaler Pyaemie teilt er mit, dass er unter den letzten sechs Fällen zwei Heilungen gesehen hat. Unter akuter Pyaemie versteht B. Fälle, die unter ständigen Schüttelfrösten in 8—14 Tagen zu Grunde gehen, die länger dauernden chronischen Fälle sind solche, bei denen sich der Prozess lokalisiert, abgekapselt hat und nur noch alle 2—3 Tage ein Schüttelfrost auftritt. Die Prognose der akuten Pyaemie ist sehr schlecht. Auf die Schonung der art. vesicalis sup. rät er, grosses Gewicht zu legen. Gegen den Mackenrodtschen Querschnitt hat er bei aller Anerkennung seiner Vorzüge immer noch Bedenken wegen der grossen Weichteilverletzung.

G. Z.

Komfort im Hause auch drüben entwickelt ist, auf der Strasse ist er oft merkwürdig wenig ausgebildet! Einen anderen Gegensatz bot mir ein Gabelfrühstück im Savoy Hôtel am Central Park, Eingangs der fünften Avenue, und ein anderes in der vielgerühmten Bachmann'schen Brauerei auf Staten Island: Dort im Service, das nach meinem Grundsatze „gut serviert ist halb gegessen" fast allein schon als Mahl genügt hätte, da auf schmutzigem Tischtuch zwei gebrauchte Servietten auf die Plätze gelegt, die aussahen wie gebrauchte Kinderwindeln! Meine Herren und Damen, ein guter Ort, um Heisshunger zu vertreiben!

Selbst im berühmten Centralpark wirken die überall wild emporstarrenden Granitschroffen, um welche mancher Park bei uns dieses Refugium der New-Yorker beneiden würde, doppelt die unangenehme Empfindung steigernd, wenn ein gut Teil der Gehwege mit Asphaltbelag abgedeckt ist: Wo will unser Fuss im Walde auf festem Kunstboden wandeln, wo er weit lieber einmal selbst über die halbverborgene Baumwurzel stolpert! Ich kann das Gefühl nicht wiedergeben, mit dem ich zum ersten Male wieder in unsere, doch gewiss recht zahmen Wälder hier eingetreten bin und gegen die dort so ungeschickt verböserte grossartige, die hier so viel kleiner von Hause aus schaffende, aber nicht allzuabgeschliffene Natur verglich! — Wie widerlich wirkt auch z. B. die Reklame der Zahnärzte, welche draussen auf der Strasse im Glaskasten Goldgebisse und ganze Vermögen an Plattgold zur Schau stellen!

Wer sich drüben eingewöhnt, der ist für unsere Anschauungen verloren: Das ist wohl gutenteils der Grund, weshalb in den Hauptverkehrszentren Amerikas das Deutschtum so schnell erlischt in den Eingewanderten. Es gehört eine weit über den Durchschnitt ragende Individualität, wie sie etwa Carl Schurz besass, dazu, um sich von dem abschleifenden Einfluss dort frei zu halten!

Vieles, vieles ist staunens- und nachahmenswert; in vielem aber liegt die Dekadenz ausgeprägt am Tage: Untergang der geistigen Individualität, so sehr sie drüben damit prahlen mögen in selbstverblendeter Täuschung, ist das Los, an dem das amerikanische Volk zu Grunde gehen wird, um auseinanderzufallen in Einzelstaatswesen, in denen sich wieder kraftvolle Eigenart entwickeln kann. Was ist der Grund, warum das Deutsche Volk so viel mehr zu überstehen vermochte als irgend eine andere Nation? Hätten wir nicht die durch unsere vielgeschmähte Kleinstaaterei gezüchtete ideale Einzelindividualität jedes Volkesstammes gewahrt, so wären wir unter den Drangsalen des dreissigjährigen oder der französischen Kriege zu Grunde gegangen, elend erloschen am Völkerhimmel als Satelliten im Gefolge der Sonne Frankreich, von dort empfangend, was wir als geborgtes Licht weiterstrahlen würden!

(Fortsetzung folgt.)

Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 16. Januar 1907.

Vor der Tagesordnung

demonstriert Kromayer eine Quarzlampe, die auf dem Prinzip der Aronschen Quecksilberlampe beruht. Durch Färbung der Kühlflüssigkeit lässt sich eine Auslese der Strahlen bewirken. Das Licht ist sehr wirksam, die Anwendung einfach, und der relativ billige Preis gegenüber der Finsenlampe wird eine ausgiebigere Verwendung ermöglichen und eine unbeschränkte Erweiterung der Indikationen der Lichttherapie herbeiführen können.

Blaschko sieht in der Lampe einen wesentlichen Fortschritt gegenüber früher hergestellten Modellen, glaubt aber, dass noch Verbesserungen erforderlich sind (Erhöhung der Beweglichkeit, besonderes Kompressorium neben dem Quarzfenster). Mit diesem wird die Quarzlampe der Finsenlampe überlegen sein.

Fortsetzung der Diskussion über den Vortrag Heubner: Zur Kenntnis orthotischer Albuminurie.

Zondek erinnert an seine anatomischen Untersuchungen, die gezeigt haben, dass gewissen Gefässen der Niere eine besondere Bedeutung zur Regulierung des Druckes und der Stromgeschwindigkeit des Blutes zukommt. Die physiologische Blutstromverlangsamung kann bei orthotischer Albuminurie bei aufrechter Haltung zu einer pathologischen Stauung führen.

Schiffer: Während bis zum 10. Jahre die orthotische Albuminurie gleich häufig bei Knaben und Mädchen auftritt, wird sie vom 10. bis 14. Jahre viel öfter bei Mädchen beobachtet (42 Mädchen gegenüber 9 Knaben nach Untersuchungen in der Neumannschen Poliklinik). Das ist nicht durch voraufgegangene Infektionskrankheiten zu erklären; da ist ein neues Moment wirksam, die Pubertät, die bei Mädchen einige Jahre früher auftritt; sie bringt oft ein Missverhältnis zwischen dem Wachstum des Körpers und des Herzens; das letztere genügt nicht voll allen Ansprüchen, dadurch kommt es zu Stauungserscheinungen bei der aufrechten Haltung. Nach dieser Anschauung erscheint ein therapeutischer Versuch mit Widerstandsgymnastik zur Herzkräftigung gerechtfertigt. Stets wurden dabei subjektive Besserungen, niemals eine Schädigung beobachtet.

Reyher: Ein erheblicher Teil der orthotischen Kinder ist tuberkulös, oder stammt aus tuberkulösen Familien. Das weist auf einen Zusammenhang zwischen der orthotischen Albuminurie und der Tuberkulose hin, der dadurch noch wahrscheinlicher wird, dass viele der Kinder eine nachweisbare relative Kleinheit des Herzens und der abgehenden Gefässe aufweisen.

Ullmann hat Untersuchungen an gesunden Schulmädchen angestellt und bei einer grösseren Zahl in 33 1/3% Albuminurien festgestellt. Infektionskrankheiten waren nur in wenigen Fällen vorangegangen, sie können also nicht die Ursache der orthotischen Albuminurie sein. Der höchste Eiweissgehalt fand sich bei dem kräftigsten der untersuchten Mädchen; ein Zusammenhang zwischen Konstitution und orthotischer Albuminurie wurde ihm nicht ersichtlich. Eine Therapie ist überflüssig. Bei allen Kindern schwand die Albuminurie völlig von selbst. Vom versicherungstechnischen Standpunkte aus ist die orthotische Albuminurie als gleichgültig zu betrachten.

Casper hat bei langer Beobachtung zwei Fälle von orthotischer Albuminurie in Cylindrurie übergehen sehen. Er erinnert daran, dass es sehr schwere Nierenblutungen gibt, für die ein anatomisches Substrat nicht zu finden ist. Die Veränderungen in der Heubnerschen Niere hält er für nicht pathologisch, und durch den Fall für bewiesen, dass es eine orthotische Albuminurie ohne Nephritis gibt.

Senator betont nochmals die Bedeutung der Infektionskrankheiten für die Entstehung der orthotischen Albuminurie; es sind dahin aber auch die leichten Fälle, Anginen etc., zu rechnen, die oft übersehen werden und dem Gedächtnis entschwinden. Dass in Fällen orthotischer Albuminurie eine diffuse Nephritis vorliege, habe er nicht behauptet; es handele sich um Nieren, die durch eine vorangegangene oder ablaufende, oder in schleichender Entwicklung begriffene Entzündung in ihrer Widerstandskraft geschwächt seien; dafür könne gerade die Heubnersche Niere als Beweis gelten, in der sicherlich Reste von Entzündungsherdchen vorhanden sind.

Orth: Das vorgestellte Nierenpräparat ist absolut nicht normal; die Niere enthält den atrophischen Herd; derselbe ist als Folge einer Gefässveränderung zu betrachten, sicherlich aber nicht — ebensowenig wie die Fettinfiltration der Epithelien — als Zeichen einer Entzündung oder Residuum einer solchen anzusehen. Die von Hansemann hervorgehobenen Veränderungen an den Glomeruli kann er nicht anerkennen. Absolut betrachtet ist die vorgestellte Niere nicht normal, für die Erklärung der orthotischen Albuminurie aber ist sie als normal zu betrachten.

Meyer: Den Langsteinschen Befund bezgl. der durch Essigsäure fällbaren Eiweissstoffe bei orthotischer Albuminurie kann er nicht bestätigen. Als Ursache für die Affektion kommen cardiovasculäre Störungen, hydrostatische Veränderungen, Herabsetzung des Blutdrucks, Verlangsamung des Blutumlaufs in Betracht.

Ewald: Eine lang fortgesetzte Beobachtung einer Anzahl von orthotischen Albuminurien hat ihn dazu geführt, die Prognose doch sehr vorsichtig zu stellen. Durch Verabreichung von milchsaurem Kalk (0,5 g dreimal täglich) hat er in mehreren Fällen von orthotischer Albuminurie das Eiweiss zum Schwinden gebracht.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Biologische Abteilung.)

Sitzung am 18. Dezember 1906.

Vorsitzender Herr Paschen.

I. Demonstrationen: 1. Herr Preiser berichtet über zwei circa 35jährige Patienten mit Tennisellbogen: Erguss im Humeroradialgelenk, extreme Beugung und Streckung schmerzhaft und nur passiv möglich, Zwischenbewegungen völlig frei, ebenso Pronation und Supination. Der Schmerz beim Tennisspiel wird ebenso wie bei der Palpation auf die Humeroradialkapsel und auf das Capitulum des Radius lokalisiert. Vortr. erklärt den Mechanismus des Tennisellbogens folgendermaßen: an der Humeroradialkapsel, d. h. dem lig. collater. radial., setzen sich einmal ein Teil der Fasern vom M. supinat. brev. und zweitens Fasern vom M. brachial. intern. an, die ihrerseits die Funktion haben, bei stärkster Beugung die Kapsel vor Einklemmung zu schützen. Findet also gleichzeitig eine Beugung und eine Supination statt, so kann die Kapselpartie gleichzeitig nach zwei verschiedenen Richtungen gezerrt werden, und dadurch eine chronische Kapselentzündung entstehen. Beugung mit gleichzeitiger Supination findet statt beim Abschlag des Balles nach unten, wenn sich der Ball unter Schulterhöhe befindet. Vortr. stellt dann einen Schmied vor mit gleichem Symptomenkomplex, der seitwärts in Rumpfhöhe befindliche Röhren mit dem Hammer durch Schläge in Beugung und Supination zu bearbeiten hatte. Therapie: Ruhe, heisse Armbäder, Massage und vorsichtiges Pendeln, — Stauung ohne Erfolg! —, Tennisspiel aussetzen lassen. 2. Herr Roosen-Runge berichtet über Blutuntersuchungen bei Typhuskranken. Ausgehend von den Arbeiten, die sich mit Anreicherung von Typhusbazillen im Blut mit Galle befassen, insbesondere der Arbeit von Meyerstein, der angibt, dass Lösungen von gallensauren Salzen dieselben Dienste tun wie die Galle selbst, hat Vortr. sich einen 1% Natr. glykocholic.-Agar hergestellt. Hiermit wurden die Blutuntersuchungen nach den von Schottmüller angegebenen Methoden ausgeführt, und zum Vergleich ein Teil des Blutes in gewöhnlichen Glycerinagar übertragen. Es zeigte sich, dass auf dem neuen Nährboden stets nach 16 Stunden bereits Kolonien sichtbar waren, während im Glycerinagar, wie bekannt, frühestens nach 30 Stunden Kolonien erscheinen. Ausserdem ist die Zahl der Kolonien bedeutend grösser, und beträgt das Doppelte und Dreifache der im Glycerinagar aufgehenden Kolonien. Die Methode bietet gegenüber dem Arbeiten mit flüssigen Gallen-Nährböden den Vorteil, dass sie eine Keimzählung ermöglicht. 3. Herr Roosen-Runge berichtet über einen Fall von Thyreoiditis purulenta bei einem Typhuskranken, der an Lungenembolie zu Grunde ging. Die Thyreoidea schwoll an, zeigte Fluktuation und wurde incidiert: es fanden sich nur Typhusbazillen, keine anderen Eitererreger.

II. Vortrag des Herrn Fülleborn: „Ueber Kalaazar.“ Kalaazar ist eine in den Tropen vorkommende fieberhafte Erkrankung mit Milz- und Leberschwellung, die meist nach neunmonatigem Bestehen zum Tode führt. In der Milz finden sich dabei eigenartige Gebilde, die sogen. Leishman-Donovanschen Körper. Anfangs der 80er Jahre fand die erste grössere Kalaazarepidemie den Bramaputra hinauf statt, an der Hunderttausende starben; eine solche Epidemie dauert meist etwa sechs Jahre, doch blieb dann stets eine Endemie zurück. Ross und Rogers hielten Kalaazar zunächst für eine Art Malaria, doch sind die Malariaplasmodien dabei wohl nur ein Nebenbefund; auch hielt man die Krankheit für eine Ankylostomiasis, bis im Mai 1903 Leishman und Donovan in Madras die nach ihnen benannten Körperchen entdeckten, die jedoch keine Degenerationsformen von Trypanosomen darstellen. Es ergab sich, dass auch das sogen. Dumdumfieber keine Malariakachexie ist, sondern es ist Kalaazar. 5% aller Aufnahmen in den Krankenhäusern von Madras sind Kalaazarfälle. Die Krankheit kommt ausser in Indien vor in Aegypten, Algier, Arabien, China und Ceylon und zwar dort ebenfalls mit 95%iger Mortalität. Fieberperioden wechseln mit fieberfreien ab, es besteht ein grosser Milz- und Lebertumor, die Hautfarbe wird erheblich dunkler, namentlich an der Innenfläche der Hände und der Füsse, weshalb es die „schwarze Krankheit“ genannt wird. Dabei findet eine starke Blutveränderung statt: die Anaemie braucht nicht sehr hochgradig zu sein, da sich oft noch zwei bis drei Millionen roter Blutkörperchen vorfinden, aber die Leukocytenzahl ist stark vermindert, mehr als es relativ zur roten Blutkörperchenzahl sein müsste. Es haben meist die polynucleären Leukocyten abgenommen, dabei ist eine relative Mehrheit von mononucleären Elementen vorhanden. Die Therapie besteht in Chinin in heroischen Dosen; mit frischem Knochenmark erzielte man keine guten Erfolge. Die Diagnose ist nicht ganz einfach, da die charakteristischen Elemente nicht im peripheren Blut kreisen, sondern nur durch Punktion der Leber oder der Milzpulpa gewonnen werden können; dabei sind Todesfälle während der Milzpulpapunktion nicht gerade selten, während die Leberpunktion einfacher ist. Die Leishman-Donovanschen Körper sind ungemein klein, bestehen aus einem Protoplasmaleib mit einem grossen und einem kleinen stabförmigen Kern, welch' letzterer sich viel intensiver färbt. Die Kerne teilen sich meistens zweifach, nur manchmal multipel, dann findet eine Plasmaabschnürung statt. Die Körperchen befinden sich nie im freien Gewebe, sondern sind in Phagocyten eingeschlossen. Leishman hielt sie zunächst für Kerndegenerationen von Trypanosomen, Rogers konnte aus ihnen Flagellatenformen züchten. Der Parasit, der jetzt offiziell Leishmania-Donovanii heisst, kommt auch im Granulationsgewebe der Delhibeule vor. Die Uebertragung des Kalaazar findet in folgender Weise statt: im Wanzenmagen ist eine Flagellatenform gefunden worden, die mit der oben erwähnten, von Rogers gezüchteten identisch zu sein scheint: man nimmt nun an, dass das Kalaazar durch Wanzenstiche übertragen wird; meist erkrankt die nächste Umgebung des Kranken sofort, eine Uebertragung findet jedoch nicht statt, wenn die ganze Eingeborenenhütte verbrannt wird. Europäer erkranken nur in ärmlichen Verhältnissen oder nach Verkehr mit eingeborenen Konkubinen. Im allgemeinen ist Kalaazar der Bantischen Krankheit sehr ähnlich. Dem Vortrag folgte eine grosse Anzahl Lichtbilder.

III. Diskussion: Herr Umber (Altona) glaubt nach der Darstellung ebenfalls eine grosse Aehnlichkeit mit Bantifällen erkennen zu können. Herr Unna tritt der Auffassung entgegen, dass die Delhibeule nur eine Variation der Aleppobeule sei; in Wirklichkeit handelt es sich wohl um eine ganz verschiedene Krankheit. Herr Paschen erkundigt sich, ob bei Kalaazar bereits Impfungen gemacht seien. Herr Fülleborn weist im Schlusswort nochmals auf die grosse Aehnlichkeit mit Bantischer Erkrankung hin und teilt mit, dass bei Kalaazar ebenfalls schon Milzexstirpationen wie bei Banti gemacht worden seien, allerdings ohne jeden Erfolg.

Nachdem zu Vorsitzenden der biologischen Abteilung des ärztlichen Vereins in Hamburg pro 1907 die Herren Umber (Altona) und Sudeck gewählt worden sind, werden die Sitzungen bis nach Neujahr vertagt. Schönewald.

Verein für innere Medicin.

Sitzung vom 7. Juli 1906.

Vor der Tagesordnung:

Herr Holländer demonstriert Präparate von operierten Fällen a) multiple miliare Abscessbildung einer Niere; b) Pyelonephritis calculosa mit hypertrophischer Wucherung der Kapseln auch bei der anderen Niere, die dekapsuliert wurde, Ausgang in Heilung; c) Nieren- und Hodentuberkulose.

Herr Litten stellt einen Fall von doppelseitiger totaler Ophthalmoplegie vor bei einem 20jährigen Mädchen, das in einer Gummifabrik mit Galvanisieren von Kautschuck beschäftigt war. Bei ihrer Einlieferung ins Krankenhaus zeigte sich doppelseitige Ptosis, Unbeweglichkeit beider Augen, Schwäche der Kaumuskeln, totale Pupillenstarre. Allmählich trat Paraaesthesie und Parese sämtlicher Extremitäten auf, alle Muskeln sind schliesslich ergriffen, Sehnenreflexe erloschen. Muskeln zeigen myasthenische Reaktion, keine Atrophie. Allmählich langsamer Rückgang aller Erscheinungen, Pat. vermag jetzt etwas zu gehen, bewegt auch die Augen bereits in geringem Grade. Myasthenia paralytica ist es nicht, auch gegen Polioencephalomyelitis haemorrhagica spricht sehr viel. In excidierten Muskelstückchen findet sich Verschmälerung der Muskelfasern und Vermehrung der Kerne.

Diskussion. Herr von Leyden hält Polioencephalomyelitis für vorliegend, wogegen sich Herr Litten wendet.

Herr Lewandowski fragt, ob hier nicht eine Polyneuritis vorliegen könne.

Diskussion wird vertagt.

Tagesordnung:

Herr Rönniger zur Pathologie des Herzschlags.

Mackenzie hat als erster die systolischen Erhebungen der Venenkurven dort, wo Lebervenenpuls und Ueberfüllung der Halsvenen fehlt, als Folge gleichzeitiger Kontraktion von Vorhof und Ventrikel angesehen, eine Blütung, die Engelmann durch das Tierexperiment gestützt hat. Hering hingegen sieht diese systolischen Venenwellen als Ausdruck einer Tricuspidalinsufficienz an. Vortragender suchte diese Frage zu entscheiden und kommt zu dem Resultat, dass in der Tat Fälle zu beobachten sind, wo ein Reiz von der Atrioventriculargrenze ausgehend, Vorhof und Kammer gleichzeitig zur Kontraktion bringt. Gegen die Tricuspidalinsufficienz spreche vieles, vor allem das Fehlen des Lebervenenpulses und die Venenstauung. Charakteristisch sei die Unregularität des Herzschlages, therapeutisch werde Digitalis schlecht vertragen.

Diskussion: Herr Fürbringer. Carl Lewin.

Literarische Monatsschau.

Gynäkologie.

Das uralte, bisher aber immer noch nicht befriedigend gelöste Problem von der Menstruation in ihrer Beziehung zur Conception macht Bayer-Strassburg zum Gegenstand einer interessanten, kritischen Studie. Auf Grund vergleichend anatomischer und teleologischer Betrachtungen, die im Einklange mit den anatomischen Befunden beim Menschen stehen, kommt er zu dem Resultat, dass die eigentliche Bedeutung der Menstruation in der oberflächlichen, zur Abstossung der flimmernden Cilien des Epithels führenden Desquamation der Uterusschleimhaut besteht. Er sieht darin eine Anpassungserscheinung, hervorgegangen aus der Notwendigkeit, die phylogenetisch zum Zweck der Eiablage überkommene Flimmerung im Interesse der Conception zeitweilig zu unterbrechen. Es wird auf diese Weise den Spermatozoen in der Zeit nach der Menstruation die Möglichkeit, in das Uterusinnere und die Tuben einzudringen, erheblich erleichtert (Conception). In der Tube verharren sie dann solange, bis ganz unabhängig von Menstruation und Conception nach einiger Zeit die Ovulation und im Anschlusse daran die Imprägnation, die Befruchtung des Eies erfolgt. Diese von Bayer geistreich ersonnene Theorie hat fraglos den grossen Vorzug vor anderen, dass sie tatsächlich das gesamte Problem der Menstruation, Conception und Befruchtung restlos und zwanglos zu lösen imstande ist.



In der neuen, fünften Auflage seines Vortrages „Ueber die zunehmende Unfähigkeit der Frauen, ihre Kinder zu stillen" hat von Bunge zur Unterstützung seiner früheren Behauptungen neues beweiskräftiges Material beigebracht, so dass er jetzt über ganz beträchtliche Zahlenreihen verfügt. Die Ausführungen v. Bunges gipfeln bekanntlich im wesentlichen in der Anschauung, dass der chronische Alkoholismus die hauptsächlichste Ursache einer die Stillfähigkeit vernichtenden rasch vorschreitenden Degeneration des Menschengeschlechtes ist.

Er sagt: „War der Vater ein Trinker, so verliert die Tochter die Fähigkeit, ihr Kind zu stillen und diese Fähigkeit ist fast immer verloren für alle kommenden Generationen. Die Unfähigkeit zu stillen ist keine isolierte Erscheinung; sie paart sich mit anderen Symptomen der Degeneration, insbesondere mit der Widerstandslosigkeit gegen Erkrankungen aller Art, wie Tuberkulose, Nervenleiden, Zahnkaries etc. Die Kinder werden ungenügend ernährt und so steigert sich die Entartung von Generation zu Generation." Zur Verhütung dieser fortschreitenden Degeneration empfiehlt v. Bunge zwei Radikalmittel, nämlich die Abschaffung des Alkohols und eine strenge Zuchtwahl. Ein gesunder junger Mann soll

1. kein Mädchen heiraten, das nicht von der eigenen Mutter gestillt werden konnte,
2. kein Mädchen aus einer tuberkulösen Familie,
3. kein Mädchen aus einer psychopathisch belasteten Familie,
4. keine Tochter eines Trinkers.

So anerkennenswert und wertvoll die Forschungen v. Bunges sind, soviel wahres und beherzigenswertes sie fraglos enthalten, auf das Gebiet der radikalen Zuchtwahl wird man ihm schwerlich folgen können. Leider macht Verf. keine Anäheren ngaben darüber, wie er sich die Umsetzung seiner Utopie in das Leben des Alltags vorstellt.

In Form eines ausserordentlich flott und klar abgefassten klinischen Vortrages behandelt Bäcker-Budapest das Gebiet der Infektionskrankheiten der weiblichen Genitalien. Die recht lesenswerte Arbeit gibt — wenn sie auch im wesentlichen nichts Neues bringen kann — dem Praktiker einen umfassenden und klaren Ueberblick über Aetiologie, Pathologie, Diagnose und Therapie, namentlich der gonorrhoischen und puerperal-septischen Erkrankungen. Am Schlusse der Arbeit bespricht B. die Frage der Prophylaxis und gelangt zu dem Schluss, dass auf dem Gebiete der puerperalen Infektion nur die Heranziehung intelligenterer Elemente zum Hebammenstande, auf dem Gebiet der gonorrhoischen Erkrankungen nur eine strenge Regelung des Prostitutionswesens eine durchgreifende Besserung zu schaffen imstande wäre.

In dem dringenden Rufe nach gebildeten Hebammen gipfelt auch die Arbeit Eksteins über die puerperale Infektion in forensischer Beziehung. An der Hand der einschlägigen preussischen und österreichischen Gesetzesparagraphen sucht er den Nachweis zu führen, dass dieselben durchaus mangelhaft sind und unseren Anschauungen und Anforderungen gerade in bezug auf die puerperale Infektion nicht entsprechen. Er sieht vom forensischen Standpunkte aus eine grosse Ungerechtigkeit darin, an der Hand unzulänglicher Gesetze an die Leistungen unserer jetzigen, nach ihrer geistigen Qualifikation und technischen Ausbildung als durchaus ungeeignet zu bezeichnenden Hebammen den Maßstab anzulegen und die Hebammen streng zur Verantwortung und Bestrafung heranzuziehen, während sie doch infolge ihrer unzureichenden Ausbildung für ihr Tun und Lassen ebenso kein Verständnis besitzen, wie ihnen dasselbe für ihre Unterlassungen vollkommen fehlt.

Auf Grund früherer schlechter Erfahrungen bei Retention der Eihäute ist Rissmann zu der Anschauung gekommen, dass diese Komplikation nicht allzu leicht genommen und durch ein aktiveres Vorgehen als bisher bekämpft werden sollte. In sechszehn nach seinen Prinzipien behandelten Fällen war er mit den erzielten Erfolgen recht zufrieden. Er resümiert: 1. Zurückgebliebene Eihäute sind zu entfernen, der drohenden Sepsis wegen, um das Wochenbett nicht unnötigerweise zu verlängern und um eine gute Involution zu erziélen, in seltenen Fällen auch der Blutstillung wegen. 2. Zur Entfernung genügt oft ein energischer, in längeren Pausen wiederholter äusserer Druck auf die Gebärmutter. Sind 24 Stunden nach der Geburt verflossen, so ist die Herausbeförderung auf alle Fälle, ev. nach Einstellung der Portio instrumentell, zu vollziehen.

Einen interessanten Beitrag zur therapeutischen Seite der Eklampsiefrage liefert eine kurze Mitteilung von Gutbrod. Bei einer Patientin, die in den ersten beiden Graviditäten jedesmal eine schwere Eklampsie durchgemacht hatte, verordnete Gutbrod während der dritten Gravidität prophylaktisch — nach dem Vorschlage von Bolle und Lomer — Jodkali 10 : 200 mit dem Resultate, dass die Entbindung völlig normal verlief. Am Ende der darauffolgenden vierten Gravidität, während der die Patientin wieder aus der Behandlung fortblieb, kam wieder eine schwere Eklampsie zum Ausbruch. G. wirft im Anschluss daran die Frage auf, ob es sich nicht ev. empfehlen würde, allen Schwangeren während der letzten Monate die unschädliche Jodkalimedikation zu verabfolgen.

(Schluss folgt.)

Periodische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift. Nr. 2. 1907.

1. Bingel, Tübingen: **Untersuchungen über den Einfluß des Biertrinkens und Fechtens auf das Herz junger Leute.**

B. hat systematische, durch mehrere Jahre fortgesetzte Untersuchungen der Herzen junger Studenten, die als Angehörige einer schlagenden Verbindung in ausgiebiger Weise dem Genuss von Alcoholicis, sowie dem Fecht- und Mensursport huldigten, angestellt. Die Beobachtungen ergaben, dass die Einflüsse des Studentenlebens, Alkoholgenuss, Fechten, Mensurenschlagen, während der üblichen Studienzeit das gesunde Herz nicht in erkennbarer Weise schädigen, wenn nicht andere schädliche Momente hinzukommen; sie lassen aber keinen Schluss darüber zu, ob ein Herz, das ein ausgiebiges Studentenleben hinter sich hat, nicht früher und leichter versagt, als ein anderes, das solchen Einflüssen nicht ausgesetzt war. Von grosser Bedeutung ist es, ob die Lebensführung der ersten Studienjahre über die übliche Zeit fortgesetzt wird. Das vorher schon irgendwie geschädigte Herz läuft dagegen Gefahr, insuffizient zu werden.

2. Bürker, Tübingen: **Zur Thermodynamik des Muskel.**

Die an Fröschen angestellten Versuche ergaben, dass die Muskelmaschine unter den verschiedenen äusseren und inneren Einflüssen, wie sie die verschiedenen Jahreszeiten mit sich bringen, gesetzmässig wechselnde Mengen von Brennmaterial enthält und dieses verschieden verwertet; die weiblichen Muskeln verfügen in der Laichzeit über viel Brennmaterial und sind daher sehr leistungsfähig; Krötenmuskeln wenden unter sonst gleichen Bedingungen zur Ermöglichung einer maximalen Zuckung nur halb so viel Energie auf als Froschmuskeln; es bestehen sehr bemerkenswerte Differenzen im thermodynamischen Verhalten des Adduktoren- und Gastrocnemiuspräparates, indem das erstere mit der halben Menge von Brennmaterial doppelt so viel Arbeit leisten kann als das letztere; eine Heizung des Muskels vom Nerven aus, ohne dass es zu einer Kontraktion kommt, gibt es nicht; bezüglich des Energieaufwandes ist es gleichgültig, ob direkt oder indirekt gereizt wird, falls die Arbeitsleistung gleich gross wird; bei einer Muskelzuckung löst der Zug des Gewichtes nicht nur im Stadium der steigenden Energie, sondern auch in dem der sinkenden Energie exothermische Prozesse, wenn auch in geringem Grade, aus.

3. Best, Giessen: **Ueber Korrelation bei Vererbung in der Augenheilkunde.**

Betrachtet werden zunächst die Beziehungen der einzelnen Teile des Auges zu einander und gezeigt, dass die erblich überkommene Refraktion ein Verhältnis der formgebenden Faktoren des Auges ausdrückt, dass also die Korrelation der einzelnen Teile des Auges vererbt wird. Der Astigmatismus, dessen Erblichkeit nicht zu bestreiten ist, findet sich oft vergesellschaftet mit im engeren Sinne pathologischen Fehlern an anderen Geweben des Auges. Zwischen Netzhaut- und Sehnervenbildung einerseits, und Hornhautrefraktion andererseits, besteht eine erbliche Korrelation: enge entwicklungsgeschichtliche Beziehungen zwischen Netzhaut

und dem dioptrischen Apparat des Auges sind anzunehmen, und bei Fehlern des nervösen Augenanteils finden sich häufig korrelative Fehlbildungen an Hornhaut, Linse und anderen Geweben des Auges; so z. B. Refraktionsfehler, angeborene Katarakte bei Farbenblindheit. Neben der gleichartigen Vererbung spielt die heteromorphe Vererbung eine Rolle, indem der Augenfehler nicht in derselben Form vererbt wird, sondern mehr eine Vererbung der defekten Anlage des Organs stattfindet. Es ist anzunehmen, dass bei der Keimesmischung ein bestimmtes pathologisches Merkmal zwar nicht genügend dominiert, um sich selbst ganz durchzusetzen, sondern nur noch eine schwache Störung, eventuell in entwicklungsgeschichtlich verknüpften Geweben, hervorrufen kann. Auf dem grossen Gebiete der erblichen Beziehungen des Auges zu anderen Organen, spielen die zum Gehirn die grösste Rolle und sind auch allgemeiner gewürdigt; eine Verbildung des Auges beliebiger Art in Korrelation zu geistiger Erkrankung auf angeborener Grundlage ist sehr häufig zu beobachten. Neben den Beziehungen des Auges zum Gehirn kommen noch solche zu Missbildungen verschiedener Art am Körper und zu Stoffwechselanomalien in Betracht.

4. Arnsperger, Heidelberg: **Zur Frühdiagnose der Lungentuberkulose.**

Ueber die Bedeutung der Röntgenmethode zur Frühdiagnose der Lungentuberkulose sind die Ansichten noch geteilt. A. kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu günstigem Urteil. Das Williamssche Symptom, die verminderte Atmungsexkursionsbreite des Zwerchfells der befallenen Seite, hat er nur selten beobachten können; dagegen gibt das Röntgenbild in Veränderungen der Helligkeit und Grösse der Lungenspitzenfelder und Verschiedenheiten der Helligkeitsänderung bei der Atmungsbewegung wichtige Anhaltspunkte für eine beginnende Spitzenaffektion. Die Röntgenuntersuchung macht die anderen Untersuchungsmethoden nicht überflüssig; sie leistet nicht mehr, aber anderes als diese und kann sie in wertvoller Weise ergänzen.

5. Pförringer und Bunz, Regensburg: **Die röntgenologische Diagnostik der Lungentuberkulose.**

Ihre vielseitigen Erfahrungen über die Bedeutung der Röntgenuntersuchung für die Diagnose der Lungentuberkulose fassen die Verff. dahin zusammen, dass die Methode bei vorgeschrittenen Fällen einen guten Einblick in den Zerstörungsprozess, der oft weit über das klinisch Nachweisbare hinausgeht, gestattet, dass sie bei incipienten Fällen fast stets die oft schwankende Diagnose zu sichern und zu festigen vermag. Sie ist keine selbständige Methode, die der übrigen klinischen Hilfsmittel entraten könnte, aber sie ist eine wertvolle Unterstützung derselben und besonders für die Untersuchungen und Begutachtung versicherungspflichtiger Kranker nicht zu entbehren.

6. Nyrop, Kopenhagen: **Gastropexie und Retention.**

Verf. berichtet über mehrere Fälle, bei denen eine Gastropexie, die spontan durch Verwachsungen mit der vorderen Bauchwand entstanden, oder operativ angelegt war, zu schweren Störungen der Magenfunktion, besonders durch Retention geführt hatte, deren Beseitigung eine Gastroenterostomie erforderte. Danach besteht die von Rovsing bei Empfehlung der Gastropexie zur Behandlung der Gastroptose gemachte Annahme, dass die physiologische Funktion des Magens beeinträchtigende Störungen durch die Operation nicht herbeigeführt werden könnten, nicht zu Recht.

7. Rosenbach, Berlin: **Die Methoden der Verstärkung des Kniephänomens.**

Gegenüber den andern Methoden, Jendrassikscher, Krönigscher Kunstgriff, Rückwärtszählenlassen, verweist R. auf den von ihm früher gemachten Vorschlag, die Aufmerksamkeit des Patienten dadurch abzulenken, dass man ihn aus einem grossen Buche oder der Zeitung vorlesen lässt. Die beste Methode, die auch bei völlig unintelligenten und bewusstlosen Patienten anzuwenden ist, ist die von Guttmann angegebene, nach der durch Suspension des Beines mittels zweier Handtücher jeder subjektive Einfluss ausgeschaltet wird.

8. Mekus, Düsseldorf: **Ein Fall von Leberschwund nach Trauma und Rekreation des Organs, unterstützt durch operativen Eingriff.**

Der betr. Patient erlitt eine Quetschung des Bauches; es wurde zunächst die Diagnose Leberkontusion gestellt, die Frage der Ruptur offen gelassen, und exspektative Behandlung eingeschlagen. Nach einigen Tagen entwickelte sich ein Ikterus und traten hochgradige Schmerzattacken auf. Die genaue Beobachtung der Leber zeigte eine fortschreitende Verringerung der Dämpfungszone. Langsam wachsendes Exsudat in der Bauchhöhle und fortschreitender Verfall zwangen schliesslich zur Operation. Dabei zeigte sich galliger Ascites, zahlreiche Verwachsungen der Darmschlingen und eine hochgradige Verkleinerung der Leber. Um den gestörten Leberkreislauf zu entlasten, wurden nach Talma Netzteile an den parietalen Bauchfellüberzug genäht. Nach anfänglicher Störung durch einen galligen Abscess verlief die Rekonvalescenz glatt, ausgiebige Ernährung war wieder möglich, die Schmerzen blieben geschwunden, das Körpergewicht nahm rapide zu und vor allem ging damit eine allmähliche, perkutorisch nachweisbare Vergrösserung der Leberdämpfung einher. Es ist anzunehmen, dass durch das Trauma eine Zerreisung der Leberkapsel und teilweise Zertrümmerung von Lebersubstanz zu stande gekommen ist. Der Ascites ist wohl als Folge einer chronischen Entzündung des Peritoneums in Verbindung mit der sich allmählich geltendmachenden Stauung infolge der Störung des Leberkreislaufs zu betrachten. Die durch die Talmasche Operation herbeigeführte Entlastung des Pfortaderkreislaufs hat dann wohl auch eine Rekreation des Lebergewebes ermöglicht.

9. Goldflamm, Warschau: **Ein Fall von angeborenen Fisteln der Unterlippen.**

Zufälliger Befund der kongenitalen Missbildung, die darin besteht, dass an der Unterlippe zu beiden Seiten der Medianlinie im Lippenrot je eine Fistelöffnung besteht, die in eine sackförmige Erweiterung oralwärts unter den Schleimhautteil der Unterlippe mündet, aus der sich eine schleimartige Flüssigkeit entleert. Bei drei anderen Mitgliedern der Familie des Pat. soll sich dieselbe Anomalie finden.

10. Fromm, München: **Zur Prophylaxe der Infektionen in den Warteräumen von Kinderambulatorien.**

F. schildert die betr. Einrichtungen in seinem Institut; jedes neu kommende Kind wird beim Eintritt einer ärztlichen Inspektion unterzogen; lässt sich eine der Infektionskrankheiten feststellen, so wird es in ein für die betr. Krankheit vorgesehenes kleines Isolierzimmer gebracht. Die Untersuchung im Ordinationszimmer erfolgt erst, nachdem andere Parteien dasselbe verlassen haben; bevor neue es betreten, findet eine Desinfektion statt. Auf diese Weise wird jeder direkte Kontakt mit anderen vermieden.

11. Pfaundler, München: **Ueber Wesen und Behandlung von Ernährungsstörungen im Säuglingsalter** (Schluss aus Nr. 1).

Bei den Krankheiten des Verdauungsapparates der Säuglinge werden am besten zwei Gruppen von Fällen prinzipiell geschieden, jene, die ausschliesslich auf einer Schädigung des jugendlichen Organismus durch quantitativ und qualitativ unzweckmäßige Nahrung beruhen, und jene, in denen bakterielle, infektiöse Vorgänge im Spiele sind; die erste Gruppe kann man als die der „Ernährungsstörungen" im engeren Sinne des Wortes, die letztere als die der eigentlichen genuinen (organischen) „Verdauungskrankheiten" bezeichnen, „Ernährungsstörungen ex alimentatione" und „ex infektione". Bezüglich des Einflusses dieser Schäden auf Morbidität und Mortalität der Säuglinge ist zu sagen: ex alimentatione erkranken die Kinder und ex infektione sterben sie. P. beschränkt seine Ausführungen auf die reine Ernährungsstörung bei Flaschenkindern; das Krankheitsbild entspricht dem, wie es früher als „Dyspepsie der Flaschenkinder" aufgestellt wurde; in neuerer Zeit ist es treffender als „Milchnährschaden" bezeichnet worden. Als Ursachen für das Nichtgedeihen eines unter allen Kautelen künstlich, mit fremder Milch ernährten Säuglings, für den „Milchnährschaden", die „Heterodystrophie", sind die verschiedensten Momente herangezogen worden. In längeren Ausführungen werden die wichtigsten Hypothesen besprochen und kritisiert, die Biedertsche bezgl. des Kuhmilchkaseins, die Czerny-Kellersche bezgl. des Kuhmilchfettes, die Hamburgersche bezgl. des Kuhmilcheiweisses als artfremdes Eiweiss. Die alle gehen von der Annahme



aus, dass irgendwelche Bestandteile der körperfremden Nahrung dem Organismus direkt oder indirekt positiven Schaden zufügen. Es ist aber wohl zu fragen, ob der Schaden nicht auch ein negativer sein kann, ob es sich nicht, statt dass der Schaden durch Bestandteile der künstlichen Nahrung gebracht wird, um das Fehlen eines schwer entbehrlichen Nutzens handelt, den die natürliche Ernährung vermittelt, den die arteigene Milch birgt. Die Annahme, dass der Nutzen der Muttermilch nicht vorwiegend oder ausschliesslich in ihrer quantitativen Zusammensetzung gelegen ist, auch nicht in ihrer „Leichtverdaulichkeit", sondern dass er durch den Gehalt an gewissen, allerdings zunächst noch hypothetischen Nutzstoffen bedingt ist, hat manches für sich. Diesseits der Darmwand besteht kein von vornherein wesentlich abweichendes Verhalten zwischen dem Brust- und Flaschenkind; jenseits der Darmwand muss die Verschiedenheit zum Ausdruck kommen und ihre Ursache gesucht werden. Wenn die Frauenmilch positiven Nutzen bringt, so muss dieser Nutzen in einer Förderung der Assimilationsfunktion, der „Zellverdauung" gelegen sein. Der Bestandteil der Milch, welcher der Träger der den Nutzen vermittelnden Stoffe ist, scheint nach experimentellen Ergebnissen die Molke zu sein. Man würde danach zu folgender hypothetischer Auffassung kommen. Die beim neugeborenen Säuger noch rückständige Funktion der Assimilation, der eigentlichen Zellernährung, erfährt eine in vielen Fällen nicht entbehrliche Unterstützung durch fremdartig wirkende Substanzen der Molke, die in Analogie mit anderen Wehrstoffen die Eigentümlichkeit haben, nur innerhalb der Spezies, also nur bei natürlicher Ernährung, zu wirken. Diese Schutzstoffe der artgleichen Milch (bezw. Molke) widerstehen offenbar der Verdauung und gelangen in die kindlichen Körpersäfte. Da in manchen Fällen die Muttermilch ohne erkennbaren Schaden entbehrt werden kann, ist anzunehmen, dass solche Stoffe, oder die Fähigkeit solche zu produzieren, in individuell schwankendem Maße dem Körper des Neugeborenen bereits eigentümlich sind und dass es sich bei ihrer Verfütterung im Wesen nur um eine Ergänzung dieser Depots handelt. Für den Ernährungserfolg ist anscheinend wesentlich maßgebend das Mengenverhältnis der zu bewältigenden Nähr- und jener anderen Nutzstoffe. Was die Behandlung des Milchnährschadens betrifft, so ergibt sich aus den Ausführungen, dass bei reiner bestehender Heterotrophie Frauenmilch nicht nur das zweckmäßigste Nähr-, sondern auch ein richtiges Heilmittel ist. Die Ammenbrust ist für solche Kinder zu fordern. Wo das auf Schwierigkeiten stösst, da findet man, da das Missverhältnis zwischen Nähr- und jenen Molkennutzstoffen nicht durch Mehrung der letzteren zu beseitigen ist, oft in der Minderung der ersteren ein wirksames Verfahren; es hat eine Reduktion der Nahrungsmenge, die Einstellung auf das wahre Nahrungsbedürfnis, allenfalls die Einleitung einer richtigen „Minimalnahrung" einzutreten. Und zwar empfiehlt es sich, die Einschränkung der Nahrungsmenge im allgemeinen nicht durch Verminderung des Nahrungsvolums, sondern durch stärkere Verdünnung der Kuhmilch zu bewerkstelligen. Hat man damit eine Regulierung der Stühle erreicht, so sieht man meist auch eine paradox erscheinende Körpergewichtszunahme eintreten und alle übrigen Krankheitserscheinungen schwinden; bleibt die Zunahme aus, so spielt wohl die Unterbilanz des Kraftwechsels die wesentlichste Rolle: die Heterotrophie geht dann in einfachen Hungerzustand, Atrophie, über. Wo das der Fall ist, muss man zur Beigabe von Heizstoffen in der Nahrung schreiten. Den Fetten und Zuckerarten, die als solche in Betracht kommen könnten, sind im allgemeinen die Schleime und Mehle vorzuziehen, und zwar in Form von natürlichen Cerealien, nicht von Kindermehlen, deren weit getriebene Dextrinisierung („Aufschliessung") bei der Behandlung der Heterotrophie entschieden als Nachteil zu betrachten ist. Bei der Wahl der Cerealien und der Zubereitung im Einzelfalle lässt die Empirie bei jüngeren Kindern die aus Gerste und Reis bereiteten, etwas Pflanzeneiweiss enthaltenden Schleime, bei älteren die aus Weizen und Hafermehl bereiteten Abkochungen, beide von geringer Konzentration, als verdünnenden Zusatz zur Milch vorziehen. Versagen diese, so empfiehlt sich die gleichzeitige Verabreichung zweier verschiedener Kohlehydrate, also Mehl und Maltose oder Mehl und Rohrzucker, z. B. Nahrungsformen, die dieser Forderung entsprechen, sind die Buttermilch (nach de Jager), die Liebigsuppe, die Kellersche Malzsuppe. Beim Gebrauch derartiger Nährmittel muss man sich bewusst bleiben, dass ihr andauernder Gebrauch bei Kindern im ersten Lebenshalbjahre einen anderen und nicht minder schweren Schaden als die Heterotrophie zur Folge haben kann, den „Mehlnährschaden". Hierbei kommen therapeutisch nebst Frauenmilch fettreiche Milchverdünnungen, allenfalls vorgelabte Milch in kleinen Mengen in Betracht.

12. Soltmann, Leipzig: **Die Säuglingssterblichkeit im Krankenhause** (Schluss aus Nr. 1).

Auf Grund eingehender statistischer Studien, die in Tabellen dargelegt werden, kommt Verf. zu dem Ergebnis, dass trotz Einführung aller hygienischen Verbesserungen, trotz peinlichster Sauberkeit, trotz Durchführung der Asepsis bei der Säuglingspflege im Krankenhause bei Beibehaltung des Systems der künstlichen Ernährung die Infektionsgefahr sich nicht bannen lässt und nicht die wesentlichen Erfolge bezgl. der Säuglingsmortalität, die zu erstreben sind, erreicht werden. Hygiene und Asepsis bleiben das Fundament der Säuglingspflege, aber die Brustnahrung sollte jedem Säugling auf einer Säuglingsstation eines Krankenhauses zur Verfügung stehen, und nur wo sie nicht ausreicht oder nicht zu beschaffen ist, soll als Notbehelf das Zwiemilchsystem oder künstliche Ernährung Platz greifen. Die Brustnahrung, Muttermilch, bleibt das unersetzliche Material, das sich quantitativ und qualitativ dem Entwicklungsgang des Kindes anpasst, die physiologischen Funktionen der Verdauungsorgane aufrecht erhält und unter den günstigsten Verhältnissen des Gesamtorganismus zu ihrer normalen Vollkommenheit entfaltet, sie ist das Bollwerk, das den gesunden und kranken jungen Weltbürger feit gegen Gefahr und Siechtum.

13. Eversbusch: **Zum siebenzigsten Geburtstag von Generalarzt Dr. Seggel.**

14. Neustätter: **Geburtenziffer und Fruchtbarkeit.**

Besprechung einer Arbeit von Webb in der Times „Physische Entartung oder Selbstmord der Rasse", worin für die englischen Verhältnisse nachgewiesen wird, dass dem willkürlichen Eingreifen, der willkürlichen Beschränkung, nicht einer physischen Degeneration das Herabgehen der Geburtenzahl zuzuschreiben ist.

Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 2. 1907.

1. Koch: **Bericht über die Tätigkeit der deutschen Expedition zur Erforschung der Schlafkrankheit bis zum 25. November 1906.**

Bezüglich der Diagnose der Trypanosomiasis haben sich die Drüsenpunktionen als sicherstes Mittel erwiesen; 356 Punktionen ergaben 347 mal positiven Befund. Der Trypanosomenbefund in den Drüsen scheint ein ganz konstantes Symptom zu sein bei den Trypanosomiasis-Kranken und nicht wie das Auftreten der Trypanosomen im Blutstrom starken Schwankungen unterworfen zu sein. Der Drüsenbefund gewinnt hohe Bedeutung nicht nur für die Diagnose, sondern auch für die Beurteilung des Einflusses der Behandlungsmethoden. Immer günstigere Resultate hat die Atoxylbehandlung gezeitigt. Die Kranken teilt man am besten in zwei Kategorien, Leicht- und Schwerkranke, ein. Erstere fühlen sich zwar krank, nehmen eine gewisse Schwäche der Bewegungen und mancherlei Schmerzempfindungen wahr, bieten aber neben den subjektiven Symptomen objektiv nur die Schwellung der Lymphdrüsen und das Vorhandensein der Trypanosomen in diesen dar. Die Schwerkranken zeigen eine Kombination von motorischen und psychischen Störungen: sichtbare Beeinträchtigung der Muskeltätigkeit, Zittern, taumelnder Gang bis zur völligen Gehunfähigkeit, Erregungszustände wie bei Choreatischen, Manischen, oder psychische Schwächezustände, Apathie, Somnolenz, Enuresis. Das Atoxyl wurde in Doppelinjektionen an zwei aufeinanderfolgenden Tagen gegeben. Während die Wirkungen bei den Leichtkranken sich nur als Besserungen des subjektiven Befindens dokumentieren, sind sie bei den Schwerkranken objektiv zu verfolgen; und obwohl sich unter diesem Material eine ganze Zahl von Kranken befinden, die sich nicht mehr aufrichten können, in bewusstlosem Zustand daliegen und unter sich gehen lassen, sind im Laufe von ein bis zwei Monaten eine Anzahl soweit gebessert, dass die Schlafsucht sich verloren hat, das Bewusstsein wiedergekehrt, die Enuresis geschwunden ist, und dass sie ohne Unterstützung gehen können.

Unter den Schwerkranken befinden sich auch solche, bei denen der Zustand unter der Atoxylbehandlung bisher unverändert geblieben ist; wenn sich bei diesen nicht noch später eine Besserung einstellt, dürfte anzunehmen sein, dass bei der langen Dauer der Krankheit, die der Behandlung vorausging, Veränderungen im Zentralnervensystem gesetzt sind, die auch trotz Beseitigung der Trypanosomen irreparabel sind; solche Kranken sind gewissermaßen Invaliden der Trypanosomiasis. Die Trypanosomen verschwinden nach den Atoxylinjektionen vollständig und erscheinen bis zum dreissigsten Tage und darüber hinaus nur ausnahmsweise wieder. Eine Abschwächung der Atoxylwirkung, etwa infolge einer Gewöhnung an das Mittel, ist nicht zu beobachten. Während vor der Behandlung in den Drüsen immer leicht viele Trypanosomen nachzuweisen sind, sind dieselben, wenn sie nach der Behandlung ausnahmsweise wieder auftreten, immer nur in einzelnen Exemplaren nach mühevollem Suchen zu finden. Es macht den Eindruck, als ob durch die Resorption der vom Atoxyl abgetöteten Trypanosomen ein gewisser Grad von Immunität erzeugt wird, welcher die Trypanosomen nicht mehr recht aufkommen lässt. Ein grosser Vorzug der Atoxylbehandlung liegt weiter darin, dass diese Behandlungsmethode sich ohne Schwierigkeiten zur Anwendung auf beliebig grosse Massen von Menschen eignet; die Expedition selbst ist mit ihren einfachen Mitteln imstande gewesen, nahezu tausend Kranke gleichzeitig in Behandlung zu nehmen. Die Methode selbst ist wohl noch einer Verbesserung und Vereinfachung zugänglich in dem Sinne, dass an Stelle der Doppelinjektionen einfache gesetzt werden können. So bedeutend die praktischen Ergebnisse bezüglich der Behandlung und der dadurch ermöglichten Bekämpfung der Schlafkrankheit sind, so wenig sind dieselben auf theoretischem Gebiet fortgeschritten. In den Glossinen sind immer wieder mehrere Typen von Trypanosomen gefunden worden, aber nur einer, der sich mit dem Trypanosoma gambiense identifizieren lässt. Der gelegentliche Befund von diesen Trypanosomen in den Speicheldrüsen der Glossinen beweist, dass sie nicht nur als Schmarotzer in den Verdauungswegen der Glossinen leben, sondern in ähnlichem Verhältnis zu ihnen stehen, wie die Malariaparasiten zu den Anopheles.

2. Rudinger, Wien: **Ueber den Einfluss der Röntgenstrahlen auf den Eiweissumsatz bei der Basedowschen Krankheit.**

Stoffwechseluntersuchungen bei zwei mit Röntgenbestrahlungen behandelten Basedow-Kranken ergaben einen Einfluss der Röntgenbestrahlung im Sinne einer intensiven Stickstoffretention, eines wirklichen Ansatzes von Körpersubstanz. In jedem Falle von Morbus Basedowii sollte wenigstens eine einmalige versuchsweise Bestrahlung der Schilddrüse vorgenommen werden.

3. Bergell: **Zur Kenntnis des Hexamethylentetramins und seiner Salze (Cystopurin).**

Verf. teilt eine Methode der Darstellung des Hexamethylentetramins aus Harn mit und eine Methode der Bestimmung als Sublimat-Doppelsalz und als erstes Ergebnis der Anwendung dieser Methodik die Tatsache, dass Hexamethylentetramin als solches im Harn erscheint, dass aber etwa 50% dieser Substanz im Organismus verbrannt werden. Von den Verbindungen des Hexamethylentetramins beansprucht eine doppelsalzartige mit Natriumazetat vom Typus 1 Mol. Hexamethylentetramin und 2 Mol. Natriumazetat ein besonderes Interesse. Es ist ein gut krystallisiertes Doppelsalz, eine einheitliche chemische Verbindung, die unter den nötigen Kautelen stets analytisch rein erhalten werden kann. Sie hat den Namen Cystopurin erhalten und scheint vor dem Hexamethylentetramin wesentliche Vorzüge für die medicinische Verwendung zu haben.

4. Loose, Berlin: **Ueber den klinischen Wert des Cystopurins.**

Das Cystopurin wurde in Tabletten a 1,0 g, dreimal täglich zwei Stück, gegeben; es ist in Wasser gelöst fast geschmacklos; keiner der Patienten klagte über Magenbeschwerden, auch nicht solche, die an chronischen Magenleiden litten; eine Anregung der Verdauung wurde öfters konstatiert; die Urinsekretion wurde vermehrt, irgend welche Nebenerscheinungen unangenehmer Art von Seiten der Niere oder Blase traten nicht auf. Bei frischen und alten Cystitiden, darunter solchen, die lange Zeit mit den verschiedensten Mitteln behandelt waren, machte sich in wenigen Tagen der günstigste Einfluss des Cystopurins geltend. Bei einer grösseren Zahl von frischen und chronischen Gonorrhoen wurde eingehend mikroskopisch und kulturell das Verhalten der Gonococcen unter innerlicher Darreichung von Cystopurin, Injektion von Cystopurin-Lösungen und solchen anderer Mittel verfolgt. Dabei zeigte sich, dass es gelingt, dem Fortschreiten der gonorrhoischen Erkrankung durch Einnehmen von 6 g Cystopurin täglich ein Ziel zu setzen; Injektion starker Lösungen tötet aber die Gonococcen nicht ab, sondern lässt sie sich ständig vermehren und hebt nicht die Möglichkeit ihrer Züchtung auf künstlichem Nährboden auf. Es ist deshalb anzunehmen, dass Cystopurin nicht imstande ist, die Gonococcen nach Art der desinfizierenden Mittel abzutöten; vielmehr wird es wahrscheinlich, dass es den Gonococcen unmöglich wird, in das Gewebe einzudringen. Diese Annahme findet eine Stütze darin, dass bei innerer Cystopurindarreichung sofort zahlreiche Lymphocyten auftreten, die das Bestreben zeigen, die Gonococcen in sich aufzunehmen; ihre Zahl nimmt zu, wenn adstringierende Lösungen nebenbei injiziert werden und ist am grössten bei Injektionen von Albargin und Protargol. Cystopurin ruft also eine vermehrte Einwanderung von Lymphocyten hervor, genau wie die injizierten Lösungen, und diese Lymphocyten sind es, die die Gonococcen vernichten. Die Wirkung der injizierten Lösungen verstärkt ebenso die Wirkung des Cystopurins, wie dies umgekehrt die Wirkung der injizierten Mittel vermehrt. Verf. sieht danach im Cystopurin einen chemischen Körper, der imstande ist, in den Gebieten, die er berührt, den Lymphstrom zu beeinflussen und dadurch in der Weise eine Heilung herbeizuführen, wie wir sie bei künstlicher Hyperaemie sehen.

5. Jürgens, Berlin: **Ueber typhusähnliche Erkrankungen** (Schluss aus Nr. 1).

Verf. zeigt an einer Reihe von Krankengeschichten, wie verkehrt es ist, zu viel von den aetiologischen Methoden zu verlangen, eine aetiologische Reaktion kann nicht an sich, sondern immer nur in Verwertung mit dem allgemeinen klinisch-pathologischen Syndrom zur Diagnose verhelfen. Die Zugehörigkeit einer Erkrankung zum Abdominaltyphus lässt sich weder nach den einzelnen Symptomen noch allein nach dem vorliegenden aetiologischen Befund entscheiden, sondern lediglich danach, ob die auftretenden Symptome Ausdruck, und ob der gefundene Bazillus die Ursache eines ganz bestimmten Krankheitsprozesses sind, den wir eben Typhus nennen. Nur nach solchen Begriffen lässt sich der Typhusbegriff abgrenzen, und nur hiernach lässt sich entscheiden, wo der Bazillenträger aufhört und wo der Typhuskranke anfängt. Ueberträgt man dies auf die Paratyphuserkrankungen, so kann es nicht genügen, in typhusähnlich verlaufenden Fällen die aetiologische Rolle des Paratyphusbazillus nachzuweisen, als ob damit erwiesen wäre, dass solche Fälle deshalb zum Typhus oder Paratyphus gerechnet werden müssen, weil der betreffende Krankheitserreger ein Typhus- oder Paratyphusbazillus ist. Nicht auf das Bakterium kommt es an, sondern auf den entstandenen Krankheitsprozess. Wenn es auch erwiesen ist, dass typhöse Erkrankungen durch Paratyphusbazillen zu stande kommen können, so ist doch nicht gesagt, dass jeder Paratyphus-Infekt als Typhus verläuft. Es sind Paratyphus-Infekte beobachtet, die ganz andere Erscheinungen hervorrufen, z. B. das Bild der akutesten Gastroenteritis; und solche Infekte sind klinisch entschieden von denen zu sondern, die als Typhuserkrankung verlaufen. Die Paratyphusbazilleninfekte sind trotz ihrer aetiologischen Einheit klinisch nicht einheitlich aufzufassen. Die Erkenntnis, dass der Paratyphusbazillus verschiedenartige Schädigungen und damit verschiedene Krankheitsbilder auslösen kann, hat an sich nichts Befremdendes. Wenn der Eberthsche Bazillus nach der bisherigen Erkenntnis keine anderen Affektionen auslöst als einen Typhus, so liegt das vielleicht daran, dass der Infektionsmodus immer in derselben Weise erfolgt. Die Paratyphusbazillen verhalten sich ausserhalb des menschlichen Körpers anders als die Typhusbazillen; sie werden öfters in verdorbenen Nahrungsmitteln gefunden, und weil ein solches Verhalten des Eberthschen Bazillus bisher nicht beobachtet ist, so findet schon hierin das Fehlen eines solchen dem Paratyphusinfekt analogen Vorganges beim Typhusbazillus eine Erklärung. Die gelegentliche Entstehung von Typhus- und Paratyphusepidemien, sowie das eigenartige Auf-

treten von solchen Erkrankungen durch Kontaktinfektion deuten auf ein ganz bestimmtes, noch unbekanntes Verhalten der Typhus- und ebenso der Paratyphusbazillen ausserhalb des kranken Menschen hin. Die akuten, unter Vergiftungserscheinungen auftretenden Paratyphusinfekte zeigen ein ganz anderes klinisches Syndrom, und sie unterscheiden sich auch aetiologisch und epidemiologisch vom Typhus, indem die Infektion auf ganz bestimmte Weise, durch den Genuss von bazillenhaltigem, verdorbenem Fleisch entsteht. Die Paratyphusfrage liegt demnach so, dass die typhusähnlichen Erkrankungen keine einheitliche Aetiologie haben. Jede aetiologische Gruppe, z. B. der Paratyphusbazilleninfekt, bildet in sich eine geschlossene Einheit, klinisch können aber verschiedene Krankheitsbilder auftreten. Unter gewissen Bedingungen entsteht ein Typhus, unter anderen Verhältnissen ein ganz anderer Krankheitsprozess, z. B. eine schwere Gastroenteritis, die klinisch und anatomisch nichts mit dem Typhus gemein hat und sich auch epidemiologisch und aetiologisch vom Typhus insofern unterscheidet, als die Entstehung an den Genuss verunreinigter Nahrungsmittel geknüpft ist und eine Ansteckung nicht durch den kranken Menschen zu erfolgen pflegt. Den klinischen Begriff „Paratyphus“ sollte man danach fallen lassen. Ein Typhus bleibt ein Typhus, ob er durch Eberthsche oder andere Bazillen entsteht; die aetiologische Form liesse sich durch einen entsprechenden Zusatz zum Ausdruck bringen. Für die in anderer klinischer Form sich äussernden Paratyphusbazilleninfekte wäre vielleicht die Bezeichnung Paratyphusbazillosen zu wählen.

6. Pfister, Heidelberg: **Beitrag zur internen Behandlung der Appendicitis** (Schluss aus Nr. 1).

Das beobachtete Material umfasst 70 Fälle, die in den Jahren 1904 und 1905 auf der Erbschen Klinik zur Behandlung kamen. Davon waren 30 leichte und 25 mittelschwere Fälle, 15 gingen mit deutlicher Exsudatbildung einher; davon wurden 4 zur Operation gebracht und damit geheilt, einer starb. Die Gesichtspunkte, die sich aus den Beobachtungen für die Behandlung der frischen Appendicitis ergeben, sind folgende: 1. Jede als Appendicitis diagnostizierte Erkrankung soll mit Opium, wenn nötig mit grossen Dosen, und Eisblase behandelt werden, mit Ausnahme derjenigen akuten Fälle, die von vornherein durch einen schweren Allgemeineindruck (kleiner, frequenter Puls, Bauchdeckenspannung etc.) eine beginnende allgemeine Peritonitis durch Gangrän oder Perforation vermuten lassen; in diesen Fällen ist eine sofortige Operation angezeigt. Für die unbedingte Frühoperation am ersten oder zweiten Tage der Krankheit liegt keinerlei Anlass vor. 2. Eine Operation kann nötig werden, wenn im weiteren Verlauf sich Symptome einer beginnenden Perforation herausstellen, Zeichen einer sicheren grösseren Eiteransammlung vorhanden sind und die Allgemeinerscheinungen bedrohliche Verschlimmerung zeigen. Bei genauer Beobachtung in einer Klinik sind diese Zeichen nicht zu übersehen und sofortige Operation kommt dann nicht zu spät. 3. Bei verzögerter Heilung, mangelnder Resorption des Exsudates, ständigen Schmerzen etc. ist ebenfalls eine Operation indiziert. 4. Bei ein- und mehrmaliger Wiederholung des Anfalls ist die sofortige Frühoperation oder besser, wenn möglich, die Intervalloperation unbedingt anzuraten.

7. Boldt, Berlin: **Glycosurie nach Kropfschwund.**

Ein Patient, der seit vielen Jahren eine Struma parenchymatosa hatte, erhielt wegen einer andern Affektion Jodkali. Dabei schwand seine Struma fast völlig; dafür aber trat eine Glycosurie auf. Die Entstehung derselben dürfte, da eine Pankreaserkrankung sich ausschliessen lässt, wohl auf den Schwund der Schilddrüse zurückzuführen sein.

8. Krueger, Togo: **Ein Fall von intraperitonealer Blasenruptur.**

Die Verletzung entstand durch plötzliche Einwirkung einer stumpfen Gewalt gegen das Kreuzbein; die Diagnose liess sich aus Anamnese, Allgemeinzustand, Druckempfindlichkeit der Regio suprapubica, Anurie, schmerzlose Durchgängigkeit der Harnröhre für dicken Nélaton, Abfluss von wenig blutigem Urin stellen; für intraperitoneale Ruptur sprach der Nachweis von Flüssigkeit im Abdomen und das Fehlen der Urininfiltration. Naht der Ruptur per Laparotomie unter Schleichscher Infiltration brachte glatte Heilung.

9. Sachs, Charlottenburg: **Eine Vereinfachung der Hellerschen Ringprobe.**

Auf einen auf dunklem Grunde liegenden Objektträger bringe man einen Tropfen Salpetersäure, daneben einen Tropfen des zu untersuchenden Urins; die Tropfen verbreitern sich von selbst gegeneinander und vereinigen sich, wobei sie sich unter- bezw. überschichten. Bei stärkerem Eiweissgehalt entsteht sofort, bei schwachem nach kurzer Zeit ein weisser, grauer, bezw. gräulichblauer Schleier in der Halbkugel, der zumeist halbmondförmig über den Säuretropfen sich ausbreitet. Die Methode ist bequemer als alle bisher üblichen. Spuren von Albumen bis zu 0,01 ‰ sind deutlich zu erkennen.

Aerztliche Rundschau. Nr. 1. 1907.

Hauffe, Ebenhausen: **Chronische Hautinfiltration bei einem Phthisiker mit hyperaemisierenden Prozeduren behandelt.**

Es handelte sich um markstückgrosse, bis 1 cm dicke Infiltrate der Haut an der Hand eines progressen Phthisikers, der Prozess war als chronisches Ekzem oder Hauttuberkulose anzusprechen. Die Behandlung geschah mit Oelguttaperchaumschlägen, warmen Bädern und möglichst häufigen Sonnenbestrahlungen. Darunter heilten die Herde in wenigen Wochen, ohne Narben zu hinterlassen, ab.

Nr. 2.

1. Esch polemisiert gegen Zweifel, der zur Kritik therapeutischer Vorschläge nur denjenigen für berechtigt hält, der dieselben praktisch nachgeprüft hat. Den Vorschlag Zweifels, die nach der Geburt in der Scheide vorhandenen Blutcoagula, weil sie zum Nährboden für pathogene Mikroorganismen werden können, durch Auswischen zu beseitigen, bekämpft er vom Standpunkt der biologischen Heilkunde, und fordert allgemein, dass an Stelle der einseitigen anatomisch bakteriologischen Anschauungsweise eine eingehendere Berücksichtigung des Stoffwechsels und des Energiegetriebes in der lebenden Substanz, die von den morphologischen Forschern fast ganz vernachlässigt werden, treten solle.

2. Schöppler, München: **Ueber Bader, Barbiere und Wundärzte der ehemals freien Reichsstadt Nürnberg.**

Historische Studie.

3. Schmidt, Berlin: **Zum Kapitel der Ernährung blutarmer Personen.**

Ueber die Tatsache, dass blutarme, nervöse, schwächliche Personen mit Eisen ernährt werden müssen, ist in der Praxis nicht hinwegzukommen. Die meisten Eisenpräparate, die therapeutisch wirksame Mengen Eisen enthalten, leiden an dem Nachteil, dass sie rasch Verdauungsstörungen hervorrufen, was um so bedenklicher ist, als die betr. Patienten meist schon an sich an hochgradiger Appetitlosigkeit leiden. Da muss man zur konzentrierten Ernährung mit künstlichen Präparaten greifen, am besten zu solchen, die Eisen enthalten. In dieser Hinsicht hat sich beim Verf. das Eisentropon ganz besonders bewährt, sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern.

Bücherbesprechung.

Die Untersuchungen von Körperverletzungen, insbesondere der tötlichen. Von Dr. Kurtz. Düsseldorf, 1906. Verlag von L. Schwann. 133 Seiten, Preis: 1,80 M.

Die Arbeit enthält in gedrängter Kürze eine übersichtliche Zusammenstellung der hierauf bezüglichen gesetzlichen Bestimmungen und wird dem Juristen wie dem Gerichtsarzte ein willkommener Ratgeber sein. H. Engel, Berlin.

Die chirurgische Behandlung der Haemorrhoiden. Von Dr. Paul Schlacht. Königsberg i. Pr., 1906. Verlag von Gräfe und Unger. II. Auflage, 90 Seiten, Preis 2 M.

Die fleissige Arbeit gibt eine kritische Zusammenstellung der im Laufe der Zeit bei dem weit verbreiteten Leiden zur Anwendung gelangten Behandlungsmethode. Dass das lesenswerte Werkchen

im Laufe eines Jahres die wohlverdiente zweite Auflage erlebt, ist sich Empfehlung genug. H. Engel, Berlin.

Die Schmerzverhütung in der Chirurgie. Mit 20 Abbildungen. Von Dr. O. Witzel, F. Wenzel und O. Hackenbruch. München, S. F. Lehmanns Verlag 1906. 106 Seiten, Preis 3 M.

In drei Abschnitten: Ueber die Wahl des Verfahrens zur Schmerzverhütung, Die allgemeine Narkose, Die örtliche Schmerzverhütung, bringen die Verfasser ihre Erfahrung und die erforderlichen Technicismen in formvollendeter Weise zum Ausdruck. Der Chirurg wie der Praktiker werden in der Lektüre der Arbeit mannigfaltige Anregung und reichen Lohn finden. H. Engel, Berlin.

Ueber Blinddarmentzündung. Wann soll operiert werden. Von Med.-Rat Dr. J. Baumgärtner, Baden-Baden. Verlag der Aerztlichen Rundschau, München 1906. 41 Seiten.

Die mit sehr instruktiven Abbildungen versehene klare Arbeit spiegelt den heutigen Standpunkt wieder, den der Arzt gegenüber der Blinddarmentzündung einnimmt. Das populär geschriebene Werkchen sollte vom Arzte seiner gebildeten Klientel in die Hand gegeben werden. H. Engel, Berlin.

Vermischtes.

Berlin. Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wird ihren diesjährigen Kongress, den dritten seit ihrer Begründung, am 24. und 25. Mai in Mannheim abhalten.

Als einziges Verhandlungsthema wird die Frage der sexuellen Pädagogik eingehend erörtert werden. Nach der vorläufigen Tagesordnung sollen folgende Spezialreferate erstattet werden:

Die Aufgabe der Mutter, des Hauses, der Volksschule. — Sexuelle Aufklärung in höheren Schulen, für Abiturienten, Seminaristen, Fortbildungsschulen, auf dem Lande. — Jugendliteratur. — Sexuelle Diätetik.

Hervorragende Mediciner und Pädagogen haben die Referate übernommen. Wir nennen von Aerzten die Herren Geheimrat Prof. Albert Eulenburg-Berlin, Prof. Kopp-München, Dr. A. Blaschko-Berlin, Dr. E. von den Steinen-Düsseldorf, Dr. W. Fürstenheim-Berlin und Frau Dr. Adams-Lehmann-München; von Pädagogen die Herren Prof. Foerster-Zürich, Köster und Höller-Hamburg, Dir. Prof. Kemsies-Berlin, Prof. Schäfenacker-Mannheim, Hauptlehrer Lacroix und Enderlin-Mannheim, sowie die Damen Frau Prof. Krukenberg-Kreuznach und Frl. Dr. Bäumer-Berlin.

Berlin. Einladungs-Rundschreiben zum dritten Kongress der Deutschen Röntgen-Gesellschaft 1907.

Der dritte Kongress der Deutschen Röntgen-Gesellschaft findet am Montag, den 1. April 1907, morgens 9 Uhr, in Berlin im Langenbeck-Hause statt. Für die Wahl dieses Tages war der Gesichtspunkt maßgebend, den Teilnehmern den Besuch des am 2. April tagenden Orthopäden-Kongresses und des am 3. April beginnenden Chirurgen-Kongresses zu ermöglichen.

Die Ausschusssitzung findet am Sonntag, den 31. März 8 Uhr abends präzise statt. Ort wird noch bestimmt.

Die Eröffnungs- und Geschäftssitzung beginnt am Montag, den 1. April 9 Uhr morgens präzise.

Zur Diskussion steht das Thema: „Welchen Einfluss hat die Röntgendiagnostik auf die Erkennung und Behandlung der Knochenbrüche gehabt?"

Das Referat hat Herr Prof. Dr. Oberst-Halle, das Korreferat Herr Dr. Immelmann-Berlin gütigst übernommen.

Anfragen sind an den derzeitigen Vorsitzenden, Herrn Dr. Albers-Schönberg, Hamburg, Klopstockstr. 10 zu richten.

Anmeldungen von Vorträgen oder Demonstrationen sind möglichst frühzeitig (spätestens bis zum 1. März 1907) bei dem I. Schriftführer der Gesellschaft, Herrn Dr. Max Immelmann, Berlin W. 35, Lützowstr. 72 anzumelden.

H. Albers-Schönberg, Vorsitzender.

Berlin. Der Central-Krankenpflege-Nachweis für Berlin und Umgebung (Fernsprechanruf: Amt III, Rettungsgesellschaft) hielt am Mittwoch 30. Januar im Langenbeckhause seine Generalversammlung unter Vorsitz von Sanitätsrat Dr. S. Alexander ab. Aus dem Geschäftsbericht, welchen Dr. P. Jacobsohn erstattete, geht hervor, dass die Inanspruchnahme des Instituts seitens der Aerzte, der Familien und Krankenanstalten andauernd wächst. Im Jahre 1906 betrug die Zahl der Pflegenachweisungen 2046 Fälle. Besondere Ausdehnung erhielt auch die Beschaffung guter Pflege für arme Kranke, indem wiederum 775 mal Pflegepersonen zu ermäßigtem Preise und 76 mal (meist für die Dauer von 1—2 Wochen) unentgeltlich zur Verfügung gestellt wurden. Die staatlichen und städtischen Beihilfen wurden fast gänzlich für diesen Zweck aufgewendet. Trotzdem ist die finanzielle Lage des Unternehmens nach dem Kassenbericht des Herrn H. Saxenberg befriedigend. Unter den Krankenhäusern, welche den Central-Nachweis in 254 Fällen in Anspruch nehmen, sind die städtischen Kranken- und Irrenanstalten stark vertreten; auch die kleinen Provinz-Krankenhäuser wenden sich oft an die Centralstelle. Im Ganzen hat der Central-Krankenpflege-Nachweis bisher in etwa 7000 Fällen gutes Pflegepersonal besorgt.

Berlin. Der 28. Balneologen-Kongress wird unter Vorsitz von Geheimrat Liebreich vom 7.—11. März cr. in Berlin tagen. Vorträge haben angemeldet die Herren Hofr. Prof. Winternitz-Wien, Geheimrat Prof. Brieger-Berlin, Dr. Rothschild-Soden, Dr. Gräupner-Nauheim, Prof. Kisch-Marienbad, Privatdozent Dr. Strasser-Wien, Prof. Strauss-Berlin, San.-Rat Lenné-Neuenahr, San.-Rat Marcus-Pyrmont, Dr. Burwinkel-Nauheim, San.-Rat Baur-Nauheim, Geheimrat Prof. Hoffa-Berlin, Prof. Wassermann-Berlin, Hofrat Determann-St. Blasien und viele andere. Mit dem Kongresse ist eine Ausstellung von medicinischen Apparaten und Präparationen verbunden. Ueber alle den Kongress betreffende Angelegenheiten gibt Auskunft der Generalsekretär der Balneologischen Gesellschaft, Geheimrat Brock, Berlin NW. 52.

Berlin. Der VI. Kongress der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie wird in der Osterwoche, am Dienstag, den 2. April, dem Tage vor der Zusammenkunft der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, im Langenbeckhause, Ziegel-Strasse 10/11 stattfinden. Die Eröffnung des Kongresses wird vormittags 9 Uhr erfolgen. In der Nachmittagssitzung findet die Generalversammlung statt, in der einige formelle Aenderungen der Statuten beschlossen werden sollen, welche sich wegen der beabsichtigten Anmeldung der Gesellschaft zum Vereinsregister als notwendig erweisen. Ein Entwurf der entsprechend abgeänderten Statuten folgt anbei.

Von der Aufstellung eines Hauptthemas für die Verhandlungen der Gesellschaft ist in diesem Jahre Abstand genommen worden.

Vorträge und Mitteilungen bitte ich möglichst bald — spätestens bis zum 1. März — bei Herrn Professor Dr. Joachimsthal, Berlin W., Magdeburger Strasse 36, anzumelden.

Vorzustellende, von auswärts kommende Kranke finden in der Kgl. chirurgischen Klinik Sr. Excellenz des Herrn Geh.-Rat Professor Dr. v. Bergmann (Ziegel-Strasse 5/9) Aufnahme.

Anmeldungen neuer Mitglieder bitte ich mit der Unterschrift dreier Mitglieder der Gesellschaft gleichfalls an Herrn Professor Dr. Joachimsthal zu richten.

Berlin. Die Vorarbeiten für den XIV. internationalen Kongress für Hygiene und Demographie, der in der Zeit vom 23.—29. September d. J. in Berlin stattfindet, schreiten rüstig vorwärts. Die Themata für die einzelnen Sektionen sind endgültig festgelegt, die hierfür vorgesehenen Referenten aufgefordert, die Auswahl der Referenten ist so getroffen, dass eine möglichst vielseitige, umfassende Behandlung der einzelnen Verhandlungsgegenstände gewährleistet ist. Die deutschen Referenten haben schon jetzt zum grössten Teil zugesagt, auch aus dem Auslande ist bereits eine Reihe zustimmender Antworten eingegangen.

Drucksachen, den Kongress betreffend, sind erhältlich im Bureau des Kongresses Berlin W. 9, Eichhornstr. 9.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Der Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.



Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P. Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 18. Februar 1907. **Nr. 7.**

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag und kostet vierteljährl. 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Was muss der Arzt von Nasen- und Hals-Krankheiten wissen?

Von Dr. **Maximilian Bresgen** in Wiesbaden.

Die von mir aufgestellte Frage ist schon vielfach erhoben und mit mehr oder weniger Geschick zu beantworten versucht worden. Dem Zuge der Zeit folgend ist aber zumeist unseres Erachtens der grössere Wert auf die Vermehrung des Könnens, nicht aber des Wissens gelegt worden. Es ist doch zweierlei, ob die Zwecke des „Arztes" oder die des sogenannten Spezialarztes gefördert werden sollen. Wenn auf einem Sondergebiete die Handfertigkeit des „Arztes" gefördert wird, ohne das Wissen über den Gegenstand entsprechend zu vertiefen, so wird damit weder dem Kranken noch dem Arzte gedient; denn die beste Handfertigkeit ist ziemlich wertlos, wenn sie nicht auf einem, alle einschlägigen Umstände beherrschenden Wissen beruht. Vertieft man das Wissen, so vermehrt sich das Können von selbst, allerdings langsam, doch stetig und sicher. Auf diesem Wege sind in früheren Jahren tüchtige „Spezialärzte" entstanden; und auch heutzutage könnte das noch geschehen, und diese würden, wie ehedem, den Vorzug haben, eine breitere Uebersicht über das ganze ärztliche Wissensgebiet zu besitzen, während die „Spezialärzte" der Neuzeit sich solche erst erwerben müssen, um ihr Können wirklich nutzbringend den Kranken nahe zu bringen.

Den „Spezialärzten" wird so häufig von „Aerzten" Einseitigkeit vorgeworfen; es kann hier gleichgültig sein, ob mit Recht oder Unrecht, besonders wenn der Vorwurf nur für einzelne Fälle gelten soll. Wird er aber im allgemeinen erhoben, so muss doch geltend gemacht werden, dass auch „Aerzte" recht häufig sehr einseitig ihres Berufes walten. Von spezialistischen Kenntnissen nicht beschwert, übt mancher „Arzt" seine Tätigkeit in geradezu vorsündflutlicher Weise aus, hält die Inanspruchnahme eines „Spezialarztes" immer für überflüssig, ja sogar schädlich, weil dieser nur die örtlichen Veränderungen berücksichtige usw. usw. Andererseits ist auch zu tadeln, wenn so mancher „Arzt" überaus bereitwillig die Kranken an „Spezialärzte" überweist, während er selbst schon helfen könnte, wenn er sein Wissen nach dieser Seite bereichert hätte. Denn es gibt recht viele Fälle, in denen der Hausarzt sein Ansehen wesentlich heben könnte, wenn er sich zu den einfachsten spezialärztlichen Verrichtungen durch fortgesetzte Bereicherung seines Wissens befähigt hätte. Ja, es würde ihm schon hoch angerechnet werden, wenn er infolge seines Wissens Zusammenhänge von Krankheitserscheinungen richtig zu erkennen vermöchte, bevor die Kranken erst da und dort ohne Erfolg „behandelt" und ihre Zustände statt besser immer schlechter geworden wären. So können also auch sogenannte praktische Aerzte in der Ausübung dieses Berufes sehr schlimme Spezialisten sein, jedenfalls ebenso schlimm wie „Spezialärzte", die spezialistische, aber keine ärztliche Fähigkeiten bei der Krankenbehandlung zur Wirkung kommen lassen.

Was noch in langen Jahren in dieser Frage aufgefallen ist, möchte ich im folgenden in grossen Zügen zusammenstellen, auf dass in immer weiteren Kreisen der Aerzte die Erkenntnis sich Bahn breche, dass Nasenleiden und Halskrankheiten nicht nach ihren örtlichen Beschwerden allein gewertet werden dürfen, sondern dass in viel höherem Grade ihre Beziehungen zu anderen Teilen und Organen des Körpers in Betracht gezogen werden müssen.*)

Die Erkrankung der Rachenhöhle, insbesondere der Rachenenge mit den beiden Gaumenmandeln, gehören schon von altersher zu den am meisten in ärztliche Behandlung gelangenden Krankheiten. Der frische Schnupfen dagegen, der mindestens ebenso häufig ist, erfreute sich niemals einer so ausgiebigen Berücksichtigung, nicht nur deshalb nicht, weil man bis vor 30 Jahren die Nasenhöhlen noch nicht zweckmäßig zu untersuchen vermochte, sondern hauptsächlich wohl aus dem sehr nachdrücklich sich geltend machenden Grunde der ärztlichen Ohnmacht gegenüber dem genannten Uebel sowie aus der nur allzu geringen Wertschätzung der Bedeutung eines solchen für die Nase, deren Nachbarschaft und den Körper überhaupt.

In der Zeit der Umwertung aller Werte, wo alles in beständigem Flusse ist und bleiben muss, kann kein grösserer Fehler gemacht werden, als am alten kleben zu bleiben — bloss weil es bequem ist. Zum Kranksein gehört freilich Zeit, und zum Gesundwerden noch viel mehr. Das beachten auch alle Kranken fast durchweg, wenn sie an „Kurpfuscher" sich wenden, während sie von „Aerzten" sozusagen umgehende Hülfe verlangen, vielleicht weil sie deren Können unbewusst doch höher einschätzen! Aber wir Aerzte müssen uns stets bewusst bleiben, dass wir nicht nach Kurpfuscherart etwas versprechen dürfen, dessen Erfüllung uns durch unsere Wissenschaft von vornherein als zum mindesten fraglich erscheinen muss. Alsdann wahren wir unser Ansehen als Aerzte, alsdann gewöhnen sich die Kranken ab, uns mit Forderungen zu behelligen, die nur Kurpfuschern zugemutet werden können. Freilich verlangt ein solches Verhalten neben einer idealen, pflichttreuen Auffassung unseres Berufes ein ausgiebiges

*) Insbesondere verweise ich u. a. auf folgende meiner Schriften: Der Kopfschmerz bei Nasen- und Rachen-Leiden und seine Heilung. 3. Aufl. Leipzig 1901. — Die Reizung und Entzündung der Nasenschleimhaut in ihrem Einflusse auf die Atmung und das Herz. Halle 1900. — Aerztliche Fortbildungsvorlesungen. Halle 1903. — Die hauptsächlichen kindlichen Erkrankungen der Nasenhöhlen, der Rachenhöhle und der Ohren sowie ihre Bedeutung für Schule und Gesundheit nebst grundsätzlichen Erörterungen über Untersuchung und Behandlung solcher Kranken. Halle 1904.

Wissen und sicheres Können; aber daran brauchts heute keinem Arzte zu fehlen, sofern es ihm Ernst ist mit seinem Berufe.

Will also ein Arzt den berechtigten Forderungen seiner Kranken in Bezug auf Erkrankungen der Nase und des Halses genügen, so muss er sich die Errungenschaften dieser Gebiete insoweit zu eigen machen und halten, dass er jederzeit zutreffend raten und womöglich auch die einfacheren örtlichen Behandlungsweisen selbst ausüben kann. So muss er also den frischen Schnupfen, das häufigste Leiden der Nase und die häufigste Ursache der Miterkrankung des Halses und der Ohren sowie der Lidbindehaut, als eine Erkrankung zu werten wissen, die nicht nur rasch zu heilen, sondern in ihren so beschwerlichen Erscheinungen auch zu verhindern ist.

In erster Linie muss man wissen, dass der frische Schnupfen an sich keine Verschwellung der Nasenschleimhaut verursacht, sondern dass das nur erfolgt, wenn die Nasenhöhle mit einer Dauerschwellung behaftet ist. Ist diese dauernd gehoben, so verläuft der frische Schnupfen unter einem ziemlich harmlosen Bilde: die Absonderung ist wohl vermehrt und zeigt auch sonst die bekannten Eigenschaften, aber der Nasenluftweg bleibt für die Atmung frei, und wenn im Bereiche auch der mittleren Muschel keine Dauerschwellung mehr vorliegt, so macht der frische Schnupfen auch keinen Kopfdruck oder Kopfschmerz. Der Schnupfen verläuft auch rascher als sonst und es bleibt ihm damit auch weniger Zeit, auf die Nachbarschaft überzugreifen; auch vermindert sich erheblich die Gefahr, durch das sonst so erschwerte und dadurch verstärkte Schneuzen den Ansteckungsstoff in die Ohrtrompeten und das Mittelohr zu treiben und dort die so schmerzhaften und oft so gefährlichen Entzündungen hervorzurufen. Dann aber auch ist die örtliche Behandlung des Naseninneren ausserordentlich erleichtert, weil die engeren Wege des Naseninnern nicht verschlossen, also der Einwirkung geeigneter Heilmittel zugänglich sind, ohne dass man genötigt ist, vor Einbringung dieser die Schleimhautschwellung durch geeignete Anwendung jetzt von Suprarenin, verschwinden zu machen.

Bei der örtlichen Behandlung des frischen Schnupfens*) muss, soll sie wirklich von Erfolg begleitet sein, das Naseninnere bis in die Tiefen seiner Gänge frei sein oder gemacht sein. Man muss eben wissen, dass die Schnupfenkeime gerade aus den verschwollenen Teilen immer von neuem wieder die Nasenschleimhaut befallen. Diese Keime aber müssen durch Einwirkung geeigneter Mittel geschwächt oder zerstört werden; sie dürfen also in keinem Winkel hinter verschwollener Schleimhaut ihre Giftwirkung ungestört zu entfalten vermögen.

*) Ich verweise des näheren auf meine, wenn auch nicht bis auf die Neuzeit fortgeführte Schrift: Ueber die Notwendigkeit der örtlichen Behandlung des frischen Schnupfens. Leipzig 1900.

So muss also beim frischen Schnupfen das Naseninnere in allen seinen Gängen und Spalten durch Einbringung von Suprarenin vollkommen frei von Schwellung gemacht werden. Das geschieht am zuverlässigsten in der von mir für die Kokainanwendung angegebenen Weise. Wissen muss man hierbei, dass sowohl Kokain wie Suprarenin nur dort wirkt, wohin es unmittelbar aufgetragen ist. Es muss also sowohl Sprühregen solcher Mittel, wie einfache Einbringung und Liegenlassen von mit dem Mittel getränkten Wattebäuschchen eine unvollkommene, im vorliegenden Falle also eine gänzlich ungenügende Wirkung hervorbringen. Ich habe deshalb von jeher für notwendig gehalten, ein solches Mittel immer unmittelbar an jede Stelle zu bringen, die seiner Wirkung unterworfen werden soll. Mit einer nadelspitzen, langen Sonde, an deren Spitze ich ein sehr kleines Wölkchen Watte dergestalt fest andrehe (mit dem Fingernagel), dass dieses etwa einen Tropfen Flüssigkeit hält, bringe ich diese vorsichtig von vorne nach hinten und oben vordringend auf alle Teile der Nasenschleimhaut bis in die engsten Wege hinein. So lange man sich mangels der Nebennieren-Mittel ausschliesslich des Kokains bedienen musste, bedurfte es oft einer drei- bis viermaligen Einführung dieses Mittels, um die verschwollenen Gänge wenigstens einigermaßen frei zu bekommen, während man jetzt nach Anwendung des Suprarenins meist mit einer einmaligen, allerdings sehr sorgfältigen Bestreichung der ganzen Nasenschleimhaut ausreicht. Die Benutzung des Suprarenins hat auch der des Kokains gegenüber den sehr grossen Vorteil, dass nachher keine rückwirkende Schwellung der Schleimhaut eintritt. Es ist dieser Umstand auch bei der Anwendung des Suprarenins deshalb wohl im Auge zu behalten, weil dabei eine vorherige Kokainisierung, um Herabminderung der Empfindlichkeit herbeizuführen, nicht rätlich ist. Denn bei vorsichtiger Einbringung des Suprarenins ist die Empfindlichkeit der Nasenschleimhaut nicht grösser als bei der ersten Einbringung von Kokain selbst, abgesehen natürlich von den ganz seltenen Fällen von wirklich hochgradiger Empfindlichkeit der Nasenschleimhaut.*) Man muss also wissen, dass bei der örtlichen Behandlung des frischen Schnupfens möglichst kein Kokain ver-

*) Für diese Fälle bediene ich mich des 20 prozentigen Novokains + Suprarenin.

Feuilleton.

Eine Reise auf der „Amerika" nach Amerika.

Von Dr. **Clemm**-Darmstadt.

(Fortsetzung.)

Doch, wir sind auf der Reise und nicht am Grübeln über Dinge, die so sind, wie sie werden mussten!

Gross, gigantisch mutet's den Fremdling drüben an, aber nicht heimisch fühlt er sich. Flüchten wir wieder auf unser Schiff, statten wir den Nachbarn am Lloydkay und den anderen Hamburger Dampfern Besuche ab, betrachten wir das Leben des Hafens bei Tag und bei Nacht und — freuen wir uns der Heimreise!

Zuvor, ehe wir die Anker heben, müssen wir aber der armen Teufel gedenken, die so viel ausmachen zur Lohnendgestaltung der Reise für die Gesellschaft: Denn ohne die ca. 3000 Zwischendecker wäre das nicht der Fall; an ihnen wird Geld verdient!

Wir kehren also zurück zur Einfahrt in den Hafen: Draussen, im Vorbecken, schwimmt eine gebäudebesetzte Insel, die Quarantainestation, wehe denen, welche dort aussen liegen bleiben müssen, weil ein verdächtiger Fall an Bord die Hafeneinfahrt sperrt: Wir fuhren daran vorüber und stoppten erst angesichts des auf uns zukommenden Quarantainebootes. Der inspizierende Arzt stieg an Bord, liess sich kurz über den Gesundheitszustand an Bord berichten und die Impflisten vorlegen — sämtliche Zwischendecker müssen, wie erwähnt, geimpft sein zur Zulassung auf amerikanischen Boden, wenn auch Amerika selbst keinen Impfzwang kennt, während wir die zu uns kommenden Rückwanderer ohne Schererei hereinlassen: auch ein Kontrast zwischen Freiheits- und Tyrannenstaat! — und dann die Herde Revue passieren. — Barhaupt im Gänsemarsch mussten sie im Laufschritt an ihm vorbeijagen, hatte einer der Kerle Hut oder Mütze aufbehalten, so reckte des langgliedrigen Yankees Hand sich aus, die unvorschriftsmäßige Kopfbedeckung höchst formlos zu beseitigen: Mancher mag das Gefühl einer ersten Maulschelle der Freiheit gehabt haben, als ihm so der Hut vom Kopfe flog. — Aber einen ärztlichen Scharfblick, eine Uebung besitzen die Kollegen in solcher Stellung da drüben, die mir Staunen abnötigte: Nicht schnell genug konnten die Menschen vorbeitraben, und dennoch griff er mit sicherer Hand zwei heraus, die sich aus dem Isolier-Hospital gestohlen und in die Reihe geschmuggelt hatten: ein Masernkind und eine Frau mit Rose waren sofort wieder da, wohin sie gehörten, zurückgestellt nämlich fürs Hospital!

Am Tage nach der Landung der Kajütpassagiere ging in



wendet werden soll. Daraus ergibt sich denn auch, dass die ganz unwissenschaftliche Behandlung des Schnupfens mit kokainhaltigen Schnupfpulvern oder Spray-Flüssigkeiten und dergleichen durchaus vermieden werden muss, ganz abgesehen davon, dass die Kranken dadurch von einer wirklich wirksamen Behandlung ferngehalten werden.

Ist also das ganze Naseninnere bis in seine feinsten Verzweigungen frei von Schwellung, so bringt eine zarte Einstäubung von feinstgepulvertem Kalium sozojodolicum, täglich wiederholt, eine ausserordentlich gute und rasche Heilwirkung hervor. Das Pulver muss aber bei künstlicher Beleuchtung des Naseninnern durch einen Kabierske-Bresgenschen Pulverbläser unter Verwendung eines einfachen, mit dem Fusse zu tretenden Gummigebläses in die Nasenhöhle durch einen geeigneten, in die Nasenöffnung eingeführten Nasenerweiterer hindurch in dünner Schicht gleichmäßig verteilt werden. Eine massenhafte Einblasung von Pulver hat gar keinen Zweck, ist sogar zweckwidrig, indem sie sogar Kopfschmerz hervorzurufen, Zusammenballen des Pulvers in den engen Gängen zu bewirken und seine Lösung zu beeinträchtigen oder zu verhindern imstande ist. Man muss auch wissen, dass das genannte Pulver zwecklos verwendet wird, wenn es auf irgend eine andere Weise als sogenanntes Schnupfpulver in die Nase gebracht wird; denn in solchem Falle gelangt es nicht in die engen Wege, in denen gerade die Schnupfenkeime sich fortgesetzt entwickeln; es kann also auch keine ausreichende Wirkung entfalten.

Nun muss man aber auch wissen und sich stets vor Augen halten, dass es im Berufe des Arztes nicht begründet ist, immer wieder gegen das gleiche Uebel in gleicher Weise anzukämpfen, wenn man weiss, dass es durch Hinwegräumen einer wesentlichen Ursache in seiner üblen Wirkung sozusagen ausgeschaltet werden kann. Wie es keinen Mundatmer ohne Verschwellung des Nasenluftweges gibt, so kann auch ein frischer Schnupfen, wie ich bereits hervorhob, ohne gleichzeitiges Vorhandensein einer Dauerschwellung der Nasenschleimhaut die Nasenatmung nicht aufheben oder so beeinträchtigen, dass es einer Aufhebung gleichkommt. Man muss also wissen, dass es eine vornehme Aufgabe des Arztes ist, in dieser Richtung Belehrung zu verbreiten, um wirkliche Dauererfolge zu erzielen und dadurch das ärztliche Ansehen unausgesetzt zu fördern und dadurch wieder den Nutzen ärztlicher Behandlung für die Kranken ins hellste Licht zu setzen.

Die Beseitigung einer Dauerschwellung der Nasenschleimhaut mit allen ihren Abarten, auf die ich hier nicht näher eingehen kann, ist aber eine keineswegs einfache oder gar kurzweilige Sache. Man muss sich dabei stets gegenwärtig halten, dass bei aller Zerstörung von Nasenschleimhaut nicht aus dem Auge gelassen werden darf, dass die letztere als solche immer noch vollkommen leistungsfähig bleiben muss, dass sie der eingeatmeten Luft bei ihrem Durchstreichen der Nase die erforderliche Feuchtigkeit und Wärme zuführen und etwaige Verunreinigungen abnehmen muss. Man muss demnach wissen, dass eine einmalige „gründliche“ Zerstörung unerlaubt ist, sie darf vielmehr nur nach Maßgabe des vorliegenden Schleimhaut-Zustandes erfolgen, ist also Sache reiflicher, auf sorgfältiger Erfahrung beruhender Ueberlegung. Man wird also zunächst nur eine wesentliche Verbesserung der Nasenatmung erzielen dürfen, die vielleicht nur für ein halbes Jahr ausreichen wird; alsdann müssen die Reste der Schwellung weiter behandelt werden, auch wenn gar keine Beschwerden vorhanden sind. Geschieht die Weiterbehandlung nicht rechtzeitig, so läuft man Gefahr, die eingebrachten Vorteile der ersten Behandlung infolge von neuer Verschwellung ganz oder grösstenteils zu verlieren; die Behandlung dauert dann länger, als es sonst nötig wäre und bringt auch überdies die Unbequemlichkeiten einer erstmaligen Behandlung. Je nach der Stärke der Schleimhaut-Verschwellung, bezw. -Verdickung muss auch noch eine dritte und selbst vierte Behandlung eintreten. Bei Beobachtung solcher Vorsicht wird die Leistungsfähigkeit der Nasenschleimhaut in keiner Weise beeinträchtigt, im Gegenteil erst zu einer für die Nasenatmung notwendigen Gesundheit geführt. (Fortsetzung folgt.)

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 23. Januar 1907.

Vor Eintritt in die Tagesordnung Demonstration eines Falles von hochgradiger Arteriosklerose mit multipler Aneurysmabildung. Es bestand Hypertrophie des Herzens und Pulslosigkeit am rechten Fuss, der infolgedessen gangraenös geworden war. Kurz vor der Operation starb der Patient an Haemoptoe im Kollaps. Die Sektion ergab hochgradige Arteriosklerose, ein apfelgrosses Aneurysma der Aorta, das durch die Pleura in die Lunge durchgebrochen war. Am rechten Unterschenkel waren die Gefässe undurchgängig und verdickt; die linke Arteria femoralis zeigte eine Reihe apfelgrosser und kleinerer Aneurysmen, beginnend unter dem Ligamentum Poupartii bis zur Poplitea.

---

der Frühe die Ausschiffung der Zwischendecker los für Ellis Island. Ein grosser Kahn, neben dem ein Schlepper lag, wurde vollgestopft mit Menschen. Mit einem Kollegen fuhr ich mit. Bezeichnend für die Beherrschung der Kräfte, wie sie drüben entwickelt ist, war unterwegs der Umstand, dass mit einem Male der Schlepper die Taue löste, um den grossen Kahn herumfuhr und auf seiner anderen Seite sie wieder befestigte, ohne im geringsten die Fahrt zu unterbrechen. Dabei steigen nicht ungezählte Schiffsbeamten mit Uniformen und Goldschnüren darauf umher, sondern ein paar Männer in praktischer Arbeitskleidung besorgen die Geschäfte mit derselben Gelassenheit, wie sie gleich darauf Tabak rauchend oder kauend — oder beides zugleich — und vor allem kunstgerecht spuckend über die Reeling gelehnt abwarten, bis es wieder etwas zu tun gibt.

An der ehernen „Freiheit“, dem Franzosengeschenk, vorbei ging's nach der Auswandererinsel. Ein prachtvoller, mächtiger Bau, die Auswandererhallen bergend, hebt sich da an Stelle der alten, niedergebrannten Holzhallen empor. Ein schöner anlagengezierter Quai davor an dem kleinen Inselhafen, an dessen gegenüberliegender Seite zwei gewaltige Hospitalbauten teils fertig dastehen, teils im Bau begriffen sind. Wir begaben uns in den Untersuchungsraum und machten uns mit einigen der Herren, die dort, das mächtige „U.-S.“ auf dem Uniformkittel, an der Arbeit waren, bekannt. Die staunenswerte Fixigkeit, mit welcher dort nach dem gefürchteten Trachom, der „ägyptischen Augenkrankheit“, geforscht wird, hat vor kurzem veranlasst, dass ein Hamburger Augenarzt beauftragt ward, diese Massenuntersuchungsweise drüben zu studieren. Freilich mag's wohl auch nicht immer stimmen dabei: So erzählte mir ein Augenarzt aus San Franzisko, der zur Erneuerung seiner verbrannten Bibliothek und Instrumente nach Paris, Heidelberg und Berlin reiste, dass in Franzisko kürzlich von den Hafenärzten ein paar Russen, welche den Japanern aus der Kriegsgefangenschaft ausgekniffen waren, wegen Trachoms abgewiesen werden sollten Die armen Teufel wären dann an die nächste russische Militär-Behörde überwiesen und dort als Deserteure, denn das waren sie ja, wohl einfach niedergeknallt worden. Nun hatten sie aber alle kein Trachom, wie der Kollege feststellte. Beschwerde beim Präsidenten veranlasste Wiederaufnahme des Verfahrens, und bis auf zwei oder drei wurden die Russen laufen gelassen. Auch die hatten kein Trachom, wie in der ophthalmologischen Gesellschaft in Frisco festgestellt ward, wohin jener Arzt sie brachte. Am Trachom hielten die Quarantaineärzte zwar fest — was tut man nicht für die liebe Eitelkeit! — aber sie schickten die Burschen nicht heim, sondern nur in ein ander Land, nach Mexiko; und von da mögen sie wohl zu Fuss allmählich nach dem Lande ihrer Sehnsucht gepilgert sein, unbehelligt von jeder Quarantaine — denn aus amerikanischen Ländern Kommende werden nicht mit Untersuchungen — wenn sie noch so sehr an Trachom leiden — gequält — guckt da nicht die Monroe-doktrin wieder 'mal 'raus?! —

Es sollen an jenem Tage an 12000 Menschen in den

Zur Tagesordnung: Heubner: Schlusswort zu seinem Vortrag über orthotische Albuminurie.

Er hält die fragliche Niere für gesund, die Kerne in der Glomerulis seien nicht vermehrt, gegen eine voraufgegangene und nun abklingende Nephritis spricht der klinische Verlauf, der genau beobachtet war, und die physikalischen Gesetze hätten im Körper nur bedingte Geltung, der Einfluss der Muskeln und Nerven modifiziere die Gesetze der Hydraulik.

Senator: persönliche Bemerkung.

Goldschmidt: Eigenschaften und Ziele einer neuen Methode der Harnröhrenbesichtigung.

Die bisherigen Methoden hatten alle den Nachteil, dass es nur gelang, bestimmte Stellen der Harnröhre zu betrachten, ein Verschieben der Lichtquelle wurde nötig, und trotzdem konnte man kein genaues Bild bekommen. Nitze hat durch sein Cystoskop ein Instrument geschaffen, mit dem es möglich ist, die ganze Schleimhaut der Blase zu übersehen und damit alle Einmündungsstellen der Harnwege, etwaige pathologische Erscheinungen, Fremdkörper etc. Ein ähnliches Instrument für die Harnröhre zu konstruieren war das Streben. Herrn G. ist es gelungen, wie auch von anderer Seite bestätigt wurde, ein derartiges, brauchbares Instrument herzustellen; notwendig ist dazu Dilatation der Harnröhre, ein Leuchtkörper und die Betrachtung durch ein geeignetes Linsensystem. Die Instrumente werden herumgegeben. Im ersten Teil der Harnröhre ist die Untersuchung leicht und schmerzlos, bei Blutungen ist sie unmöglich. Eine Infektionsgefahr ist ausgeschlossen, da eine ständige Berieselung mit Borsäure erfolgt. Die Kompression schliesst am ersten Teil der Harnröhre ab, so dass die Auftreibung leicht vor sich geht. Der Abschluss des zweiten Teiles nach der Blase hin ist weniger gut, es fliesst das Wasser sehr leicht in die Blase; aber in der Norm besteht ein willkürlicher Abschluss der Blase gegen die Harnröhre, so dass die Dilatation meist gelingt. In diesem Teil liegen wichtige Organe; und somit ergibt die Betrachtung dieses Abschnittes oft wichtige Aufschlüsse über Konfiguration der Seitenwände, Krümmung der Harnröhre, Prostataveränderungen, Residuen älterer Prozesse, die Samenhügel und ihre Funktion, die selbst bei Anuspalpation wahrgenommen werden kann.

An der Diskussion beteiligen sich die Herren Rotschild, Glücksmann.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

Sitzung vom 8. Januar 1907.

Vorsitzender: Herr Kümmell.

I. Demonstrationen: 1. Herr Revenstorff berichtet über einen im Hafenkrankenhaus beobachteten besonders schweren Fall von Hitzschlag. Bei der Aufnahme war der Pat. cyanotisch, die Reflexe waren erhöht, die Pupillen reagierten träge. Bei extremer Temperatur hielt die Bewusstlosigkeit achtzehn Stunden lang an, am fünften Tage trat noch Delir. trem. auf. Später entwickelten sich deutliche Coordinationsstörungen, die noch jetzt nach fünf Monaten vorhanden sind; einzelne Reflexe, wie z. B. der Patellarreflex, sind völlig erloschen. 2. Herr Nonne stellt ein Analogon zu diesem Fall vor. Coordinationsstörungen sind zuerst nach Typhus, später auch nach anderen Infektionskrankheiten beobachtet worden; es handelt sich dabei um eine völlige Ataxie der gesamten willkürlichen Muskulatur. Der 43jähr. Pat. brach bei einer Temperatur von 41° C im Heizraum bewusstlos zusammen und kam erst nach vier Tagen wieder zu sich; inzwischen waren mehrfach Konvulsionen aufgetreten. Die vorhandene Aphasie und Halbseitenlähmung gingen bald wieder zurück, während die cerebellare Ataxie ziemlich unverändert jetzt seit über einem Jahre besteht. Dabei ist die Intelligenz des Mannes stark beeinträchtigt. Die Prognose ist ziemlich schlecht. 3. Herr Dreyfuss zeigt Röntgenbilder von angeborener Skoliose und bespricht die Entstehungsweise dieser Anomalie, die auf eine Hemmung in der frühesten Foetalzeit zurückzuführen ist. 4. Herr Staude zeigt ein über mannskopfgrosses Myom, das er durch Porrosche Operation entfernt hatte. 5. Herr Lauenstein demonstriert an der Hand einer grossen Anzahl von Röntgenbildern die Umformung der Fusswurzelknochen nach Operationen, die aus den verschiedensten Gründen vorgenommen worden waren. Meist handelte es sich um Tuberkulose des Talus. Die Druck- und Zugliniensysteme waren in guter Weise auf den Bildern zu erkennen.

II. Vortrag des Herrn Deutschländer: Die Hyperaemiebehandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose. (Autoreferat.)

Nach einer kurzen Uebersicht über die Hauptgesichtspunkte der Hyperaemielehre gibt Vortr. einen Bericht über die Erfahrungen, die er bei 44 Knochen- und Gelenktuberkulosen mit der Hyperaemiebehandlung gemacht hat. Hierbei sind nur diejenigen Fälle berücksichtigt, die nach der jetzt gültigen Technik der kurzen, intermittierenden Stauung behandelt und genügend lange Zeit beobachtet worden sind. Am günstigsten wirkte die Hyperaemiebehandlung bei Ellenbogen-, Hand- und Fusstuberkulosen, etwas weniger günstig bei Knietuberkulosen, und ziemlich viel liessen die Resultate noch bei den Metacarpal- und Phalangealtuberkulosen zu wünschen übrig. Für die Beurteilung der Hyperaemiebehandlung ist allerdings die Lokalisation nur von untergeordneter Bedeutung, weit wichtiger sind andere Gesichtspunkte, wie pathologisch-ana-

---

Auswandererhallen versammelt gewesen sein. — In langen vergitterten Käfigen harren dort, mit Nummern um den Hals versehen, die Auswanderer des Aufrufs zur Vorführung und Registrierung; ich glaube kaum, dass ein Hagenbeckscher Transport viel anders behandelt wird. Nach „Freiheit" freilich sieht's verdammt wenig aus! Und sie wissen zuzugreifen, wenn einer zaudert, drüben! Als bei einer Aufstellung in Reihen einer der unseligen Pollacken nicht gleich seine dalketen Glieder am rechten Platze hatte, wie half da gleich der Policemann nach! Bei uns gäbe das 'ne Woche lang Leitartikel für die brave „Frankfurter", den „Vorwärts" und dergleichen tyrannenmordende Blätter — aber drüben macht sich das alles natürlich, wenn der schwere Holzknittel des Polizisten auf Menschenrücken seine Zeichen malt!

Lange duldete mich's nicht in dieser Menschenmenagerie. Das nächste Regierungsboot entführte uns dem Trubel. Es hatte sich die Nase irgendwo eingestossen und an seinen verbeulten Platten arbeiteten die Kesselschmiede, während es ruhig seinen Dienst weiter tat; was am schwimmenden Schiff geschafft werden kann, wird ohne Fahrtunterbrechung auch während des Dienstes gemacht: wozu auch Zeit verlieren, sie ist Geld — warum sieht man aber gerade drüben so viel Tagediebe umherlungern? Was wohl solch ein Stiefelputzer verdienen mag; auf jedem Schiffe sah ich wenigstens zwei derselben mit ihrem Putzzeug herumlaufen, und an der Arbeit hab' ich zufällig keinen einzigen davon gesehen. Ueberall auf den Strassen stehen ja auch die grossen Stühle, auf denen man mit aufgestellten Füssen Platz nimmt, um sich das Fell am Fusse glänzend reiben zu lassen. Drollig mutet es an, wenn ein verachteter Neger da oben auf dem Stuhle thront, und ein Weisser ihm die Schuhe reinigt, der nicht an demselben Tische mit ihm essen würde.

Doch nun, good bye; New-York! Wir haben unsere neuen Passagiere an Bord und fort geht's um fünf Uhr in der Frühe bei klobiger Hitze, wie sie uns die ganze Zeit über in New-York gepeinigt hat, der Heimat zu! Langsam läuft die Maschine an, der Koloss dreht sicher und schonend ab von seinem Peer, er folgt dem Steuer wie ein Kind an der Hand läuft, er legt sich quer vor die Hudsonmündung, und es sieht aus, als ob er dieselbe völlig absperrte, so riesenhaft lagert sich der König des Ozeans davor. Hinaus geht's dann bei herrlichem Wetter durch den wunderbaren Hafen der offenen See zu. Der Golfstrom nimmt uns auf, rasch schwimmen wir in ihm dahin bei wundervollem Wetter der Heimat zu! Ein Herr, der die Reise zum achtzehnten Male machte, sagte mir, Europawärts wäre die See immer besser als nach Amerika. Sollte das nicht eine Warnung sein für den Menschenstrom, der sich alljährlich dort hinüber ergiesst?

(Fortsetzung folgt.)



tomische Verhältnisse, Charakter der Tuberkulose, Konstitution der Erkrankten, Zeitpunkt des Einsetzens der Behandlung usw.

Bei der Technik kommt es nicht bloss darauf an, Hyperaemie überhaupt zu erzeugen, sondern den richtigen Grad der Hyperaemie — die akute heisse Stauung — hervorzurufen. Nach einer drei- bis vierwöchentlichen Staubehandlung empfiehlt sich, regelmäßig eine Staupause von fünf bis sieben Tagen einzuschieben. Sobald Fistel- und Abscessbildung eintritt, kombiniert man am zweckmäßigsten die Stauungshyperaemie mit der Saughyperaemie; letztere hat sich namentlich auch bei der Punktion von kalten Abscessen dem Vortr. bewährt. Für den Dauererfolg ist es wichtig, dass man nicht mit dem Schwinden der entzündlichen Erscheinungen mit der Hyperaemiebehandlung aufhört, sondern sie noch monatelang als Nachbehandlung fortsetzt. In gewissen Stadien ist die Kombination mit Streck- und Gypsverbänden bezw. Schienenhülsenapparaten zu empfehlen, die Kombination mit der Jodoformbehandlung hält Vortr. dagegen für überflüssig. Die operativen Eingriffe trugen fast durchweg einen schonenden, konservativen Charakter; von verstümmelnden Operationen wurde nur eine einzige grössere bei den 44 Berichtsfällen ausgeführt, nämlich die Resektion eines schon beim Eintritt in die Behandlung völlig zerstörten Kniegelenkes.

Der Heilungsverlauf vollzieht sich ganz analog wie bei der Spontanheilung; nämlich entweder unter dem Bilde der Bindegewebsbildung und Narbenschrumpfung oder unter Abscess- und Fistelbildung; der letztere Heilungsverlauf weist eine Reihe von Eigentümlichkeiten auf, die man unbedingt kennen muss, wenn man mit Erfolg die Hyperaemiebehandlung durchführen will. Vortragender steht vollkommen auf dem Standpunkte Biers und sieht in der Hyperaemiebehandlung das beste konservative Heilverfahren, das wir zur Zeit besitzen. Vortr. hält im Hinblick auf das im allgemeinen abfällige Urteil eine gründliche Revision der Frage für erforderlich. Allerdings darf sich die Nachprüfung nicht bloss auf kurz dauernde, vorübergehende Stadien erstrecken, sondern man muss die Einwirkungen der Hyperaemie während des Gesamtverlaufs der Tuberkulose beobachten und verfolgen, um zu einem richtigen Urteil zu gelangen. Schönewald.

(Biologische Abteilung.)

Sitzung vom 15. Januar 1907.
Vorsitzender: Herr Umber.

Herr Nocht heisst den ärztlichen Verein im Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten willkommen und gedenkt nochmals der grossen Verdienste Schaudinns.

Darauf spricht 1. Herr Fülleborn unter Vorführung von zahlreichen Mikrophotogrammen und mikroskopischen Präparaten über den Infektionsmodus bei der bekanntlich durch Mücken übertragenen Filaria immitis des Hundes. Die Infektion des Menschen mit Filaria Bancrofti (nocturna) findet, wie bereits Grassi und Noë hervorheben, offenbar auf demselben Wege statt, wie die des Hundes mit Filaria immitis, und so liefert die letztere ein sehr willkommenes Material zu Uebertragungsversuchen, die sich beim Menschen wegen der Gefährlichkeit der Filarienkrankheit naturgemäß verbieten.

Durch die Versuche englischer und italienischer Forscher ist es erwiesen, dass die zugleich mit dem Blute eines Filariakranken in die Mücke gelangten und dort herangereiften Filarienlarven sich beim Mückenstich aus der Spitze der Rüsselscheide herausbohren und so auf die Haut des Hundes resp. Menschen gelangen; auch der Vortragende gelangte zu denselben Ergebnissen. Er konnte Filarienlarven ferner zum ersten Male in dem Unterhautzellgewebe demonstrieren, wenn solche vorher auf die Oberfläche der Haut gebracht worden waren; seine diesbezüglichen Versuche sind aber noch nicht abgeschlossen. (Autoreferat.)

2. Herr Martin Meyer demonstriert Präparate aus dem Gebiet der Trypanosomen und Spirochaeten:

a) Trypanosoma himalayanum, von Lingard beim Rind in Indien gefunden, wahrscheinlich mit dem Trypanosoma Theileri aus Südafrika identisch; wegen seiner Grösse (bis 28 μ) ist dies Trypanosoma für morphologische Studien sehr geeignet.

b) Trypanosoma congolense, von Broden 1902 am Kongo zuerst bei Schafen entdeckt, hat keine freie Geisseln und ist sehr klein; wahrscheinlich identisch mit Trypanosoma dimorphus; diese Art scheint in Afrika verbreiteter, als bisher angenommen.

c) Froschtrypanosomen, Trypanosoma rotatorium (Mayer 1843), das längst durch die Variation seiner Formen bekannte Trypanosoma, das der Gattung den Namen gab.

d) Spirochaete pertennis (Castellani 1905), eine der Spirochaete pallida Schaudinn sehr ähnliche, bei Framboesie von Castellani entdeckte Spirochaete, die aber noch feiner ist als die Spirochaete pallida. Vortr. konnte mit Fülleborn die Befunde Castellanis in Ceylon und Ostafrika bestätigen.

e) Spirochaete Duttoni, der Erreger des afrikanischen Recurrens lebend bei gewöhnlicher Beleuchtung (2400fach vergrössert) und im Zeissschen Dunkelfeld, wobei der Vorteil des letzteren zur Erkennung dieses feinen Organismus manifest wird.

f) Spontanagglutination von Spirochaeten der brasilianischen Hühnerspirillose kurz vor dem Tod: die enormen Kugeln der agglutinierten Spirochaeten können zu Thrombosen führen. (Autoreferat.) Schönewald.

Österreich.

Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 22. November 1906.
(Eigener Bericht.)

Frau Dr. Lateiner demonstriert zwei Geschwister mit Myxödem. Es finden sich bei denselben alle Symptome des Myxödems (psychische Schwäche, offene Fontanellen, Krümmung der unteren Extremitäten, Myödem der Haut, fast vollständiges Fehlen des Sprachvermögens, Zurückbleiben der Ossifitation hinter der Norm, Verkümmerung der Schilddrüse).

Knöpfelmacher stellt einen sechsjährigen Knaben mit Riesenwuchs vor. Der Körperbau ist proportioniert, die Körperhöhe ist 134 cm, das Genitale ist mächtig entwickelt, am ganzen Körper findet sich reichliche Behaarung, es ist ein Anflug von Bart zu sehen. K. bringt den Riesenwuchs mit der vorzeitigen Reife der Genitalien in Zusammenhang und ist der Ansicht, dass das Körperwachstum nach sechs bis acht Jahren abgeschlossen sein dürfte.

Preleitner zeigt ein zwölfjähriges Mädchen mit Trichterbrust. Es dürfte sich um eine angeborene Missbildung handeln.

Hecht demonstriert den Harn eines dreieinhalbjährigen Knaben, welcher Indigurie und Indikanurie zeigte. Der Harn ist grün, wird er mit Chloroform geschüttelt, so wird dieses blau gefärbt. An der Niere ist kein pathologischer Prozess nachweisbar.

Escherich berichtet über einen Fall von Kindertetanie, der tödtlich endete. Therapie war machtlos.

Erdheim berichtet über den anatomischen Befund des Falles. Es fanden sich in allen vier Epithelkörperchen alte Haemorrhagien.

v. Pirquet hält einen Vortrag über die Bedeutung der galvanischen Untersuchung im Säuglingsalter. Er ist auf Grund von zirka 800 Untersuchungen zu dem Schlusse gekommen, dass die Normalwerte, wie sie Mann angegeben hat, zu gross sind. Die praktische Bedeutung der galvanischen Untersuchung liegt darin, dass man durch diese Methode in den Stand gesetzt ist, die Einreihung von Kropfformen in die Gruppen der tetanoiden Erkrankungen auszuführen und den Effekt der Therapie zu verfolgen. Bei einzelnen Formen von Tetanie gelingt es, durch Aenderung der Diät eine Besserung hervorzurufen, wie Rehn und Lewin berichten und die galvanische Uebererregbarkeit zum Schwinden zu bringen. Allzuviel Hoffnungen soll man aber auch in diese Theorie nicht setzen, wie ja der eben gezeigte Fall Escherichs beweist.

K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 23. November 1906.
(Eigener Bericht.)

Kutschka demonstriert einen Fall von merkwürdiger Knochenerkrankung an einer älteren Frau. (Verdickungen der Corticalis, osteoporose und Cystenbildung.)



H. Salzer zeigt ein Kind, bei dem er Fungus des Knie- und Ellbogengelenkes mit Injektionen von Perlsuchttuberkulin mit gutem Erfolge behandelt hat.

Benedict demonstriert zwei Röntgenbilder von Erkrankungen des Schädelinnern. Im ersten Falle handelt es sich wahrscheinlich um ein Haematom der Falx, im zweiten um eine Verengerung der Stirnhöhle und Eburneation ihrer Umgebung.

Kretz zeigt mikroskopische Präparate von Rekurrens-Spirochaeten bei biliösem Typhoid.

Bum hält einen Vortrag über arthritische Muskelatrophie, wobei er betont, dass bei diesen Atrophien die Invalidität die Hauptrolle spielt.

Literarische Monatsschau.

Gynäkologie.

(Schluss.)

Kuliga berichtet über drei Fälle von Parametritis, in denen die entzündlichen Ausschwitzungen im Parametrium zu so hochgradiger Verengung des Rectums mit konsekutiver Darmlähmung führten, dass eine Patientin an Darmperforation mit anschliessender Peritonitis zu Grunde ging und die beiden anderen nur durch Anlegung eines anus praeternaturalis gerettet werden konnten.

Die Hoffnung, durch die Pubiotomie einen bleibenden Erfolg in Gestalt einer dauernden Erweiterung des Beckens erzielen zu können, hat sich nach einer Zusammenstellung von Baisch über sieben bisher beobachtete Geburten nach Pubiotomie als trügerisch erwiesen. In vier Fällen erfolgten die Geburten allerdings spontan, aber in allen diesen Fällen waren die Gewichte der Kinder erheblich geringer als die der Pubiotomiekinder. In drei Fällen, in denen es sich um kräftig entwickelte Kinder handelte, erwies sich eine wiederholte Pubiotomie als notwendig. Gleichzeitig gibt B. eine Zusammenstellung von 132 Geburten nach Symphyseotomie, die zu denselben Ergebnissen führte, d. h. Spontangeburten sind in den meisten Fällen bedingt durch Kleinheit der Kinder, in dem Rest durch Vorhandensein eines Schlottergelenkes, also einer schweren Störung des Heilungsverlaufes.

Sellheim empfiehlt die Anwendung der von Walcher für die Geburt bei engem Becken empfohlenen Hängelage auch für normale Entbindungen, da dieselbe nach seinen Versuchen den Austritt des Kindes erleichtert und mit möglichster Schonung der Weichteile vor sich gehen lässt. Er beschreibt eine an der Freiburger Klinik im Gebrauch befindliche, in jeden Matratzenrahmen einsetzbare Hebelvorrichtung, durch die man mittels einer Kurbel leicht den Kreuzabschnitt der Matratze in beliebigem Maße anheben kann.

Eine neue Theorie über die Entstehung der Eklampsie hat Vassale in Modena aufgestellt. Auf Grund von Tierexperimenten ist er zu der Anschauung gekommen, dass der Symptomenkomplex der Eklampsie hervorgebracht wird durch eine Insufficienz der glandulae parathyreoideae, kleiner Gebilde von epithelialem Charakter mit reichlichen Blutgefässen und zellreicher Struktur, die — vier an Zahl — dicht an der Thyreoidea gelegen sind und eine antitoxische Funktion auszuüben haben. Mit dem Extrakt derselben, dem Parathyreoidin, hat V. angeblich vorzügliche Heilerfolge bei Eklampsie gesehen. Frommer hat bei Nachuntersuchungen feststellen können, dass partielle Exstirpation der Parathyreoideae beim normalen Tier ohne besondere Störungen ertragen wird, beim graviden hingegen tetanieähnliche Symptome hervorbringt. Einen genetischen Zusammenhang mit der Eklampsie konnte er nicht konstatieren. Weitere Untersuchungen der interessanten Frage werden notwendig sein.

Zur Verhütung der puerperalen Mastitis empfiehlt Döderlein die Anwendung des von ihm angegebenen Gaudanin, d. h. einer mit 1% Formalinzusatz bereiteten Lösung von feinstem Paragummi. Die Lösung wird mit einem kleinen Pinsel auf die vorher beliebig desinfizierte Brustwarze aufgetragen, nach dem Trocknen mit sterilem Talkum oder Mehl bestreut und bildet nun ein festes Häutchen, das beim Ansaugen der Milch nur an den Ausführungsgängen der Brustdrüse gesprengt wird. Es wird genügen, die Gummierung der Brustwarze alle zwei bis drei Tage zu wiederholen. Nach den Erfahrungen über zweihundert Fälle ist es auf diese Weise möglich, die Entstehung von Schrunden und Fissuren und damit auch die der Mastitis beinahe vollkommen sicher zu vermeiden.

Einen pathologisch-anatomisch interessanten Befund demonstrierte Schmorl in der gynäkologischen Gesellschaft zu Dresden. In dem Uterus einer 73jährigen Greisin, die intra vitam niemals Symptome eines Uterinleidens gehabt hatte, fand sich eine ausgedehnte, echte Knochenbildung im Endometrium. Die die ganze Uterushöhle auskleidende Knochenplatte war ca. 1/4 mm dick, lag im interstitiellen Gewebe der Mucosa und wurde von den Mündungen der noch spärlich vorhandenen Drüsen durchbohrt. Für ihre Entstehung liegen zwei Möglichkeiten vor: Keimversprengung oder metaplastische Bildung.

In derselben Sitzung demonstrierte Schmorl die Spirochaete pallida in Organen syphilitischer Neugeborener und führte den Nachweis, dass sich dieselben nicht nur in allen inneren Organen finden, sondern auch das Epithel der Drüsen und der Schleimhäute durchdringen und somit allen Sekreten und Exkreten beigemischt sein können. Diese müssen daher auch als infektiös betrachtet werden.

Die in neuerer Zeit empfohlene Behandlung asphyctischer Neugeborener mit Sauerstoffinfusionen in die Nabelvene hat Offergeld in zwölf Fällen nachgeprüft und ist zu dem Resultate gekommen, dass dieselbe durchaus nicht mehr leistet als die anderen Behandlungsarten und ausserdem nicht ungefährlich ist, da trotz grösster Vorsicht sehr leicht akute Herzdilatation mit sofortigem Tod eintreten kann. Eine Empfehlung für die Praxis ist daher durchaus nicht angängig.

Dass die Kopfgeschwulst, das caput succedaneum der Neugeborenen, nicht unter allen Umständen eine absolut harmlose Affektion darstellt, geht aus einer Veröffentlichung Ehrendorfers hervor, nach der bei zwei aufeinander folgenden Entbindungen derselben Frau die stark blutig-seröse Infiltration der Weichteile des kindlichen Kopfes zu Gewebstod und gangränösem Zerfall eines grossen Teiles der Kopfschwarte, stellenweise bis auf den Knochen, führte. In einem Fall kam es im Anschluss an die langwierige Eiterung zum Exitus des Kindes. Die starke, die Nekrose bedingende Einschnürung kam nach E. in diesen Fällen bei infolge schwacher Wehentätigkeit verzögerter Geburt durch eine auf bindegewebiger Entartung beruhende Striktur des inneren Muttermundes zu stande. G. Z.

Periodische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift. Nr. 3. 1907.

1. Tendeloo, Leiden: **Aëro-lymphogene Lungentuberkulose.** Die primären, weil einzigen, Tuberkuloseherde kommen in allen Lungenabschnitten vor, aber weitaus am häufigsten in den kranialen paravertebralen Lungenabschnitten. Bei allgemeiner haematogener Miliartuberkulose trifft man die Knötchen in allen Lungenabschnitten gleichmäßig verteilt an; die Annahme der haematogenen Infektion vermag deshalb nicht den Sitz der primären Lungentuberkulose zu erklären. Dagegen gewinnt hierfür eine wesentliche Bedeutung die Betrachtung des Staubpigmentes, das sich in grösster Menge in denselben Lungenteilen wie die allermeisten einsetzenden Tuberkuloseherde findet. Der Staub gelangt mit der eingeatmeten Luft in die Lunge, wo er zum grösseren Teil in die Lymphwege aufgenommen wird. In diesen zirkulierend kann sich der Staub in allen Lungenteilen ablagern, aber da findet die Ablagerung am leichtesten statt, wo die abführende Kraft, die Bewegungsenergie der Lymphe am geringsten ist, und das ist in den kranialen, paravertebralen Lungenteilen der Fall. Was für die Staubpartikel gilt, trifft auch für die Verteilung anderer kleiner Körperchen, der Bakterien, zu. Wird so die bevorzugte Lokalisation der primären Tuberkuloseherde in den kranialen Lungenteilen begreiflich, so scheint doch mit dieser Erklärung im Widerspruch zu stehen, dass Entzündungen der Lungen durch andere Bakterien



mehr in den kaudelen Teilen sich lokalisieren, obgleich für sie doch dieselben physikalischen Entstehungsmöglichkeiten wie für die Tuberkelbazillen vorliegen. Diese Differenz erklärt sich aus den Verschiedenheiten der Lebenseigenschaften der Tuberkelbazillen und der anderen Bakterien; letztere wachsen ungleich schneller, produzieren viel rapider ihre Gifte, vor allem aber entwickeln sie sich am energischsten in blut- und saftreichem Gewebe. Neben der bronchogenen steht danach die lymphogene Verbreitung der Tuberkulose in der Lunge im Vordergrund. Der Sitz der einsetzenden primären Tuberkuloseherde in der Lunge wird bestimmt von der physikalischen Gelegenheit für lymphogene Infektion. In den meisten Fällen ist die primäre Lungentuberkulose eine lymphogene. Auf drei Wegen können die Tuberkelbazillen in die Lymphwege der Lunge gelangen: aus Lymphwegen ausserhalb der Lunge, aus Blutgefässen der Lunge, aus den Luftwegen und Lungenbläschen. Von diesen drei Wegen scheint der letzte der häufigste. Die mit der eingeatmeten Luft zugeführten Tuberkelbazillen schlagen sich zum Teil nieder, zum Teil geraten sie in die Lymphwege, das kann in allen Lungenteilen geschehen; aber die Infektionsgefahr steht in umgekehrter Proportion zur Bewegungsenergie des Lymphstromes. Die primäre Lungentuberkulose verdankt in den meisten Fällen ihre Entstehung einem Zusammenwirken aërogener und lymphogener Infektion.

2. Schucht, Breslau: **Zur experimentellen Uebertragung der Syphilis auf Kaninchenaugen.**

Sch. hat 51 Augen von 26 Kaninchen in sechsfach modifizierter Weise mit syphilitischem Material geimpft; ohne Erfolg blieb die Impfung bei Benutzung einer Organemulsion eines syphilitischen Affen und Material von Condylomata lata; in den anderen Fällen wurde von frisch exzidierten Inguinaldrüsen von Patienten mit primärer und sekundärer Syphilis geimpft und stets mit jeder Form der Impftechnik ein positives Resultat erzielt. Keratitis parenchymatosa entwickelte sich nach einer mittleren Inkubationszeit von 29 Tagen, Iritis condylomatosa nach einer solchen von 16 Tagen, und eine gummöse Iritis mit gleichzeitiger Keratitis nach 62 Tagen. Der Nachweis der Spirochaeten in der Cornea sowohl im Schnitt wie im Ausstrichpräparat wurde mehrfach geführt, und durch diesen doppelten Nachweis der Einwand Schulzes, dass die Silberspirochaeten Nervenfibrillen seien, widerlegt. Irgend welche Befunde an den anderen Organen der am Auge mit Erfolg geimpften Tiere wurden nicht gefunden. Die Versuche ergeben eine weitere Bestätigung der Tatsache, dass das Syphilisvirus im stande ist, auch bei Tieren, die weit unter dem Affen stehen, spezifische Erscheinungen hervorzurufen. Gleichzeitig erscheint es aber sehr wahrscheinlich, dass die Virulenz des Syphiliserregers bei dieser Uebertragung eine starke Abschwächung erfährt.

3. Hoffmann, Leipzig: **Ueber rudimentäre Eventration.**

In Nr. 17, 1905, d. W. hat Verf. das Krankheitsbild der „chronischen Magenblase" beschrieben und verweist erneut auf deren häufigeres Vorkommen. Die betr. Patienten klagen über ein Gefühl von Aufgetriebensein, besonders nach dem Essen, meist sind dabei Herzbeschwerden vorhanden, Gefühl von Druck auf der Brust, Angstgefühle; starke Dyspnoe, heftige krampfartige Schmerzen können sich einstellen; solche Fälle werden oft als „Magenkrämpfe" gedeutet. Das Röntgenbild zeigt, dass es sich um eine Magenblase handelt, durch die das Zwerchfell hoch in den linken Brustraum hineingedrängt wird. „Magenblasen" finden sich bei der Röntgenuntersuchung sehr häufig; eine pathologische Bedeutung kommt nur den Fällen zu, wo es sich um einen chronischen Zustand handelt. Hier handelt es sich nicht um eine nur vom Magen oder Darm ausgehende Affektion; hier ist auch die normale Elastizität des Zwerchfells geschädigt, sei es durch primäre Erkrankung seiner Nerven oder der Muskulatur, sei es sekundär durch pleuritische oder peritonitische Prozesse. Hiermit ist dann eine Disposition zur wirklichen Eventration gegeben.

4. Büdingen, Konstanz-Seehausen: **Die Anstaltsbehandlung der Herzkranken und ihre Indikationen.**

Das Wesen der Anstaltsbehandlung soll nicht in der Anwendung eines bestimmten Mittels oder einer bestimmten Balneotherapie bestehen. Sie muss neben der Behandlung des insuffizienten Herzmuskels durch geeignete Mittel das Nervensystem des Patienten und die Alterationen seiner Gefässe berücksichtigen, sie soll für Ruhe, geeignete Diät und Hautpflege sorgen und das zulässige Maß von Bewegung bestimmen; weiter soll sie darauf hinwirken, dass der Patient die Grenzen seiner Kraft kennen und achten lernt, sie gibt die Anweisung, wie das künftige Leben im Bereiche der Möglichkeit zu gestalten ist. Was die Indikationen für Anstaltsbehandlung der Herzkranken betrifft, so richtet sich die Beantwortung der Frage, ob Anstalt oder Kurort, nicht nur nach der Schwere der Herzerkrankung, sondern auch der Beimischung von Nervosität zur Grundkrankheit und nicht zum wenigsten nach Temperament und Charakter. Die apathisch Nervösen eignen sich mehr für den Kurort, wo sie Zerstreuung finden, die überreizten, erregbaren, die der Ruhe bedürfen, für die Anstalt, wo die Reize des Lebens gedämpft und gemildert werden. Wer ängstlich sein Leiden beobachtet, wer alle Verordnungen streng einhält, wem die Bewertung seines leidenden Zustandes über die Lockungen des Lebens geht, der bedarf, wenn nicht die Schwere des Leidens Krankenhauspflege fordert, nicht der Anstaltsbehandlung. Die Optimisten dagegen, die bei der kleinsten Besserung sich wohl und leistungsfähig fühlen, die schwachen Charaktere, die jeder Versuchung unterliegen, die Vorwärtsstürmer mit unverwüstlicher geistiger Spannkraft, die ihr körperliches Leiden gering achten, die bedürfen der Anstaltsobhut, des Anspornes, des Belehrens, des Zurückhaltens, des Zurechtweisens durch geschulte und erfahrene Anstaltsärzte.

5. Roemisch, Arosa: **Ueber Dauererfolge mit Tuberkulinbehandlung.**

In Nr. 46 und 47, 1902, d. W. hat Verf. eine Reihe von Fällen mitgeteilt, die zeigten, dass die von Goetsch empfohlene vorsichtige Tuberkulinbehandlung einer bestimmten Art Lungentuberkulose in einer Weise Nutzen zu bringen vermag, wie dies in gleicher Weise mit keiner andern Behandlungsmethode erzielt werden kann. Er berichtet jetzt erneut über diese Fälle, die nun zeigen, dass die damals erzielten Erfolge dauerhaft geblieben sind über einen Zeitraum bis zu $4^1/_2$ Jahren. Bei der Tuberkulinkur kommt es darauf an, sich mit den Dosen an der Grenze zu halten, wo eben eine lokale Einwirkung auf die tuberkulös erkrankten Stellen stattfindet, ohne dass es dabei zu einer heftigeren Reaktion kommt. Bleibt man zu weit unter der Grenze, so ist die Kur nutzlos; überschreitet man sie bis zu heftigen Reaktionen, so kann die Kur gefährlich werden. Aeussere Anzeichen, dass die Grenze erreicht ist, sind Verschlechterung des Allgemeinbefindens, Mattigkeit, Appetitlosigkeit, schlechter Schlaf, Schmerzempfindungen, vermehrter Auswurf, leichte Temperaturveränderungen. Bei Auftreten solcher verdächtiger Störungen ist die Dosis zu verringern. An einigen Beispielen wird der Verlauf der Kur erläutert. Sie erscheint indiziert für die chronisch Kranken, die durch eine Luftruhekur die entzündlichen Erscheinungen in der Umgebung der Erkrankungsherde verloren haben, bei denen aber die dadurch abgegrenzten, noch bestehenden Tuberkuloseherde nun keine Neigung zu weiterer Besserung zeigen. Akute und fiebernde Fälle sind keinesfalls geeignet; sie bedürfen zuerst einer Kur der absoluten Ruhe. Die Tuberkulinbehandlung macht also die bisherigen Behandlungsweisen nicht unnötig; diese werden bei heilbaren und rechtzeitig zur Behandlung kommenden Fällen volle Herstellung der Gesundheit bringen lassen; aber für die oben abgegrenzten chronischen Tuberkulosefälle bietet die Tuberkulinkur ein sehr wertvolles Hilfsmittel.

6. Ganser, Dresden: **Zur Behandlung des Delirium tremens.**

G.s Erfahrungen erstrecken sich auf ein Material von 1051 Fällen, die er von 1890—1905 zu behandeln hatte. 486 Fälle der ersten 8 Jahre zeigten eine Mortalität von 6,37%, 565 Deliranten der letzten 8 Jahre wiesen nur eine solche von 0,88% auf, so dass also die ausserordentliche Besserung der Mortalitätsziffer auf weniger als $^1/_7$ in der zweiten Zeitperiode zu konstatieren ist. Die allgemeinen Grundsätze der Behandlung, absolute Alkoholabstinenz von vornherein, möglichst weit durchgeführte Bettbehandlung, sorgsame Wartung, waren für beide Serien dieselben; bei der zweiten wurde die Behandlung in einem Punkte geändert, das ist die prinzipielle Verabfolgung von Digitalis an jeden Alkoholdeliranten von der ersten Stunde des Anstaltsaufenthaltes an, in der Weise, dass meist im Laufe eines Tages 1,5 g im Aufguss verbraucht werden und diese Dosis je nach dem Fall

2—3 mal gegeben wird. Wie die erfreuliche Besserung der Mortalitätsziffer hierbei zeigt, scheint es damit möglich, den beim Deliranten so sehr zu fürchtenden Herzkollapsen wirksam zu begegnen. Tritt trotz des Digitalis Herzschwäche ein, so wird ausgiebiger Gebrauch von Excitantien gemacht. Eine energische Auswaschung der Gewebe erstrebt eine reichliche Flüssigkeitszufuhr; die Kranken erhalten ein Getränk, welches aus 1%iger Lösung von Natrium aceticum in Wasser mit etwas Syrup besteht, und von den Patienten wegen seines bierähnlichen Aussehens gern genommen wird.

7. Weygandt, Würzburg: **Ueber den Stand der Idiotenfürsorge in Deutschland.**

W. gibt statistische Daten über die Zahl der Idioten in Deutschland, über den verschieden gestalteten Betrieb bestehender Anstalten und die Einrichtungen neugebauter. Er erhebt die Forderung der Verstaatlichung und Verärztlichung der Anstalten, um die Schwachsinnigenfürsorge in einer dem kulturellen Niveau unserer Zeit entsprechenden Weise zu heben. Die grössere Mehrzahl aller Schwachsinnigen, die für längere Zeit der Internierung bedürfen, gehören in psychiatrische Leitung. Es darf sich nicht darum handeln, Idioten lediglich wegen körperlicher Beschwerden ärztlich zu behandeln; psychiatrische Behandlung ist erforderlich, die dauernd alle psychischen Faktoren berücksichtigt und in geeigneten Fällen auch die erzieherische und ditaktische Einwirkung und nutzbringende Beschäftigung heranziehen kann. An Stelle eigner Anstalten für jugendliche Schwachsinnige erscheint es empfehlenswerter, Idiotenabteilungen den Irrenanstalten anzugliedern.

8. Mittermaier, Heidelberg: **Die Hammerzehen und ihre Behandlung.**

M. empfiehlt für das Leiden nach persönlichen Erfahrungen eine an einer Sandalensohle zu befestigende kissenartige Bandage zur Unterstützung und Streckung der Zehe.

9. Reismann, Haspe: **Zum Auffinden der Ligamenta rotunda im Leistenkanale.**

Für weniger Geübte empfiehlt Verf. nach Freilegung des Leistenkanals den gesamten Inhalt desselben, etwa in der Mitte mit einem gebogenen Wundhaken zu umgehen und auf diesem aufzufangen; breitet man das so aufgefangene und etwas emporgehobene Gewebsbündel mit zwei spitzen Pinzetten auseinander, so erkennt man sofort den grau durchscheinenden Teil des gehobenen Bandes.

10. Kaupe, Bonn: **Eine neue Milchpumpe.**

An der Hand einer Abbildung wird der kleine Apparat beschrieben, der leichte Reinigung ermöglichen und eine Verunreinigung der Milch durch den Ballon und eine Verunreinigung der abgezogenen Milch verhüten soll.

11. Eijkmann, Utrecht: **Polyneuritis der Hühner und Beri-Beri, eine chronische Oxalsäurevergiftung?**

Eine Kritik der von anderen Autoren angestellten Experimente, die zu der Behauptung geführt hatten, die Polyneuritis der Hühner sei eine Oxalsäurevergiftung, führt Verf. zu einer Ablehnung dieser Annahme und damit auch zur Ablehnung der daraus bezüglich der Aetiologie der Beri-Beri gezogenen Konsequenzen.

Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 1. 1907.

1. Heubner, Berlin: **Zur Kenntnis der orthotischen Albuminurie.**

Wenn die meisten Kenner der orthotischen Albuminurie sich nicht zu der Auffassung bekannt haben, dass es berechtigt sei, diese Erkrankung als eine für sich bestehende besondere Form von anderen Albuminurien abzutrennen, so lag dies zum Teil daran, dass sich kein rechtes Verständnis für den Mechanismus des Zustandekommens des Leidens eröffnen wollte. Wenn auch klinisch die meisten in Frage kommenden Individuen in ihrem ganzen Habitus eine gewisse Minderwertigkeit verraten, so ist doch mit dem Begriff einer allgemeinen Schwäche des Gefässsystems keine recht befriedigende Erklärung zu finden, so lange diese Vermutung nicht durch anatomische oder pathologisch-physiologische Tatsachen gestützt werden kann. In neuerer Zeit haben nun Untersuchungen über Pulsqualität und -quantität und über den Blutdruck, sowie die moleculare Harnkonzentration bei Orthotikern der Auffassung, dass die Mehrzahl der orthotischen Albuminurien nicht nephritischer, sondern cardiovasculärer Natur seien, als deren Ursache vielfach das sogenannte „Wachstumsherz" anzusehen sei, eine wesentliche Stütze gegeben. H. selbst hat zum ersten Male Gelegenheit gefunden, die Nieren eines Orthotikers anatomisch untersuchen zu können. Es handelte sich um ein mehrere Jahre in genauer Beobachtung gehaltenes Mädchen, das an einem Tumor cerebri zu Grunde ging. Makroskopisch waren beide Nieren unverändert. Bei der genauen mikroskopischen Durchforschung der Organe, die an jedem Schnitt das Verhalten der Gefässe, des interstitiellen Drüsengewebes, des Nierenparenchyms, der Kanäle, Schaltstücke, Markstreifen, Schleifen und Sammelröhren berücksichtigt, fand sich in fast allen Provinzen eine bedeutende Hyperaemie der kleinen Venen und des ganzen Kapillarnetzes, die als Folge der in den letzten Lebenswochen anwachsenden Stauung zu betrachten ist. Daneben war eine Durchsetzung einzelner Zellgruppen des Nierenparenchyms von spärlichen Fettkörnchen zu konstatieren. Das gesamte Gefässsystem, insbesondere der Glomeruli, war vollkommen intakt, das Epithel aller Kanälchen tadellos erhalten; nirgends im interstitiellen Gewebe etwas abnormes. Nur in der rechten Niere fand sich dicht unter der Oberfläche ein etwa 1 mm grosser atrophischer Bezirk. Im ganzen zeigen danach die Nieren, sowohl makroskopisch wie mikroskopisch, ein durchaus normales Verhalten; und damit ist zum ersten Male der anatomische Nachweis dafür geliefert, dass eine chronische Albuminurie ohne Cylindrurie vorkommen kann, ohne dass eine Erkrankung der Niere vorzuliegen braucht.

2. Hildebrand, Berlin: **Ueber Bauchkontusionen.**

Wichtig werden Bauchkontusionen dann, wenn die Abdominalorgane verletzt sind, entweder der Magendarmkanal oder die parenchymatösen Organe mit ihren Ausführungsgängen. Am Magendarmkanal kann es zu einer Quetschung oder Zerreissung aller Schichten kommen. Ist keine Kontinuitätsunterbrechung eingetreten, so können doch nachträglich schwerere Erscheinungen einsetzen, infolge sekundär erfolgender Perforation oder durch flächenhafte Verwachsungen mit anderen Organen. Alleinige Laesion der Mucosa des Magens kann zu einem Ulcus führen. Mit der perforierenden Verletzung des Magens und Darms ist von vornherein die grosse Gefahr der Peritonitis verbunden. In diesen Fällen kommt es sehr darauf an, dass frühzeitig eine richtige Diagnose gestellt wird; in dieser Hinsicht ist ein sehr wichtiges Symptom die Bauchdeckenspannung, namentlich die einseitige. Frühzeitige Laparotomie, noch bevor die deutlichen Zeichen der allgemeinen Peritonitis vorhanden sind, wird die Prognose dieser Fälle wesentlich bessern. H. selbst hat von zwölf frischen Darmverletzungen fünf gerettet. Nicht ohne Bedeutung sind Verletzungen des Mesenteriums, die zu schweren Blutungen oder zur Nekrose des betreffenden Darmstücks führen können; solche Fälle sind sehr schwer zu beurteilen; bei irgendwie schweren Erscheinungen, unter Berücksichtigung des Gesamtzustandes des Patienten, ist die Laparatomie zu empfehlen. Was die Verletzungen der parenchymatösen Organe betrifft, so werden solche von Milz und Leber gefährlich wegen der Blutungen. Ueber den Umfang der Blutung, und ob sie eventuell von selbst zum Stillstand kommen wird, ist es oft nicht leicht, ein Urteil zu gewinnen; sieht der Patient sehr anaemisch aus, elend, blass, hat er frequenten Puls, so soll man das Risiko nicht auf sich nehmen, die Blutung noch andauern zu lassen, dann soll die Laparatomie gemacht werden, die die sichere Möglichkeit gibt, die Blutung zu stillen, bei der Milz durch Exstirpation, bei der Leber durch eventuelle Naht oder Tamponade. Bei der Leber können auch isolierte Verletzungen der Gallenblase oder der grösseren Ausführungsgänge vorkommen und unter Umständen zu schweren Späterscheinungen führen. Laesionen des Pankreas sind bei der geschützten Lage des Organs relativ selten; sie verursachen Blutungen oder Fettgewebsnekrosen; die dieserhalb vorgenommene Laparatomie wird sich in den meisten Fällen auf Tamponade beschränken müssen. Nierenverletzungen sind relativ häufig; sie entstehen hauptsächlich, wenn die Gewalt die Niere bei gefüllten Nierenbecken trifft; blutiger Urin für einige Tage, langdauernder Blutabgang, hochgradige Anaemie, Unruhe, heftiger Schmerz, frequentester Puls sind je nach dem Umfang der Verletzung der Niere zu erwarten; Laparatomie und eventuelle Exstirpation des Organs werden bei den schwersten Laesionen nötig. Von Wichtigkeit sind isolierte



Verletzungen des Ureters; die Risse sind öfter in der Nähe des Nierenbeckens, kommen aber auch an der Blase vor. Diese selbst wird relativ leicht verletzt, wenn das Trauma sie in gefülltem Zustand trifft; je nach dem Sitz des Risses, ob extra- oder intraperitoneal, ist die Gefahr der Verletzung verschieden. Eine Zusammenstellung der einschlägigen Fälle, die H. zu behandeln Gelegenheit hatte, zeigt, was die Chirurgie auf dem Gebiete der Bauchkontusionen leisten kann, wenn die Fälle zu richtiger Zeit kommen, wo die Gefahren für das Leben des Betreffenden noch nicht so gross geworden sind, dass die Hilfsmittel versagen müssen; eine Peritonitis im Beginn ist fast sicher zu bekämpfen, während die ausgebildete die grössten Schwierigkeiten macht; eine Blutung, auch wenn sie hochgradig ist, ist zu beherrschen, wenn der Patient nur noch so lebenskräftig ist, dass er eine Operation verträgt. H. rät deshalb dringend, Fälle, bei denen die Beurteilung schwierig ist, frühzeitig dem erfahrenen Spezialisten zuzuführen, damit er den Zeitpunkt bestimmen kann, wann die Operation gemacht werden soll, und er nicht gezwungen ist, zu operieren zu einer Zeit, wo die besten Chancen vorüber sind.

3. Wassermann, Berlin: **Zur diagnostischen Bedeutung der spezifischen Komplementfixation.**

W. erläutert die Entwicklung, das Wesen und die Bedeutung des Phänomens der Komplementbindung und zeigt, dass das wesentlichste in der Versuchsanordnung von Wassermann und Bruck das Arbeiten mit gelösten Substanzen von Mikroorganismen ist; der Fortschritt und der Unterschied gegenüber der Bordetschen Komplementablenkung liegt darin, dass die statt der Vollbakterien gewählten Bakterienextrakte die Herstellung eines haltbaren, quantitativ einzustellenden Standard-Materials gestatten; sie ermöglichen das für praktische Diagnostik unerlässliche quantitative Arbeiten. Die neue Versuchsanordnung ermöglicht eine Erweiterung unserer bisherigen Kenntnisse dahin, dass es auch gelingt, gelöste Bakteriensubstanzen in Körperflüssigkeiten intra vitam mittels der Komplementbindung nachzuweisen; sie ermöglicht die Uebertragung der Bordetschen Komplementbindung auf ganz neue Gebiete, d. h. auf diejenigen Infektionskrankheiten, deren Erreger uns noch unbekannt sind, bezw. deren Erreger in Kulturen zu gewinnen bisher unmöglich war; und sie erlaubt mit Hilfe der die spezifischen Antigensubstanzen in gelöster Form enthaltenden Extrakte die Komplementbindung auch auf das grosse Gebiet der Protozoenkrankheiten, deren Erreger bisher überhaupt nicht züchtbar sind, zu übertragen.

4. Mosse, Berlin: **Zur Kenntnis einiger seltener Störungen bei der Basedowschen Krankheit.**

Kurze Krankengeschichten und Erläuterungen von Basedow-Fällen, von denen der eine rechtsseitiges Graefesches Zeichen, linksseitige Ptosis bot, ein weiterer hochgradige Herzarythmie aufwies, und zwei spontane Glycosurie zeigten.

5. Hartog, Berlin: **Wann soll man Coeliotomierte aufstehen lassen?**

Bezüglich der Nachbehandlung sowohl nach abdominalen wie vaginalen Coeliotomien sind in den letzten Jahren in der Landauschen Klinik die Prinzipien wesentlich geändert worden. 6 bis 24 Stunden nach der Operation wird mit der Darreichung von körperwarmen Kochsalzklystieren begonnen; sind bis zu 36 Stunden p. op. keine Blähungen abgegangen, wird ein Kaltwasserklystier ev. ein Seifenklystier gegeben. 48 Stunden nach der Operation wird mit Ol. Ricini abgeführt bei allen Operierten, mit Ausnahme der vaginal mit Klemmen Operierten und der mit abdominaler Drainage Behandelten. Am Tage nach der Operation machen die Patientinnen Bewegungen mit den Beinen, richten den Oberkörper auf, wechseln die Lage; nach primärer Wundvereinigung stehen die Patientinnen bei glattem Verlauf in der Mitte oder am Ende der ersten Woche auf. Vorbedingungen für dieses Vorgehen sind gewisse Einzelheiten der Technik, bezüglich der Schnittführung, exakten Etagennaht, Nähmaterial, Blutstillung, Asepsis. Die frühzeitige Anregung der Peristaltik und das frühzeitige Abführen haben niemals zu irgend welchen Schädigungen geführt; das frühzeitige Aufstehen hat zu keinerlei Wund- oder sonstigen Störungen geführt; alle Patientinnen verliessen die Klinik mit fester Narbe und ohne Bauchbinde. Die schnellere Rekonvaleszenz und die durch die bessere Blutzirkulation bedingte Vermeidung gewisser Formen von Embolie und Thrombose sind die Hauptvorteile die das frühe Aufstehen bringt.

6. Marmorek, Paris: **Beitrag zur Kenntnis der tuberkulösen Septicaemie.**

Auf Grund der Tatsache des gelegentlichen Vorkommens der Bazillen im Blute, hat M. experimentell die Frage zu lösen versucht, ob das Eindringen der Bazillen ins Blut, die bazilläre Septicaemie, eine regelmäßige Phase in der Entwicklung der Infektion darstellt, oder nur eine seltene Zufälligkeit, wann die Bazillen ins Blut treten, wielange sie in der Zirkulation bleiben, und welchen Einfluss die Verschiedenheit des Infektionsmodus auf die Bazillaemie hat. Die an Meerschweinchen angestellten Versuche zeigten, dass es immer ausnahmslos zu einer Septicaemie kommt, dass dies eine gesetzmäßige Regel bei der stets fortschreitenden Tuberkulose des Meerschweinchens ist, und weiter, dass die Septicaemie sich sehr lange erhält, wenn auch die Zahl der Bakterien im Blute so gering ist, dass sie nie im mikroskopischen Präparate nachgewiesen werden konnten. Zur Erklärung der auffälligen Tatsache, dass trotz der langen Dauer der Septicaemie niemals die bei andern infektiösen Krankheiten beobachtete grosse Vermehrung der Bazillen im Blute eintritt, ist anzunehmen eine sehr geringe Virulenz, resp. Toxizität der Bazillen, welche vom Blut kommt. Diese Annahme liess sich experimentell stützen; aus dem Blute stammende Bazillen vermochten, wenn sie in ungünstigere Bedingungen, als in das Unterhautzellgewebe gebracht wurden, also arteriell oder intraperitoneal verimpft wurden, nur ganz ausnahmsweise Tuberkulose hervorzurufen. Daraus ergibt sich, dass die angebliche absolute Empfänglichkeit der Meerschweinchen für Tuberkelbazillen nicht besteht, dass Meerschweinchen doch imstande sind, sich der Bazillen zu entledigen, wenn diese durch vorheriges Verweilen im Meerschweinchenblute in ihrer Virulenz abgeschwächt sind. Und weiter wird damit begreiflich, was bisher als unangenehme Laboratoriumserfahrung galt, warum die gewöhnliche klassische Methode der Virulenzerhöhung, die Passage von Tier zu Tier, bei der Tuberkulose keinen Erfolg hat.

7. Bardeleben, Berlin: **Ueber moderne geburtshilfliche Operationen.**

Besprochen werden Technik und Indikationen der Pubeotomie, des vaginalen Kaiserschnitts (Hysterotomia vaginalis anterior) und der Dilatation mittels unelastischer Ballons.

Wiener klinische Wochenschrift. Nr. 1. 1907.

1. O. Loewi, Wien: **Ueber Wirkungsweise und Indikation einiger diuretisch wirkender Mittel.**

Steigerung der Diurese kann grundsätzlich auf zweierlei Art erzielt werden; entweder durch primäre Steigerung der Gesamtzirkulation oder durch primäre Steigerung der Funktion des harnbereitenden Apparates in der Niere selbst. Bezüglich der Purinreihe, Koffein, Theobromin, Theophyllin galt bisher die von Schröder aufgestellte Theorie, dass ihre Wirkung durch eine direkte Reizung des Nierenepithels zu stande käme, daher also von ihnen bei Nephritis kein Gebrauch zu machen wäre. Es hat sich aber herausgestellt, dass die Gefässerweiterung eines Organes, dessen zentrale Vasokonstriktoreninnervation aufgehoben ist, keineswegs eine maximale ist, sie kann noch gesteigert werden durch Reizung peripherer in der Gefässwand liegender gefässerweiternder Apparate. Dies gilt für die Purinreihe; ebenso ist sichergestellt, dass die Diurese eine Folge der stärkeren Durchblutung der Niere ist und nicht umgekehrt; nicht die Harnkanälchenepithelchen, sondern die Glomerulusgefässe sind die Hauptangriffspunkte der Diuretika. Daraus folgt, dass die Purinkörper als mögliches Abortivmittel in jedem Fall von akuter Nephritis anwendbar sind, und vielleicht lassen sie sich auch als diagnostisch wertvolle Anhaltspunkte verwerten, ob es sich mehr um globuläre oder mehr parenchymatöse Formen handelt. Ebenso wichtig ist ihre Wirkung auf die Gesamtzirkulation bei Zuständen, wo man es mit plötzlichen Krampfzuständen der Koronararterien zu tun hat, also Angina pectoris, Stenocardie etc. Mehrere Momente spielen dabei eine Rolle, erstens die Beschaffenheit des Blutdruckes. Von der Grösse der Blutversorgung ist die Harnsekretion abhängig; ist der Blutdruck unter ein bestimmtes Niveau gesunken, so lässt sich überhaupt keine Diurese mehr erzielen; bei niedrigem Druck aber ist die arterielle Ver-

sorgung der Niere geschädigt und venöse Stauung bringt die Harnsekretion zum Verschwinden. Zweitens kommt es auf den Zustand der Erfolgsorgane an, sie müssen in einem Zustand sein, dass die Diuretika angreifen können. Bei bestehender maximalster Erweiterung oder starker Arteriosklerose ist keine Wirkung zu erzielen. Ferner ist für die Wirkung der Diuretika der Vorrat an Material für die Harnbildung maßgebend. In normalen Verhältnissen wird bei der gesteigerten Nierendurchblutung der gleiche Wasserüberschuss nur schneller entleert, beim Oedematösen aber ein grösserer Wasservorrat, da das Blut leicht den Verlust immer wieder ersetzen kann.

Unter Einfluss von Digitalis steigt der Blutdruck beim Menschen nicht, er bleibt gleich oder fällt sogar; eine direkte Gefässwirkung im Sinne einer Verengerung scheint der Digitalis beim Menschen nicht zuzukommen. Wie es aber möglich ist, dass Digitalis den Blutdruck herabsetzt und gleichzeitig diuretisch wirkt, lässt sich auf folgende Weise erklären. Unter dem Einfluss von Digitalis arbeitet das Herz besser; dadurch, dass es nicht nur mehr auswirft, sondern auch mehr schöpft, verschwindet die Stauung samt den Oedemen, infolge der reichlicheren Durchblutung hört die Asphyxie, damit auch die Reizung des Vasokonstriktorenzentrums und die dadurch mitbedingte vermehrte Gefässspannung auf. Die Folge davon ist, der Blutdruck fällt infolge der Gefässentspannung und -entlastung; die Niere enthält mehr Blut infolge gesteigerter Herzarbeit und infolge Nachlassens der Gefässspannung und kann wieder arbeiten, da gleichzeitig die venöse Spannung aufhört. Hoher Blutdruck ist daher keine Kontraindikation für Digitalisanwendung; eine gleichzeitige Kombination der Purinkörper und Digitalis dürfte immer angezeigt sein, da sie immer unschädlich, oft aber von grossem Nutzen ist.

2. Doerr: **Ueber ungiftige assoziierbare Verbindungen der Toxine.**

Bereits Roux und Yersin hatten beobachtet, dass Diphtheriegiftlösungen durch Milchsäure oder Weinsäure entgiftet werden. Neuere Untersuchungen über das Verhalten von Toxinen verschiedener Art gegen chemische Einwirkungen haben zu ähnlichen Resultaten geführt. Krotalusgift wird durch Salzsäure unschädlich gemacht, wie Flexner und Noguchi zeigten. Morgenrot und Pane machten folgende Entdeckung: Cobragiftlösung mit $\frac{n}{20}$ HCl zum Sieden erhitzt, neutralisiert und sofort nach dem Abkühlen geprüft, zeigt nur einen kleinen Teil des ursprünglichen haemolytischen Vermögens. Einige Tage im Eisschrank gehalten, gewinnt es ganz oder zum Teil den früheren Titre wieder. Auch längere Einwirkung von HCl in der Kälte hat denselben Effekt, namentlich bei Zusatz von Lecithin. Das Neurotoxin des Cobragiftes reagiert mit HCl ähnlich. Verfasser ist auf Grund eingehender Versuche zu folgenden Schlüssen gelangt. Gewisse Toxine (Dysenterie, Diphtheriegift) werden durch Mineralsäuren und zum Teil auch organische Säuren in wenigen Stunden in atoxische Modifikationen übergeführt. Diese Verbindungen sind durch Bindung der Säure mit starken Basen innerhalb einer relativ kurzen Zeit (za. zwanzig Stunden) vollständig in die ursprüngliche, giftige Form zurückzuverwandeln. Andere Toxine (Tetanus — El-Tor-Toxin — Vibriolysin) wurden durch Säuren zerstört, bezw. so weit abgebaut, dass eine Restitution des ursprünglichen Moleküls nach Aufhebung der Säurewirkung nicht mehr eintritt.

3. Jehle: **Ueber das Vorkommen des Meningococcus und des Mikrococcus catarrhalis im Nasenrachenraum und Desinfektionsversuche mit Pyocyanase bei diesen Infektionen.**

Bei den Versuchen mit Reinkulturen zeigte sich, dass eine relativ sehr geringe Menge unverdünnter oder verdünnter Pyocyanase genügt, um das Wachstum der Meningococcen zu verhindern. Viel geringer ist die Wirksamkeit auf das zellreiche Sediment einer Lumbalpunktionsflüssigkeit. Drei Tropfen Pyocyanase, noch in der Verdünnung von 1:10, vermögen in einer Oese Sediment das Wachstum der Meningococcen zu verhindern, bei zwei Oesen aber und fünf Tropfen unverdünnter Pyocyanase trat nur eine Hemmung des Wachstums auf. Durch die mikroskopische Untersuchung sieht man, dass die Leukocyten weder ihr Aussehen noch ihre Färbbarkeit durch Pyocyanase verändern, während die Meningococcen, auch die intrazellulären, verquellen und schwer tingierbar erscheinen.

Bei Versuchen infolge natürlicher Infektionen durch den Mikrococcus catarrhalis und Meningococcus ist zu beachten, dass beide Arten im hinteren Nasenrachenraum nisten und fast nie in den vorderen Nasenhöhlen zu finden sind, weil sie dort durch die trocknende Wirkung des Luftstromes bei der Atmung sehr rasch zu grunde gehen. Niemals fanden sich Meningococcen bei Personen, in deren allernächsten Umgebung keine Genickstarreerkrankung vorkam, oder bei Patienten oder deren Angehörigen, wenn die Erkrankung länger als drei Wochen vorher begonnen hat; ebenso hat sich ergeben, dass an Genickstarre erkrankte Kinder als Infektionsträger gar nicht in Betracht kommen. Die Menge der für den Einzelfall notwendigen Pyocyanase schwankte zwischen 0,5 bis 3 cm³. Das Mittel ist absolut unschädlich und kann ohne Schaden verschluckt werden. Von Vorteil ist beim Einträufeln das tiefe Einführen des Röhrchens in den Nasengang, der Kopf ist dabei rückwärts gebeugt. Schon nach der ersten Einträufelung waren am nächsten Tage bei allen Patienten, bis auf einen, Mikrococcen trotz wiederholter Untersuchung nicht mehr nachweisbar, bei letzterem nach achtundvierzig Stunden. Gleichzeitig sistierten die Erkrankungen, die vorher die Kinder zwei Monate hindurch in Attacken ergriffen hatten. Ebenso verschwinden bei dieser Behandlungsart fast regelmäßig die Meningococcen aus dem Nasenrachenraum. Eine ein- bis zweimalige Applikation der Pyocyanase genügt. Meningococcen sitzen nur in den Schleimmassen, die durch das Mittel nicht gerinnen, aber nicht in der Schleimhaut selbst. Auf Strepto-, Staphylo-, Pneumococcen und Bakterien coli, sowie Friedländer ist die Wirkung äusserst gering, bezw. völlig fehlend.

4. Külbs: **Ueber Endocarditis gonorrhoica.**

K. beschreibt ausführlich einen Fall von Endocarditis gonorrhoica. Ein zwanzigjähriges Mädchen akquiriert eine gonorrhoische Affektion. Nach mehreren Tagen treten Schüttelfrost, Fieber, Gelenkschmerzen und Herzklopfen auf. Alle zwei bis drei Tage wiederholen sich die Schüttelfröste, so dass die Patientin das Krankenhaus aufsuchen muss, wo sie nach drei Tagen unter schweren endocarditischen Erscheinungen stirbt. Durch die Sektion und nähere Untersuchung wird die Diagnose bestätigt. Verf. macht darauf aufmerksam, dass auch diejenigen Endocarditiden als sichere gonorrhoische zu bezeichnende sind, die früher kulturell einen Gram- negativen Mikrococcus zeigten, der den scharf abgrenzbaren Eigentümlichkeiten des Gonococcus entspricht. Für die bakteriologische Diagnose ist aber ein kultureller Nachweis heut erforderlich, weil wir wissen, dass von den beiden, dem Gonococcus verwandten pathogenen Arten, dem Meningococcus Weichselbaum und dem Mikrococcus catarrhalis Pfeiffer, sicher auch der Meningococcus Endocarditis zu erzeugen imstande ist.

5. Fümtratt, Graz: **Die Entwicklung der modernen Immunitätslehre.**

Ihren Ausgangspunkt nahmen die Immunisierungsbestrebungen von der alten Erfahrung, dass gewisse Krankheiten den Menschen nur einmal befallen, und dass auch milde verlaufende Fälle dieser Krankheiten Schutz vor späterer Erkrankung verleihen. Durch Einverleibung der Krankheitsträger selbst gelangte man zuerst zur aktiven Immunisierung; durch Tierpassage und physikalische oder chemische Einwirkung, Austrockung und Erhitzung gelang es, die Kulturen abzuschwächen und doch gute Erfolge zu erzielen, z. B. bei Lyssa, Schweinerotlauf, Hühnercholera, Cholera, Typhus etc. Bei Pest und Ruhr sind die Erfolge noch nicht zufriedenstellend und brauchbar. Ein weiterer Fortschritt war die Erkenntnis des Wesens der Toxine. Durch Erhitzen des Diphtherietoxins oder Zusatz von Jodtrichlorid gelang es Behring schliesslich, Tiere gegen das hohe Toxin immun zu machen. Ein neuer wichtiger Abschnitt wurde durch die Entdeckung der Antitoxine eingeleitet, damit kam man zur passiven Immunisierung, ein neuer therapeutischer Faktor war gefunden, mit dem es möglich war, andere Individuen vor der deletären Wirkung des Toxins zu schützen. Die Beobachtung, dass die Giftigkeit einer Diphtheriebouillon bei längerem Stehen abnimmt, ohne dass aber gleichzeitig das Bindungsvermögen dieser Diphtheriebouillon für das Antitoxin abnimmt, führte Ehrlich zu der Annahme, dass das Giftmolekül verschiedene Atomkomplexe besitzen müsse, eine „toxo-



phore“ und eine „haptophore“ Gruppe; die erstere geht bei längerem Aufbewahren in einer Toxinlösung zu grunde, die andere aber wird durch die „Rezeptoren“ der Zelle in diese aufgenommen, und so wird die Zelle erst für das Gift empfänglich. Eine, trotz der Toxinwirkung lebend gebliebene Zelle bringt nun eine derartige Ueberregeneration von Rezeptoren, dass sie abgestossen werden, in den Kreislauf gelangen und hier das Toxin abfangen. Diese Ehrlichsche „Seitenkettentheorie“ wurde durch die Untersuchungen beim Tetanusgift wesentlich gestützt und ist heute wohl allgemein anerkannt. Ein Antitoxin tritt nur zu seinem Toxin. Für Diphtherie, Tetanus, pflanzliche und tierische Eiweissgifte, Heufieber und bazillärer Ruhr gelang die Herstellung brauchbarer Antitoxine. Pfeiffer machte dann bald die Beobachtung, dass jene Seren, welche bei der Vorbehandlung von Tieren mit abgetöteten Bakterienleibern gewonnen wurden, bakterizid wirken; „Bakteriolysine“ nennt er die so spezifisch wirkenden Antikörper. Metschinkoff und Bordet konnten den Nachweis fuhren, dass die Bakteriolysine „komplexe“ Substanzen seien, es finden sich also in einem bakteriziden Serum zwei verschiedene Substanzen, eine durch längeres Stehen oder Wärme zerstörbare, und eine zweite haltbare, wärmebeständige; erst durch ihr Zusammenwirken kommt die bakteriolytische Wirkung zu stande. An den „Haemolysinen“ wurde die Wirkungsweise komplexer Substanzen näher studiert. Durch Erwärmen auf 60° oder längeres Aufbewahren unwirksam gemachte „inaktivierte“ haemolytische Sera werden durch Zusatz einer geringen Menge frischen Normalserums wieder haemolytisch wirksam gemacht, „reaktiviert“. Die ersteren, haemolabilen fermentähnlich wirkenden Substanzen heisser nach Buchner „Alexine“, die letzteren nennt Bordet „Substances sensibilisatrices“, Ehrlich „Immunkörper“ oder „Amboceptor“, die Alexine aber „Komplemente“. Ehrlich fand weiter, dass im normalen Blut nicht nur ein einziges Komplement, sondern eine ganze Reihe solcher vorhanden wäre. Das Bestreben geht nun dahin, einen passenden Immunkörper für jede Erkrankung zu finden, und zwar einen solchen mit möglichst vielen und verschiedenen komplementophilen Gruppen. Die blutspendenden Tiere sind mit einer möglichst grossen Zahl der verschiedensten Bakterienstämme zu immunisieren, um so ein polyvalentes Serum zu gewinnen. Bisher ist es auch schwierig, die hohen Konzentrationen zu erlangen, um in einer geringen Quantität Serum möglichst viel bakterizide Substanz einzuverleiben. Mit Erfolg wird das Streptococcenserum bereits angewandt und zwar bei Puerperalfieber, Pyaemie, Scharlach, Erysipel, akutem und chronischem Gelenkrheumatismus und Chorea. Pneumococcenserum, sowie die gegen Typhus, Pest, Cholera und Ruhr versuchten, hatten bisher nur zweifelhafte Erfolge. Zu berücksichtigen sind dabei die „Endotoxine“, welche erst nach Absterben der Bakterienzelle frei werden und von den Toxinen streng zu trennen sind. Ein interessantes Immunitätsphänomen ist die Agglutination, deren Wesen darin besteht: das Serum eines mit einer bestimmten Bakterienart immunisierten Tieres hat die Fähigkeit, Bakterien der betreffenden Art, welche in gleichmäßiger homogener Verteilung in Kochsalzlösung aufgeschwemmt sind, zur Zusammenballung und Verklebung zu bringen. Von der Höhe der Immunisierung ist die Verdünnung des Serum abhängig, bei der dies Phänomen eintritt. Ferner hat man ein allgemein gültiges biologisches Gesetz finden können, das besagt, dass durch die Einspritzung von tierischen Zellen die Bildung von Antikörpern ausgelöst wird, die sich im Blutserum anhäufen und bezüglich ihrer Entstehung, ihres Baues und ihrer Wirkungsweise vollständig den Haemolysinen entsprechen. Man nennt diese Antikörper „Zytotoxine“. Dazu gehört das Spermatoxin, Leukotoxin, Nephrotoxin u. a. Neben der Immunisierung mit geformten Körperelementen, mit zelligem Material zeigte Bordet bald, dass man auch durch Vorbehandeln mit nicht geformten Substanzen die Bildung von Antikörpern mit ganz eigenartiger Wirkung auslösen kann, z. B. entsteht durch Injektion von Milch in dem Serum des behandelten Tieres ein Stoff, welcher das Casein der Milch derselben Tierspecies zum Ausfallen bringt. Gelöste Eiweisssubstanzen lösen diese Reaktion aus, den Stoff nennt man „Praecipitin“ oder „Koagulin“.

Auf diese Arbeit sei hiermit besonders hingewiesen.

Bücherbesprechung.

Die interne und chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit. Von Prof. Dr. Hans Kehr, München. J. F. Lehmanns Verlag 1906. 176 Seiten, Preis 4 M.

Der bekannte Gallenblasenchirurg hat hier seine reichen Erfahrungen mustergültig in einer Weise niedergelegt, die nicht nur dem Chirurgen, dem er schon früher seine Technik der Gallensteinoperation beschrieb, sondern vor allem dem Praktiker von hohem Nutzen sein wird. H. Engel, Berlin.

Die in das Gebiet der Samaritertätigkeit fallenden Verletzungen, Erkrankungen und Unglücksfälle. Von San.-Rat Dr. Bode, Thale a. H. Verlag von Carl Marhold, 1906. II. Auflage, 128 Seiten.

In klarer und leichtfasslicher Form behandelt das Büchlein alle einschlägigen Verhältnisse. Samariter und Aerzte, die solche auszubilden haben, werden aus seinem Studium gleichen Nutzen ziehen. H. Engel, Berlin.

Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medicin. Würzburg, A. Stubers Verlag (Curt Kabitsch). VI. Band, Heft 6 u. 7.

V. Manninger-Budapest gibt in seiner Arbeit „Die Heilung lokaler Infektionen mittels Hyperaemie“ die einschlägigen, an reichlichem Krankenmaterial gemachten Erfahrungen wieder und hilft so dem Praktiker einen Teil des ihm von den Fachchirurgen ebenfalls streitig gemachten Gebietes wiedererobern. In dem Aufsatz „Aseptische Operationen im Privathaus“ streitt Dr. Hans Stadler zunächst die überhandnehmende Spezialisierung der Medicin und gibt dem Praktiker, der unter ungünstigen Verhältnissen schwieriger zu arbeiten gezwungen ist, als der Kliniker, beherzigenswerte Ratschläge für das bezeichnete Gebiet.

H. Engel, Berlin.

Geschlechtsübergänge, Wirkungen männlicher und weiblicher Geschlechtscharaktere (Sexuelle Zwischenstufen). Von Dr. Magnus Hirschfeld. 83 Abbildungen, eine farbige Tafel. Verlag Malende, Leipzig.

Hirschfeld will durch Darstellung der Fälle von Geschlechtsübergängen, Zwitterbildungen und ähnlichen dartun, dass es in der Tat mit der Beurteilung in genus masculinum und genus femininum nicht getan ist; gerade solche Fälle tragen zum Verständnis der Zwischenstufen und des dritten Geschlechtes viel bei. Für besonders interessant hält Ref. den Fall von sexus incertus-Hermaphroditismus verus, Tafel I, bei diesem ist eine Entscheidung intra vitam nicht möglich gewesen; das durch Operation gewonnene Präparat erwies sich als ovotestis.

Andere Fälle zeigen weiblichen Bau des Beckens bei männlichen Genitalien und weiblichen Gesichtsausdruck. Vier Bilder zeigen Androtrichie feminae barbatae. G. Flatau, Berlin.

Vermischtes.

Berlin. Achtundzwanzigste öffentliche Versammlung der Balneologischen Gesellschaft. Tagesordnung: Donnerstag, den 7. März 1907, vormittags 11 Uhr: Vortrag des Geheimrat Prof. Dr. Hoffa: „Ueber die Behandlung der Gelenkserkrankungen auf physikalischem und medico-mechanischem Wege“ mit Demonstrationen in seinem medico-mechanischen Uebungssaale, Karlstrasse 31 (medicinisches Warenhaus). Abends 7 Uhr: Vortrag des Herrn Prof. Wassermann über: „Neue Fortschritte in der Diagnostik der Infektionskrankheiten“ im physiologischen Institut, Dorotheenstrasse 35. Hierauf Begrüssung der auswärtigen Mitglieder im Heidelberger, Central-Hotel, Eingang von der Dorotheenstr.

Freitag, den 8. März, vormittags 10 Uhr: Besichtigung des Rudolf Virchow-Krankenhauses. Versammlung im Hofe des Hauptgebäudes, Eingang Augustenburgerplatz. Abends 7 Uhr: Sitzung.

Sonnabend, den 9. März, vormittags 9 Uhr und nachmittags 3 Uhr: Sitzungen. Abends $6^1/_2$ Uhr: Sitzung des Vorstandes und der Gruppenvorsteher.

Sonntag, den 10. März, vormittags 10 Uhr: Sitzung.

Montag, den 11. März, vormittags 10 Uhr und nachmittags 3 Uhr: Sitzungen.

Die Sitzungen finden statt im Hörsaale des pharmakologischen Instituts der Universität, Dorotheenstr. 34a, nur die Sitzung am Sonntag wird im neuen hydrotherapeutischen Institut der Universität, Ziegelstr. 18/19, Portal V, abgehalten. Das Büreau der Balneologischen Gesellschaft befindet sich Dorotheenstr. 34a.

Vorläufige Ordnung der Vorträge: 1. Herr Liebreich, Berlin: Eröffnungsrede. 2. Herr Brock, Berlin: Bericht über das verflossene Vereinsjahr. 3. Wahl des Vorstandes. 4. Herr Determeyer, St. Blasien: Beeinflussung der Viscosität des menschlichen Blutes durch Kältereize, Wärmeentziehung und Stauung etc. 5 Herr Gräupner, Nauheim: Funktionelle Diagnostik des hohen Blutdrucks bei Arteriosclerose und bei chronischen Nierenleiden. Die Behandlung derselben. 6. Herr Strauss, Berlin: Ueber Pseudoanaemien. 7. Herr Baur, Nauheim: Bildet übernormaler Blutdruck eine Kontraindikation für die Anwendung der kohlensäurehaltigen Soolthermen? 8. Herr Hirsch, Nauheim: Ueber Herzfehler. 9. Herr Franz Groedel, Nauheim: Versuche mit kohlensauren Gasbädern. Ein Beitrag zur Erklärung der physiologischen Wirkung. 10. Herr Scherf, Orb: Herzkrankheiten und Höhenlage. 11. Herr Rothschild, Soden: Die Stellung der offenen Kurorte im Kampf gegen die Tuberkulose. 12. Herr Immelmann, Berlin: Die Behandlung der chronischen Bronchitis und des Bronchialasthmas nach Schilling mittels Röntgenstrahlen. 13. Herr Burwinkel, Nauheim: Ueber Wechselbeziehungen zwischen Hautleiden und inneren Erkrankungen. 14. Herr Siebelt, Flinsberg: Die balneologische Behandlung der gonorrhoischen Späterkrankung. 15. Herr Ernst Frank und Herr Tobias, Berlin: Ueber Resorption und Ausheilung von entzündlichen Infiltraten im Nebenhoden und Samenstrang. 16. Herr Schuster, Aachen: Die Bedeutung des Spirochaetennachweises für die Diagnose der Syphilis. 17. Herr Krone, Teinach: Ueber die Beziehungen zwischen funktionellen Neurosen und Chlorose. 18. Herr Strasser, Wien: Zur physikalischen Therapie der Nephritis. 19. Herr Brieger, Berlin: Demonstration der neuen hydrotherapeutischen Anstalt der Universität. 20. Herr Frankenhäuser, Berlin: Ueber neuere Methoden der Elektrotherapie. 21. Herr Winternitz, Wien: Thema vorbehalten. 22. Herr Laqueur, Berlin: Ueber künstliche radiumemanations-haltige Bäder. 23. Herr Riedel, Berlin: Zur physikalischen Therapie des Kopfschmerzes. 24. Herr Martin, Berlin: Mitteilungen über die Bedeutung der Feuchtigkeitsmessungen in der Hydrotherapie. 25. Herr Marcus, Pyrmont: Ueber retrofraktometrische Blutuntersuchung mit Demonstrationen. 26. Herr Kisch, Marienbad: Die konstitutionelle Form der Lipomatosis in der Balneotherapie. 27. Herr Fisch, Franzensbad: Entfettungskur unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Herz- und Gefässapparates. 28. Herr Lenné, Neuenahr: Die neuen Hilfsmittel bei Behandlung der chronischen Nierenerkrankungen in der Praxis. 29. Herr Tobias, Berlin: Ueber die physikalische Behandlung der nervösen Diarrhoe. 30. Herr Munter, Berlin: Die Bedeutung der physikalischen Heilmittel für die Behandlung des Diabetes mellitus. 31. Herr Lenné, Neuenahr: Zur Diätregelung bei Diabetes mellitus. 32. Bericht der Gruppenvorsteher. 33. Anträge aus der Versammlung. 34. Wahl des nächsten Kongressortes. 35. Herr Martin, Berlin: Historisches aus dem Badewesen. 36. Herr Löbel, Dorna Watra: Ueber die Indikationen der Moorbäder bei Behandlung der Schrumpfniere. 37. Herr Steinsberg, Franzensbad: Ueber die Behandlung der Bleichsucht mit heissen Moorbädern. 38. Herr Nenadovics, Franzensbad: Der elektrische Moorgürtel. (Demonstration.) 39. Herr Margulies, Kolberg: Ein Beitrag zur Lösung der Ferienfrage.

Liebreich. Winternitz. Schliep. Thilenius.
Brock. Ruge.

Patentnachrichten.

Anmeldungen.

R. 22053. Verfahren zum Anlöten metallischer Gegenstände an Porzellan oder andere glasartige Stoffe. Joseph Ramsperger, York. Pa., V. St. A.

M. 28179. Gelenkig am Gürtelband befestigte und mit Hilfe eines das Gürtelband und die Pelotte verbindenden Drahtes o. dgl. dreh- und verstellbare Pelotte für Bruchbänder. Carl Molz, Kaiserslautern.

W. 25147. Verfahren zur Herstellung von Champignonsaft. Adolf Wagener, Halberstadt.

Erteilungen.

179309. Spekulum-Haltevorrichtung Louis & H. Loewenstein, Berlin.

179430. Mundsperrer, bei dem das in seiner Längsrichtung verschiebbare Sperrglied in der jeweils gegebenen Stellung mittels der Sperrvorrichtung festgehalten wird. Joseph Brady Besant und Alfred Lee Donaldson, Saranac Lake, County of Franklin, New-York. V. St. A.

179528. Mundsperrer. Dr. Robert Buchfeld, Elberfeld.

179553. Halter für Handstücke zu Bohrmaschinen, insbesondere zu zahnärztlichen Zwecken. Paul Repsold, Riga.

179431. Vorrichtung zur Behandlung von Plattfüssen mit einer auf einer festen Unterlagsplatte angebrachten gewölbten Stützplatte, deren Wölbung geändert werden kann. Kurt Jahn, Frankfurt a. M.

179466. Bruchbandpelotte mit Einrichtung zur Behandlung der Bruchstelle mit Heilmitteln August Scheele, Hannover.

179467. Bruchbandpelotte mit Einrichtung zur Behandlung der Bruchstelle mit Heilmitteln; Zus. z. Pat. 179466. August Scheele, Hannover.

179595. Kopfkompresse, insbesondere zur Behandlung der Seekrankheit. Paul Kappmeier, Altkloster, Kr. Stade.

179432. Gefaltete Papierkapsel mit seitlichen Brüchen oder Falten zur Aufnahme von pulverförmigen Medikamenten. Heinrich Dobisch, Pulkau, N.-Oe.

179354. Verfahren zur Haltbarmachung des aus Karotten gewonnenen Saftes. Emilio Fernando Bolt, Kopenhagen.

179355. Verfahren zur Herstellung von Amalgamen zu Zahnfüllungen. Neurostaing, G. m. b. H., Berlin.

179356. Stromunterbrecher oder Stromwender für Sterilisationsapparate. Felten & Guilleaume, Lahmeyerwerke A.-G., Frankfurt a. M.

179357. Selbsttätig arbeitende Vorrichtung zum Trocknen und Desinfizieren von Handtüchern in Form endloser Bänder. Leo Ludwig Hartleben, Hannover-Kleefeld.

179310. Inhalationsvorrichtung für Chlorammoniumdämpfe. Fa. Moritz Zwar, Dresden-A.

179358. Inhalationsvorrichtung für Chlorammoniumdämpfe; Zus. z. Pat. 179310 Fa. Moritz Zwar, Dresden-A.

179740 Schädelsäge mit durch eine biegsame Welle angetriebener Kreissäge. Harvay Christian Masland, Philadelphia.

179741. Vorrichtung für die Zwecke der Lichttherapie mit in ein Kühlbad eingebetteter Lichtquelle. Dr. Ernst Kromayer, Berlin.

177940. Verfahren zur Herstellung von Eisenpräparaten. Isidor Traube und Richard Wolffenstein, Berlin.

179611. Verfahren zur Herstellung klarbleibender Tinkturen. Kolberger Anstalten für Exterikultur Wilh. Anhalt, G. m. b. H, Kolberg.

Unsere Erfahrungen mit dem neuen Nährpräparat „Visvit". Aus der I. medicinischen Abteilung der Wiener allgemeinen Poliklinik (Prof. Dr. E Ritter von Stoffella). Von Dr. Ferd. Rosenthal, I. Assistent. (Berl. klin. Wochenschrift No. 48, 1906.)

Das durch die Prüfung an der von Leyden'schen Klinik (Maass) als ein rationell zusammengesetztes, zweckentsprechendes und empfehlenswertes Nährpräparat eingeführte „Visvit" (vis vitae), hat sich als ein, wegen des Mangels jeglicher Extraktivstoffe, auch bei Herz- und Nierenkranken gänzlich reizloses Präparat von wirklichem Wohlgeschmack ausgezeichnet bewährt. Eine neue warme Empfehlung kommt dem unter so günstigen Auspizien in der Therapie sich einbürgernden Visvit nunmehr aus der von Stoffella'schen Abteilung der Wiener allgemeinen Poliklinik. Von den ausführlich mitgeteilten Krankengeschichten, die samt und sonders für die Leistungsfähigkeit des Visvit ein beredtes Zeugnis ablegen, ist besonders interessant ein Fall von Ulcus ventriculi, bei dem es nach einer Ulcuskur mit Hilfe von Visvit gelang, dem durch das häufige Bluterbrechen hervorgerufenen Kräfteverfall wirksam entgegenzutreten trotz der sehr herabgesetzten Verdauungsfähigkeit, welche während der ganzen Rekonvaleszenz von jeder Fleischnahrung abzusehen zwang. Bei sichtlich gesteigertem Appetit war schon nach 14 Tagen eine Gewichtszunahme von 2 kg und Steigung des Haemoglobingehaltes zu konstatieren. Dass Visvit „auch bei Reizzuständen der Niere unbeschadet genommen werden darf", beweist die Beobachtung an dem 12jährigen Knaben mit Scharlachnephritis und verschiedenen Abscessen. Die bedeutende Entkräftung besserte sich unter Visvitdarreichung rasch. — Beachtenswert ist auch ein Fall von Spitzentuberkulose bei einem 29jährigen Manne, in dem die anfangs rapid um sich greifende Körpergewichtsabnahme nach dem Einsetzen der Visviternährung einer deutlichen Gewichtszunahme wich. Von anderen Krankheiten, bei denen Visvit Verwendung fand, werden aufgeführt: Morbus Basedowii, Anaemien, Hysterie, Arteriosklerose, Diabetes, Phthisis pulmonum; ferner Rekonvaleszenz nach Pneumonie, Influenza und anderen Infektionskrankheiten. In allen diesen Fällen war ausser der raschen Körpergewichtszunahme eine Vermehrung der roten Blutkörperchen und eine auffallende Steigerung des Haemoglobingehaltes wahrzunehmen". Die an dieser beachtenswerten Stätte der Wissenschaft gewonnenen Erfahrungen berechtigen, das muss man anerkennen, in der Tat zu der Formulierung, dass „den praktischen Aerzten mit ruhigstem Gewissen die weitestgehende Anwendung des Visvit empfohlen werden kann". Dosis im allgemeinen dreimal täglich 1—2 Teelöffel voll.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Der Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.



Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P. Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 25. Februar 1907. **Nr. 8.**

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag und kostet vierteljährl. 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne vorherige Genehmigung nicht gestattet. — Nachdruck der Rundschau und der Mitteilungen ist nur mit Quellenangabe gestattet.

Originalien.

Was muss der Arzt von Nasen- und Hals-Krankheiten wissen?

Von Dr. **Maximilian Bresgen** in Wiesbaden.

(Fortsetzung.)

Man muss also wissen, dass nicht die Fixigkeit und Beschwerdelosigkeit bei der Nasenbehandlung das allein wünschenswerte sein soll, sondern dass dabei lediglich Sorgfalt und Gründlichkeit zu einem wirklichen Dauererfolge zu führen vermögen. Die Mittel und Wege, die zur dauernden Befreiung des Nasenluftweges angewendet, bezw. beschritten werden müssen, im voraus festzulegen, ist ganz unmöglich und zweckwidrig. Der Eigentümlichkeit und dem Verlaufe des Falles müssen beide jederzeit angepasst werden, soll das gesteckte Ziel sicher erreicht werden. Und dieses Ziel, das muss vor allen Dingen gewusst sein, ist mit grösster Sicherheit zu erreichen: wenn heutzutage behauptet wird, es sei in diesem oder jenem Falle, selbst von mehreren sogenannten Autoritäten, alles mögliche schon zur Heilung ohne Erfolg unternommen worden, so steckt irgendwo ein grundsätzlicher Fehler; sehr häufig habe ich diesen Fehler in der ganz ungenügenden Ausdauer des Kranken gefunden, sei diese nun durch ihn selbst oder durch ausser ihm gelegen gewesene Umstände begründet worden. In keinem Falle aber — und das muss jeder Arzt wissen — darf irgend ein Kranker nur an einer örtlich begrenzten Stelle seines Körpers „verarztet" werden; selbst im scheinbar einfachsten Falle ist der ganze Körper- und Seelenzustand sachmäßig zu berücksichtigen, soll ein wirklicher Dauererfolg erzielt werden. Es genügt auch nicht, dass dem Kranken die entsprechenden „Verhaltungsmaßregeln" gegeben werden; sie müssen mit ihm auch auf ihre Durchführbarkeit besprochen und notwendige Veränderungen dergestalt erörtert werden, dass der Kranke eine angemessene Einsicht in das Wesen der ärztlichen Behandlung bekommt. Das bringt Erfolg!

Aber es gibt noch vieles andere, das der Arzt wissen muss, will er Nasenkranke zutreffend beraten. Da sind vor allen Dingen die althergebrachten Nasenspülungen zu nennen. Es ist ganz einerlei, auf welche Weise Flüssigkeiten in oder durch die Nase geleitet werden; sie schädigen stets das Naseninnere; ob sie auch gefährlich für das Ohreninnere werden können, hängt lediglich von der Weise ab, wie die Spülungen vorgenommen werden und ob nach Einbringung von Flüssigkeit in die Nase unzweckmäßiges Schneuzen oder dergleichen stattfindet. Ich habe schon seit mehr als 25 Jahren die Ausspülung der Nase nach meinen Erfahrungen fortlaufend und in immer mehr begründeter Weise als zweckwidrig und schädlich bezeichnen müssen. Ich glaube nicht mit Unrecht behauptet zu haben, dass der Nasenschleimhaut gänzlich die Merkmale fehlen, die sie zu einer Berieselung mit Flüssigkeit geeignet machen: sie ist mit Flimmerepithel besetzt, während z. B. die Mundhöhle, die Speiseröhre Plattenepithel trägt. Der übermäßige Gebrauch der Nasenspülungen seitens Laien und Aerzten mag auch nicht wenig dazu beitragen, dass eine regelrecht beschaffene Nasenschleimhaut recht selten ist*), wie ich ja auch im Laufe der langen Jahre immer wieder Gelegenheit genommen habe, zu betonen, dass eine wirklich gesunde Nasenschleimhaut wenigstens bei Erwachsenen eine recht grosse Seltenheit sei.**)

Der Arzt muss auch wissen, dass bei Nasenleiden jede Selbstbehandlung auch mit anderen Mitteln, wie z. B Schnupfpulvern, Tabakpriesen, Sprühregen gelöster Mittel, Einatmen von Dämpfen usw. zweckwidrig ist; sie ist es schon deshalb, weil ihr an der Stirne das Kainszeichen der Schablone haftet. Denn diese steht jeder Sorgfalt und Ueberlegung im Wege; und diese beiden sind bei Erkrankungen die Grundpfeiler, ohne die selbst das grösste Wissen die Sicherheit des Erfolges entbehren muss. Weder der Laie noch der Arzt darf sich durch Augenblicks-Erfolge täuschen lassen. Solche werden ja nicht nur durch sogenannte alte und neue Hausmittel erreicht, ja allein schon Umschlag der Witterung, Wechsel des Klimas, gesundheitlicheres Verhalten vermögen die durch Nasenleiden hervorgerufenen Beschwerden zu mildern, nicht aber das Nasenleiden selbst zu heilen. Das sind eben Augenblicks-Erfolge, die am Leiden nichts ändern, sondern lediglich die Begleiterscheinungen, die sich unseren Sinnen offenbaren, zeitweilig mildern und zurücktreten lassen. Aehnliche Wertschätzung verdient das planlose Aetzen, Brennen und Schneiden in der Nase, spezialistische Betätigungen, die oft von raschem Erfolge begleitet werden, aber sehr bald schon den angeblich geheilten Kranken erkennen lassen, dass „es wieder nichts genützt hat". Jeder Arzt muss eben wissen, dass Augenblicks-Erfolge nicht angestrebt werden dürfen, weil sie unsere Kunst herabsetzen und dadurch die Kranken in die Arme der Kurpfuscherei treiben.

Nirgendwo kann der Arzt sich als Erzieher der Menschheit so bewähren, wie durch selbstlose Hingabe in seinem Berufe, also durch Pflichttreue, die unverständigen Wünschen der Kranken und der Gesunden nicht nachgibt, weil sie der wirklichen Heilung des Leidens im Wege stehen. Nicht ein Tyrann soll der Arzt sein, sondern er muss es sich unverdrossen angelegen sein lassen, seine Schützlinge unter ver-

*) Man vergleiche hierzu die sehr eingehende Arbeit von Ernst Oppikofer, Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie der Nase und ihrer Nebenhöhlen. Archiv für Laryngologie und Rhinologie. 1906. XIX. Band, Heft 1. Seite 28—84.

**) Zusammenfassend von mir dargestellt in meiner Schrift: Klima, Witterung und Wohnung, Kleidung und Körperpflege in ihren Beziehungen zu den Entzündungen der Luftwege. Halle 1900. Seite 7 ff.



ständigem Erfassen ihres Seelen- und Körper-Zustandes durch Zuspruch und Belehrung zu befähigen, seine wohldurchdachten Pläne zu verstehen und nie darüber im Zweifel zu sein, dass er nicht eigenen Nutzen, sondern ausschliesslich den ihrigen verfolgt. Das ist selbstlose Hingabe im Berufe, der das „Glück" von selbst folgt, weil es nicht gesucht wurde, weil es nicht Selbstzweck war.

Wissen muss auch der Arzt, dass bei Nasenleiden der Genuss von Tabak und weingeisthaltigen Getränken überaus schädlich ist; beide verursachen stets eine Vermehrung der Schwellung der Nasenschleimhaut. Ich kenne seit langen Jahren die grossen Schwierigkeiten, die sich häufig sofort auftürmen, sobald ein Verbot in der genannten Richtung ausgesprochen wird. Es ist mir aber nie schwer gefallen, meine Forderung zu vertreten; denn ich habe jene Genussmittel nie grundsätzlich verschmäht, bin vielmehr immer noch ein warmer, wenn auch durchaus leidenschaftsloser Freund einer guten Havanna und eines guten Tropfens: es ist mir kein Bedürfnis, mich ihnen hinzugeben, dagegen ein grosses Vergnügen, mich ihrer gelegentlich erfreuen zu dürfen. Auch in diesen Fällen habe ich stets gefunden, dass man einer Sache am meisten nützt, sie am stärksten fördert, wenn man ihr innerlich nahe steht, dass man also Verboten von Genussmitteln den grössten Widerstand aus dem Wege räumen hilft, wenn man die davon Betroffenen teilnehmen lässt an dem eigenen Empfinden, das die verstandesmäßigen Verhaltungsregeln dem Kranken doch warm erscheinen lässt.

Wissen muss auch der Arzt, mit welcher Gefahr bei Verschwellung der Nase, bei örtlicher Behandlung von Nasenleiden das Schneuzen der Nase, das Niesen verknüpft ist. Wie notwendig es ist, hierauf vor Aerzten aufmerksam zu machen, hat meine langjährige Erfahrung mich gelehrt. Man braucht ja aber auch nur ärztlichen Versammlungen beizuwohnen, um zu sehen und zu hören, wie verkehrt selbst sehr berühmte Aerzte ihr Riech- und Atmungs-Organ behandeln: man glaubt manchmal, wie Hyrtl sich ausdrückte, die Trompeten von Jericho zu hören, mit solch' starkem Nachdrucke und Geräusche wird die Luft durch die beengte Nase getrieben! Man könnte sich doch so leicht erinnern, dass man einmal gelernt hat, wie unter solchen Umständen die unter Druck gesetzte Luft leicht in die Ohrtrompete und in das Mittelohr ausweicht und hierhin Schleim und Ansteckungsstoffe mitreisst. Man könnte auch bei weniger Aufmerksamkeit sich sagen, dass heftiges Schneuzen bei verschwollener Nase das Gegenteil vom Gewollten hervorbringt; schon der Laie macht bald die Erfahrung, dass beim frischen Schnupfen oder beim sogenannten Stockschnupfen das Schneuzen um so weniger Erfolg bringt, je heftiger es geschieht. Es muss also der Arzt jeden Augenblick darauf bedacht sein, seine Kranken aufmerksam zu machen, sobald sie die Nase in verkehrter Weise schneuzen; er darf nicht erst warten, bis ein Nasenleiden oder gar eine Ohrenentzündung sich entwickelt hat. Das richtige Schneuzen der Nase geschieht aber nur so, dass das eine Nasenloch leicht (also ohne starken Druck) mit einem Finger geschlossen wird, während das andere vollständig von Druck unbehelligt bleibt; durch dieses offen gelassene Nasenloch wird nun der Ausatmungsstrom langsam, nicht stossweise und unter um so schwächerem Drucke, je mehr die Nasenluftwege verlegt sind, hinausgeblasen; was dabei an Kraft und Stärke verloren gehen muss, wird durch mehrmalige (meist fünf- bis sechsmalige) Wiederholung ausgeglichen; dabei ist es vorteilhaft, den Kopf leicht nach vorne geneigt zu halten, damit der nach hinten abschüssige Nasenboden eine leichte Neigung nach vorne erhält; da der Ausatmungsstrom näher dem Nasenboden verläuft, so nimmt er dann leichter den auf diesem lagernden Schleim mit. Ist die eine Nasenseite gereinigt, so geschieht das gleiche dann auch mit der anderen.

Der Arzt muss aber auch wissen, dass jedes Schneuzen der Nase aufgeschoben werden muss, wenn in dieser krustige Massen sich befinden. Sind sie von geringer Menge und liegt kein Fall von Stinknase (Ozäna) vor, so genügen regelmäßige Einfettungen selbst schon mit Vaseline, die abends und morgens oder auch sonst noch wiederholt am Tage (je nach den Umständen) vorgenommen werden müssen. Doch sind das immer nur Notbehelfe, die das zugrundeliegende Nasenleiden nicht zu heilen vermögen. Bei örtlicher Behandlung in der Nase hat sich mir eine Menthol-Lanolinsalbe am besten bewährt (Menthol 0,30, Paraffin. liqu. 5,0, Lanolin. anhydric. Liebreich ad 30,0. f. terendo ungt. D. in tuba.). Werden also kleinere Krüstchen in der Nase vor dem Ausblasen dieser durch ein Fettmittel erweicht, so kommt es nie zu den oft sehr beunruhigenden Blutungen aus der Nase. Jeder Arzt muss aber auch wissen, dass Nasenbluten stets ein Zeichen von krankem Naseninnern ist, wenn nicht eine Gewalteinwirkung stattgefunden hat; zu dieser ist aber Kratzen mit dem Fingernagel nicht zu zählen; denn dieses erfolgt nur, wenn krustige Absonderung in der Nase sich bildet, und das ist stets krankhaft, bedarf also geeigneter Behandlung.

Die Stinknase ist eine sehr ernste Erkrankung, deren Behandlung lediglich Sache des Nasenarztes ist; in solchem Falle allein können vorläufige Ausspülungen der Nase mit lauwarmem, etwa 1% igem Salzwasser dergestalt gemacht

---

Feuilleton.

Eine Reise auf der „Amerika" nach Amerika.

Von Dr. **Clemm**-Darmstadt.

(Fortsetzung.)

Was so ein Schiff für einen Wind aufwirft: Ich wollte an einem etwas windigen Tage auf der Windseite an Deck entlang gehen und trat aus der Kajütstreppentür heraus; da flog mir ein Matrose in die Arme, den's weggeweht hatte, und ich gewann schleunigst die andere Seite, wo von Wind kaum etwas zu spüren war!

Bei herrlichem Wetter kamen in Sicht die Scilly Islands, im sinkenden Abend, als erster Festlandsgruss strahlte das Leuchtfeuer von Lizzard Head uns entgegen und gegen Mitternacht fuhren wir dem Doppelhafen von Plymouth und Devonport zu, am weit draussen im Meere liegenden Feuer von Eddystone vorbei.

Was waren das für Schatten, die um uns zu schweben schienen auf den Wassern? — Mit einem Male blitzte es seitlich von uns auf, aus der Gegend von Rame Head her kam's, dann kam Geschützfeuer von vorne und kaum streckten wir die Nase in den Hafeneingang hinein, so wussten weder Lotse noch Kapitän mehr sich nach den Leuchtfeuern zu richten: Von allen Seiten her blitzten Scheinwerfer auf uns, die blendenden Lichtkegel kreuzten und trafen sich, bald war es taghell, bald finstere Nacht, und jetzt sahen wir auch, wem diese Aufmerksamkeit galt: Jene Schatten draussen auf der See waren eine Angriffsflotte gewesen, die mit abgeblendeten Lichtern fuhr, um den Hafen zu überrumpeln, und welche von den Vorwerken aus bemerkt und mit Feuer begrüsst worden war. Ich stand vorne auf der Back beim niedergehenden Anker — denn wir mussten draussen im Hafenbecken fest machen und still liegen, da, wie gesagt, die Lichtorgie selbst für Lotsenaugen zu toll war. Da kams an uns vorbei: Taghell im Scheinwerfer die Linie eines Torpedobootes, das sofort wieder in finstere Nacht versank, da wieder eines, dort ein anderes. Torpedobootjäger, Kreuzer etc., eine mächtige Flotte. Und an einem der Torpedoboote las ich — unseren Flottengegnern seis gesagt — die Zahl 583! Jetzt wars, als ob die Hölle selber spie: Vor uns, hinter uns, neben uns blitzte es in Terrassen übereinander auf, ein Feuer, wie mans so leicht wohl nicht wieder mit anhört und sieht, vom Wasser kams, zum und vom Lande gings, und wir mitten drinnen, wie das Flaggschiff der angreifenden Flotte! Jetzt tief im Binnenhafen Schnellfeuergeschützsalven; also dort sind die kühnen Angreifer ans Ziel gelangt! Da, was ist das? Ein Hai? was taucht da plötzlich neben uns auf, um ebenso rasch wieder zu verschwinden

werden, dass das Wasser aufgeschnupft wird. Ich habe der Vermutung begründeten Ausdruck verliehen*), dass das so bekannte Bild der Stinknase als Schlussbild eines Tripperschnupfens, wie er bei der Geburt so leicht erworben werden kann, betrachtet werden müsse. Es wäre deshalb ein dankenswertes Unternehmen, wenn bei Eiterschnupfen der Neugeborenen oder auch älterer Kinder sorgfältig nach dem Gesundheitszustande auch der Mutter und nach anderen einschlägigen begleitenden Umständen geforscht würde.

Wie auf das Schneuzen der Nase, so ist auch auf das Niesen zu achten. Das so oft geübte Unterdrücken des Niesens führt leicht zu einem um so heftigeren Ausbruche, der dann meist bei geschlossenem Munde durch die Nase hindurch erfolgt. Sehr leicht wird dabei Schleim usw. durch die Ohrtrompete ins Mittelohr geschleudert. Jeder Arzt muss also wissen, dass Niesen nie bei geschlossenem Munde erfolgen darf; häufiges Niesbedürfnis besonders morgens früh, oder beim Wechsel der Aufenthaltsräume, oder beim Wechsel der Körperhaltung muss stets Verdacht auf Verschwellung der Nasenschleimhaut oder auf ungewöhnliche Absonderung in der Nase erregen; Nieskrämpfe aber gar sind stets ein Zeichen einer erkrankten Nase, die je eher je besser einer entsprechenden örtlichen Behandlung unterzogen wird.

Dass bei jeder Nasenbehandlung das Befinden des ganzen Menschen berücksichtigt werden muss, habe ich schon kurz hervorgehoben. Es genügt aber nicht, sich im allgemeinen von seinem Wohlbefinden im übrigen zu überzeugen; im besonderen müssen wenigstens Hals und Ohren untersucht und auch der Zustand der Augen gebührend berücksichtigt werden; wo irgendwelche Zweifel obwalten müssen, darf die Untersuchung des Herzens nie unterlassen werden; insbesondere gilt das, wenn aussetzender Puls gefunden wird oder der Kranke selbst auf dies Vorkommnis aufmerksam macht Herzfehler wie überhaupt schwere organische Leiden erheischen stets grosse Vorsicht bei Behandlung von Nasenleiden; in diesen Fällen kommt, wenn eine solche wirklich nötig ist, also sogenannte Aushilfsmittel nicht genügen, lediglich die Elektrolyse in Betracht, mit der allerdings in etwas längerer Zeit sehr gute Ergebnisse zu erzielen sind.

Was den aus sogenannter nervöser Ursache aussetzenden Puls anbelangt, so muss jeder Arzt nachgerade wissen, dass er besonders bei Nasenverschwellung gefunden wird und, was das wichtigste ist, dass er durch Beseitigung dieser verschwindet. Dass besonders auch geschlechtliche Ausschweifungen, coitus interruptus u. a. m. aussetzenden Puls verursachen können, verringert den Wert der letztgenannten Tatsache keineswegs. Ich muss sogar feststellen, dass bei geschlechtlichen Erregungen ungewöhnlicher Art eine vorhandene Nasenschwellung sich vermehrt; diese Beobachtung ist mir von Nasenkranken so oft mitgeteilt worden, dass sie mir als keine zufällige Beobachtung mehr erscheint. In allen solchen mit Nasenschwellung verknüpften Fällen von aussetzendem Puls nützt keine andere Behandlung, als eine entsprechende Nasenbehandlung; das habe ich bei zahlreichen Kranken, die schon verschiedene Anstalts-Behandlungen ohne Erfolg durchgemacht hatten, feststellen können. Das ist auch unschwer zu begreifen; ich schrieb darüber 1900 folgendes*):

„Meiner mehr als 25jährigen Erfahrung nach wird der bekannte neurasthenische Zustand in weit grösserer Zahl, als man heute noch anzunehmen geneigt ist, durch Nasenerkrankung zum wenigsten mitbedingt. Versetzt man sich in die Lage eines mit empfindlicher Nasenschleimhaut versehenen Nasenkranken, dessen Schleimhaut in ihrem Schwellungszustande bei Tage fortwährend wechselt und ihm dadurch beständig, wenn auch mangels entsprechender Einsicht und Kenntnis meist unbewusst, mancherlei Erregung der in Betracht kommenden Nerven verursacht; bedenkt man, wie diese Erregungszustände durch Genuss von Tabak und weingeisthaltigen Getränken beständig unterhalten und vermehrt werden, wie dazu dann auch noch häusliche und geschäftliche Kümmernisse und Sorgen sich hinzugesellen, so bedarf es ja kaum noch der Hauptursache der Neurasthenie in solchen Fällen, d. i. der durch die Nasenverschwellung bedingten Störung der Nachtruhe, der Verhinderung einer gründlichen Erholung des Körpers und Geistes. Kaum hat sich ein solcher Kranker zur Ruhe begeben, so beginnt er zu schnarchen, der Nasenluftweg hat sich vollkommen oder doch so sehr geschlossen, dass er zur Atmung untauglich geworden ist, die Zunge fällt auf den Kehldeckel, dieser schliesst den Kehlkopf und mit einer gewaltsamen Ausatmung oder einem Hustenanfalle oder einem Schluckversuche wird das Atmungshindernis beseitigt, um nach kurzem Schlafe wieder von neuem sich geltend zu machen. Dieser beständig unterbrochene Schlaf wird auch noch durch wüste Träume, Alpdrücken usw. fortgesetzt beeinträchtigt, sodass also weder Körper noch Geist die erforderliche nächtliche Erquickung finden können. Solche Nasenkranke stehen

*) Zur Entstehung des Bildes der Stinknase. Die ärztliche Praxis 1902. Nr. 4. — Auch in meinen „Aerztlichen Fortbildungs-Vorlesungen" Halle 1903. Seite 27 und 37.

*) Die Reizung und Entzündung der Nasenschleimhaut in ihrem Einflusse auf die Atmung und das Herz. Halle 1900. Seite 10 ff 27 ff.

---

und unter uns durchzufahren? Ein Unterseeboot macht seine Uebungen um uns herum! Bis in den Morgen herein dauerte die Schlacht, die, wie ich hörte, das grosse Manöver der englischen Flotte krönte, und mit der Einnahme Englands endete. Ein Herr, der in Plymouth an Bord kam, erzählte mir, dass neun Schlachtschiffe und mehrere Kreuzergeschwader dort gelegen hätten — ohne das, was noch dazu gehört an Torpedobooten etc.: Das wäre was gewesen für unseren lauen Reichstag! Ob da nicht Mancher andere Begriffe bekommen hätte?!

Wie ruhig und friedlich lag am Morgen, als wir die Passagiere ausschifften und andere an Bord nahmen und die Post abgaben, der Hafen da! Wo waren die Festungswerke, die in der Nacht solch' grandioses Feuerschauspiel dargeboten hatten?! Wie Weinbergsanlagen, an steilen, friedlich dreinschauenden Hügeln, ziehen sie dort hinauf, dem Unerfahrenen gewiss kein Grauen einflössend!

In Plymouth wurden wir auch eine gute Portion Geld los: Ein paar Millionen Gold und Silber, in Kisten verpackt, rutschte den Postsäcken nach und ward von einem Bankbeamten in Empfang genommen. Wie gleichmütig die Matrosen die Kisten, deren jede ein Vermögen barg, aus dem Schiffsraume holten und auf die Rutsche hoben, wo des Bootsmannes unfehlbare Tauschlinge sie fasste und hinabgleiten liess!

Natürlich schimpfte der englische Postonkel, dass die Säcke nicht stimmten, weil — so hatte mir der deutsche Postchef schon vorausgesagt — die Kerle immer falsch zählten: Da legte sich unser amerikanischer Postbeamter, ein reizender fideler Mann, übers Reeling und brachte den Briten wieder ins Gleichgewicht mit ein paar treffenden Bemerkungen.

Solch 'ne Poststation auf dem Schiff ist übrigens etwas Sehenswertes. An 300 Sack hatten wir zum Sortieren an Bord; wie das geht! Ein Amerikaner, der deutsche Chef und zwei Unterbeamte; tief drunten auf Franklindeck gehts eine Treppe hinab in die Office und noch eine tiefer in den Sortierraum. Fast stets die Bullaugen geschlossen bei eifriger Arbeit — ich glaube, nicht Jedermanns Sache wäre es, diese Aufgabe zu vollenden! Wie man diese den ganzen Tag angestrengt arbeitenden Männer derart unterbringen kann, bleibt geradezu unverständlich! Und wenn gar das Schiff stark rollt und stampft und die Männer hin- und hergeschleudert werden, gegen die Gestelle anstossend! Und was müssen sie für 'ne Arbeit schaffen! Da werden Säcke aufgehängt und mit Zetteln versehen: Hamburg kriegt ein paar Säcke, ebenso Berlin, Leipzig, Bremen, Frankfurt vielleicht einen, der Elsass einen Ober- und einen Unterelsasssack u. s. f. — Welch' geographische Sattelfestigkeit gehört dazu, die obskursten Nester gleich richtig einzureihen, welche Geduld, die oft entsetzlichen Aufschriften zu enträtseln, teils in drolliger Verstümperung deutscher Namen in ellenlangen Lettern von Hinterwäldlerfäusten aufgemalt, teils in fast mikroskopischer Kleine auf winzige Zettelchen aufgedruckt! Am tollsten wirken die



dann auch morgens unausgeruht auf, sind müde an Körper und Geist, haben gar Kopfdruck und Kopfschmerz und wenden sich unlustig und mit ungenügender Arbeitskraft ihrem Tagewerke zu. Wer Tag für Tag, jahraus jahrein in solcher Weise sein Leben hinbringt, sollte sich doch niemals wundern, wenn er endlich, besonders sobald das 40. Lebensjahr überschritten ist, nervös wird und alle Freude am Berufe und am Leben verliert. Strübing schreibt: „Es ist ja eine von der inneren Medicin noch nicht genügend gewürdigte Tatsache, dass ein chronisches Nasenleiden sehr wohl imstande ist, eine schwere Neurasthenie — die Disposition natürlich vorausgesetzt — auszulösen; dieselbe ist bei der gewöhnlichen symptomatischen Behandlung wohl einer Besserung fähig, schwindet aber erst definitiv mit Beseitigung des Nasenleidens“. Nun aber vergegenwärtige man sich erst einmal Personen von leicht erregbarer, reizbarer Natur, insbesondere aber kleine Kinder dieser Art, die mangels genügend freien Nasenluftweges den für sie ohnehin so schweren Kampf um die alsdann notwendige Mundatmung zu bestehen haben. Solche Kinder werden zur Neurasthenie schon in frühester Kindheit gewissermaßen erzogen; die behinderte Nasenatmung lässt sie bei Tage nicht zu einer ausreichenden Ernährung kommen, während ihnen die Nachtruhe durch fortwährenden Kampf mit Erstickung, wozu dann noch als besonders erschwerend das viele Schreien hinzukommt, genommen wird. Und soll man sich dann noch wundern, wenn solche junge Wesen schon frühzeitig an Asthma erkranken, eine Erkrankung, die bei ihnen sowohl durch die beständige Reizung der Nasenschleimhaut, wie auch durch die krampfartige Anspannung der feinsten Bronchialmuskulatur während des Schreiens hinreichend vorbereitet und gestützt ist.“

„Ist aber erst einmal nach längerem Bestande eines Nasenleidens eine Neurasthenie eingetreten, so stellen sich am Herzen umsomehr jene Störungen ein, die auch, als bei allen Nervösen vorkommend, längst bekannt sind, und zwar treten sie um so eher und um so stärker auf, je früher bereits auf dem soeben erörterten mechanischen Wege (Einwirkung starker Schneuzversuche auf das Herz) die Atmung und das Herz in Mitleidenschaft gezogen werden . . . . . . Ich konnte auch öfters beobachten, dass in Fällen von unregelmäßiger Herztätigkeit durch heftiges Schneuzen der Nase Aussetzen des Pulses hervorgerufen wurde; andererseits ist mir auch öfter berichtet worden, dass die Kranken aus dem Schlafe durch heftiges Herzklopfen, das häufig mit aussetzendem Pulse verknüpft war, plötzlich aufgeweckt wurden und dann stets in der Nasenatmung stark behindert waren.“

Es gibt noch mancherlei nervöse Erscheinungen, die mit Nasenschwellung zusammenhängen und nur nach Beseitigung dieser geheilt werden können. Die schweren Träume, Alpdrücken wurden schon erwähnt; solche Vorkommnisse fordern stets zu einer sehr sorgfältigen und auch wiederholten Untersuchung des Nasenluftweges auf. Damit in Zusammenhang findet man meist auch das Bettnässen bei Kindern und in vorgeschrittener Jugend. Jedenfalls muss der Arzt von diesen Wechselwirkungen Kenntnis haben, um in gegebenem Falle fähig zu sein, nach der Ursache suchen und Einzelheiten mit einander richtig verknüpfen zu können. (Fortsetzung folgt.)

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung am 30. Januar 1907.

Tagesordnung:

Neumann: Die natürliche Ernährung in der ärztlichen Praxis.

Der Einführung des Soxlethsapparates und der Benutzung guter Milch als Ausgangsmaterial ist es wohl zuzuschreiben, daß in den wohlhabenderen Bevölkerungsschichten die schweren tödlichen Darmkatarrhe der Kinder kaum noch vorkommen. Das trifft aber nicht zu für die chronischen Darmstörungen, die umso schwerer zu reparieren sind, je jünger das Kind davon betroffen wird. Viele von diesen sind wohl auf das Konto des verkehrten Grundsatzes: je mehr Nahrung, desto besser für das Kind, und der falschen Vorstellung, daß größere Gewichtszunahmen ein Maß für gute Entwicklung seien, sowie des vielen Herumprobierens mit den verschiedenen Ernährungsformen zu setzen. Weitere Gefahren, die auch dem gut gehaltenen Kinde bei künstlicher Ernährung drohen, sind die Rhachitis und die erhöhte Erregbarkeit des Nervensystems. Zur Rhachitis führt nicht eine bestimmte Ernährung, hereditäre Verhältnisse spielen die Hauptrolle, Ernährungsstörungen sind nur das auslösende Moment; namentlich im Verlaufe des Winters ist ihr Ausbruch zu befürchten. Bei Entscheidung der Frage, ob künstliche oder natürliche Ernährung eingeleitet werden soll, sollen die rhachitischen Verhältnisse der ganzen Familie in Betracht gezogen werden. Die tetanoide Uebererregbarkeit kann schwere Lebensgefahr bringen; natürliche Ernährung bietet hier die sicherste Hilfe. In einem Alter von vier bis fünf Monaten kann die Zuführung des Kindes zur Ammenbrust große Schwierigkeiten

---

Zeitungsrollen, die man immer drehen muss, um die Aufschrift zu entziffern. Massenhaft waren Albums vom Unglück in San Franzisko dabei, einige in kleine, echte Muschelchen verpackt, woran der grosse Anhängezettel mit der Aufschrift drollig genug wirkte. Drei ganze Postsäcke hatte der Schwindler gefüllt, der eine Zeitlang eine ganze Reklameseite der „Woche“ und anderer Blätter gepachtet hatte! Jenes Ohrfeigengesicht, das bekneifert und auf die Hand gelehnt „sein System“ denen, die stets nachwachsen, die nie alle werden, vortrug. In Amerika ist dem Gauner das Handwerk gelegt worden aus irgend einem Grunde — und der muss schon ganz knuffig sein! — jetzt ist aus ihm mit Verschwund seiner holden Persönlichkeit eine „Akademie des Wissens“ oder dergleichen geworden. Ein mächtiges Akademiegebäude ist abgebildet, Schöpfer und Apostel der Lehre und begeisterte Anhänger zieren den Abdruck ihrer mehr oder minder geistreichen Briefe. Dann wird dem Säumigen ins Gewissen geredet, wie er sein Heil so vernachlässigen könne, es wird alles Mögliche versprochen, um die Rute besser zu leimen für den Gimpel, der schon nach ihr geäugt hat: bald wird er daran zappeln! Drei Postsäcke voll in einer Ueberseepost, 1% etwa der Gesamtpost, liefert dieses Düstermännerkonsortium! Und da wird über Flieschnot geschimpft und Preisaufschläge, wo das Geld Legionen von Landsleuten so lose in der Tasche sitzt, dass sie solche Vögel damit füttern! — Ich habe selten so herzlich gelacht und am Ende weihte ich diesen Bedauernswerten eine Träne; möge sie ihnen den Abschied aus den Reihen der Vernünftigen erleichtern!

Nach der Seeschlacht bei Plymouth fuhren wir noch ein wenig der englischen Südküste entlang und querten dann den Kanal, der Normandie zu, von wo aus einst die Eroberer Englands übersetzten, um bei Hastings sich die Herrschaft über ihre Vorgänger, die Angelsachsen, zu erringen. Am Vormittag kamen die Linien von Alderney, der nördlichsten der normännischen Kanalinseln in Sicht, in weiter Ferne verschwammen die von Guernesey und Jersey, des englischen Besitzrestes an der französischen Küste. Nun reckte die Normannische Halbinsel ihre Spitze uns entgegen, und in der flachen Mulde ihrer Nordküste erreichten wir das Ziel unserer Fahrt, die langgestreckte Inselbank und die kleine Insel Pelée, welche den Eingang zur flachen Cherbourgbucht bilden. Da, was war das?! Sollte uns die so stolz geführte Flagge zum Verderben flattern?! In zwei Divisionen schossen Torpedoboote zum Angriffe auf uns zu, um — auf ein gegebenes Zeichen eben so blitzschnell zu wenden und umzukehren; das zweite Flottenmanöver, das uns vom zweiten Staate bereitet ward: Wahrlich, Dusel muss der Mensch haben! — Dort schifften wir die Crême — wenigstens was die Dollars anbetrifft — unserer Reisegesellschaft aus und fuhren wieder auf die englische Küste zu.

Von der herrlichen Isle of Wight bekamen wir nichts zu sehen, Beachy Head folgte der friedlichliebliche Blick auf



machen; deshalb soll auch in Rücksicht auf Uebererregbarkeit gleich im Anfang die Ernährungsfrage unter Berücksichtigung der familiären Disposition entschieden werden. Die natürliche Ernährung soll bis zur äußersten Möglichkeit erstrebt werden. Das Stillen ist in Berlin außer Mode gekommen; die Stillungsmöglichkeit ist in den meisten Fällen sowohl bei Berücksichtigung der sozialen wie physischen Verhältnisse gegeben. Im Jahre 1885 stillten von den Frauen in den kleinsten Wohnungen in Berlin 65%; dazu imstande wären sicherlich 80%; im Jahre 1890 stillten von den Frauen in Wohnungen von vier und mehr Zimmern nur 30%. Auch die bessersituierten Frauen sind physisch nicht zu degeneriert. Wo Ausdauer nötig ist bis zum Einschießen der Milch, da erlahmt leicht der Wunsch zum Stillen; auch da, wo Schmerzen beim Stillen vorhanden sind. Im allgemeinen wird von seiten der Mütter in den wohlhabenderen Kreisen mehr aus falscher Beurteilung körperlicher Verhältnisse als aus Bequemlichkeit auf das Stillen verzichtet. Deshalb hat der bei der Geburt und im Wochenbett Beistehende großen Einfluß; er muß nicht nur die momentanen Verhältnisse berücksichtigen, sondern auch eventuelle spätere Momente in Rechnung setzen. Ganz besonders müßten die Geburtshelfer sich mehr vom Wert der natürlichen Ernährung überzeugen und diese auch überzeugender empfehlen. Eine Gegenindikation gegen das Stillen bietet nur eine schwere Allgemeinerkrankung, insbesondere schwere Phthise. Erschöpfung der Wöchnerin kann nur selten als Kontraindikation gelten; und Schwächlichkeit, Blutarmut, Nervosität, Rückenstiche sollten überhaupt nicht in Frage kommen. Bei einiger Körperpflege läßt sich hier das Stillen durchführen; aber dazu gehört Autorität; psychische Beeinflussung kann hier vieles leisten. Wird die natürliche Ernährung wieder populärer, dann wird auch die Stillfähigkeit wieder größer. Auch erbärmlich erscheinende Brüste garantieren nicht die Stillungsunmöglichkeit. Die Stillungstechnik muß gelernt werden. Man soll nicht zu früh anlegen; oft muß der Saugreiz erst das Einschießen der Milch bewirken; man kann ruhig mehrere Tage warten, nur bei schwächlichen Kindern muß man gleich beifüttern. Ueberfütterung soll man vermeiden, das Kind soll nicht schematisch angelegt werden, sondern nur bei laut geäußertem Nahrungsbedürfnis; dann kommt man oft mit vier- bis sechsmaligem Anlegen aus, was für Kind und Mutter gleich günstig ist. Tägliche Ueberwachung durch den Arzt mit sorgfältigen Wägungen und Autorität gegenüber allerlei Einflüssen sind zur Durchführung der natürlichen Ernährung unter schwierigeren Verhältnissen nötig.

Diskussion.

Jaffa: ergänzt die Mitteilungen Neumanns über die Verhältnisse in den besser situierten Kreisen durch Beobachtungen an poliklinischem Material. Die Abnahme des Stillens ist nicht bedingt durch physische Momente oder durch soziale Verhältnisse (Notwendigkeit der Arbeit der Mütter). In 40% wird nicht gestillt aus Indolenz oder aus nichtigen Gründen; auch die älteren Hebammen sind nicht genügend vom Wert des Stillens überzeugt. Nur in 20% dürfte wirkliche Unfähigkeit zum Stillen vorhanden sein. Im Wöchnerinnenheim stillen alle Frauen; sie sind aber hier gut genährt und sorgenfrei; das trifft für die Praxis draußen nicht zu. Gute Erfolge bezüglich einer Zunahme des Stillens hat J. an der Säuglingsfürsorgestelle I Berlin erzielt. Leichtere Klagen der Mütter werden als Grund zum Nichtstillen nicht berücksichtigt. Auch bei der Tuberkulose wird als maßgebend erachtet die Gewichtshaltung der Mutter und die Zunahme des Säuglings; bezüglich letzterer muß man oft einige Wochen Geduld haben, da die Gewöhnung an die Brust einige Zeit dauern kann. Die Mütter erhalten als Aequivalent für das Stillen ein Liter Milch täglich und müssen sich dafür der nötigen Kontrolle unterziehen. Schwieriger liegen die Verhältnisse bei unverehelichten Müttern, die auf Arbeit nicht verzichten können. Hier bietet sich für die Wohltätigkeit noch ein weites Feld.

Bröse nimmt die Geburtshelfer in Schutz. Auch er erkennt die Bedeutung der Mode für die Häufigkeit des Stillens an. Furcht vor Chlorose, Anaemien, Unterleibsbeschwerden, tuberkulöse Disposition will auch er nicht als Kontraindikation für das Stillen gelten lassen.

Tugendreich betont, daß die Stillmöglichkeit noch längere Zeit nach der Ablactation bestehen bleibt; er hat noch zweieinhalb Monate nach der Geburt die Brust in Gang bringen können. Frauen, die arbeiten müssen und deshalb ihr Kind absetzen wollen, sollen angehalten werden, nur viermal am Tage zu stillen.

Karewski: Ueber subkutane Verletzung des Pankreas und deren Behandlung.

Bei subkutanen Bauchverletzungen, die nur irgendwie schwerere Erscheinungen machen, soll man möglichst frisch operativ eingreifen, ehe schwerere Veränderungen eingetreten sind. Dann wird die Prognose dieser Verletzungen günstiger. Pankreaslaesionen sind ziemlich selten. Von vierunddreißig in der Literatur publizierten Fällen waren nur elf isolierte Verletzungen des Pankreas, drei davon blieben dem Leben erhalten. Der vorgestellte Patient wurde überfahren, wobei das Rad quer über das Abdomen ging; anfänglich leichte Symptome gingen bald in ein schweres Krankheitsbild über. In der Annahme, daß eine Leberverletzung vorliege, wurde laparatomiert. Es fand sich eine starke Quetschung des Pankreas, besonders des Kopfteiles. Unter Tamponade trat Heilung ein mit Bildung einer Fistel, die erst nach längerem Bestehen zum Schwinden gebracht werden konnte. Eine Pankreasverletzung ist bisher vor der Operation noch nicht diagnostiziert worden; das erklärt sich daraus, daß diese Verletzungen keine charakteristischen Erscheinungen machen. Vielleicht sind oft Shocerscheinungen nach Bauchkontusionen auf Erschütterungen des Pankreas zu beziehen. Daß Verletzungen des Pankreas häufiger vorkommen, zeigen die Pankreascysten, deren Entstehung in einer größeren Anzahl der Fälle auf ein Trauma zurückzuführen ist. Tritt bei der Verletzung nur ein kleinerer Riß im Peritoneum ein, so können Blut und Pankreassaft in die Bursa omentalis sich ergießen und schwere Erscheinungen ausbleiben. Ein größerer Riß im Peritoneum hindert dies, und dann besteht die Gefahr der Verblutung oder der Peritonitis. Nur im vorgestellten Falle und einem anderen, ebenso früh operierten, waren noch keine Erscheinungen von Nekrose vorhanden. Aus der Fistel entleerten sich bei dem Patienten große Mengen Pankreassaft, und dieser Flüssigkeitsverlust führte zu einer bedeutenden Gewichtsabnahme. Der Fall gab Anlaß zu eingehenden physiologischen Studien über die Pankreasfunktion (Wohlgemuth), und diese führten dazu, daß eine Ernährungsweise (Fettdiabetesdiät) ausfindig gemacht wurde, durch die sich die Sekretion beherrschen und einschränken ließ, so daß die definitive Heilung möglich wurde. P.

Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynaekologie zu Berlin.

Sitzung am 25. Januar 1907.
Vorsitzender: Herr Keller.

I. Demonstrationen:

Herr Olshausen demonstriert 1. ein im II. Graviditätsmonat

Hastings, wo Wilhelm der Eroberer der Normänner Herrschaft über das Brudervolk aufrichtete und dem Engländer sein heutiges Nationalgepräge aufdrückte: Die Ländergier, die Lust an Abenteuern zur See und in fremden Landen, die Liebenswürdigkeit, sich stets um die Dinge Anderer zu bekümmern, wenn für ihn selber ein Vorteil dabei herausschaut und die Unverfrorenheit, sich ans Hütchen zu stecken, was Eigentum eines Schwächern ist, viel Sinn für Alles, was ihm Vorteil bringen kann und die rührende Gleichgültigkeit, ob's dabei anständig zugeht oder nicht! — Dann hinaus in die sinkende Nacht, in die Nordsee!

Am anderen Tage kam das erste deutsche Wahrzeichen, das Feuerschiff von Borkum, in Sicht, dem bald die Elbfeuerschiffe der Reihe nach folgten. Welch' ein Leben da draussen auf dem rot angestrichenen, kleinen, plumpen Kahn, dessen zwei Mastspitzen Körbe als Abzeichen tragen, fest vor Anker liegend in brütend träger Sonnenglut ohne eines Windhauches Odem, in heulendem Sturm und in tosender See, in wildem Schneegestöber oder alles erstarrender, eisiger Kälte! Abgeschlossen von den Menschen im opfervollen Dienste für die Menschen tun diese Braven draussen unter allen Umständen ihre Pflicht, Helden des Berufs! Sie werden alle tiefangelegte philosophische Naturen, deren Bibliothek wie auf den Leuchttürmen oft eine staunenswerte Reichhaltigkeit und Gediegenheit aufweisen soll. (Schluss folgt.)



exstirpiertes Myom. Die 39jährige Frau war bisher zwölf Jahre lang steril gewesen. Im Gegensatz zu Hofmeier, der der Ansicht ist, daß das Auftreten von Myomen bei vorher sterilen Frauen günstige Disposition für eine späte Konzeption schafft, sieht Olshausen in dem Bestehen des Myoms die Ursache für die lange Sterilität; 2. das Sektionspräparat einer pyelitischen Niere von einer Wöchnerin. Die schwangere Frau war fiebernd eingeliefert und glatt entbunden worden, die schwere Nierenerkrankung hielt aber trotz raschen Fieberabfalles an und führte zehn Tage post partum zum Exitus.

II. Vortrag des Herrn Czempin: Ueber Myomoperationen, besonders der intraligamentären Geschwülste.

Nach einem kurzen historischen Rückblick berichtet C. über 204 Fälle von Myomoperationen, davon 76 vaginale und 128 abdominale. Die vaginalen zerfallen in 39 konservative mit einem Todesfall und 37 Totalexstirpationen mit 3 Todesfällen. Von den abdominalen waren 29 konservativ — Kastration, Enukleation und Myomectomie — ohne Todesfall, 99 radikal mit im ganzen 10 Todesfällen. In den letzten Jahren ist die Mortalität erheblich zurückgegangen, die letzten 34 supravaginalen Amputationen verliefen ohne Todesfall, im ganzen konnte C. in letzter Zeit eine Serie von 49 Fällen ohne Todesfall operieren. C. ist in den letzten Jahren immer mehr von den vaginalen zu den abdominalen Operationen übergegangen, weil diese alle Vorzüge wie gute Uebersicht, Zeitersparnis, geringe Blutung etc. vor den vaginalen voraus haben. Von den abdominalen bevorzugt er die supravaginale Amputation, ohne sie prinzipiell empfehlen zu wollen. Bezüglich der Technik empfiehlt er einen kleinen Längsschnitt mit Ablösung der Haut von der Fascie im Umkreise von ca. 2 cm. Dadurch ist fast nie ein Schnitt bis über den Nabel notwendig, da sich der Hautschnitt beliebig verschieben und der Fascienschnitt länger als der Hautschnitt anlegen läßt. Herausnahme der Tumoren in Kantenstellung, bei großen, den Zugang hemmenden Myomen Einstellung in die Bauchwunde und Enucleation großer Teile der Geschwulst in situs. Zusammenklemmen der Wundhöhlen zur provisorischen Blutstillung. Nach dem Vorwälzen der Tumoren zunächst Abbinden der Lig. rotunda, dann Versorgung der Spermatica, Abschieben der Blase, Versorgung der uterina und tiefe Amputation des Uterus. Abbinden nur des senkrechten Astes der uterina, wodurch ein blutender, lebensfähiger Stumpf erzielt wird.

Diese Methode hat sich besonders bewährt bei der Operation der intraligamentären bezw. subperitonealen Myome, die bekanntlich wegen ihrer geringen Beweglichkeit und schweren Zugänglichkeit besondere Schwierigkeiten bieten und leicht zu Nebenverletzungen, starken Blutungen und zur Entstehung großer Wundhöhlen führen. Dieselben gehen mehr oder weniger von der Cervix aus und zeigen eine dreifache Wachstumsrichtung: a) praecervikal: Ausgang von der vorderen Cervixwand. Die Blase wird vorgedrängt, die Cervix zurückgepreßt, der Uterus hochgezogen. Gefährlich sind bei dieser Form besonders die Blasenverletzungen. b) retrocervikal, noch schwerer als die vorigen. Cervix und Peritoneum werden hinten hochgezogen, der Uterus nach unten gedrängt; die Tumoren wühlen sich gewöhnlich tief in das Beckenbindegewebe ein und haben meist eine sehr fleischige stark blutende Kapsel. c) intraligamentär: seitliche Entwicklung. Der Uterus ist absolut unbeweglich fest im kleinen Becken eingekeilt. Bei dieser Form bewährt sich besonders die Enucleation in situ und die Abbindung der Lig. rotunda im Beginn der Operation. Meist sind die Tumoren mit Myomen am ganzen Uterus vergesellschaftet, doch kommen auch Fälle von rein ligamentärer Entwicklung vor. Die Operation kann bei solitären kleinen Tumoren leicht sein, ev. vaginal oder abdominal mit Querschnitt. Wichtig ist die Behandlung des Sackes, die in verschiedener Weise durchgeführt werden kann, mit Drainage nach oben oder nach unten, oder auch ohne Drainage. Sehr viel schwerer sind die Operationen der großen Tumoren im Lig. latum. Die Umschlagfalte des Peritoneums ist weit nach oben verschoben, das Lig. infundibulo-pelvicum bis zur Beckenwand entfaltet, das Mesocolon zur Bedeckung des Tumors aufgebraucht. Bei Verkennung dieser Topographie leicht Darmverletzungen möglich. Auch bei diesen Tumoren hat sich das oben beschriebene Vorgehen sehr bewährt. Acht Fälle, alle genesen. Beschreibung technischer Einzelheiten.

Diskussion wird vertagt.

Herr Hadra (als Gast): Ueber Beckenmessung (mit Demonstrationen am Projektionsapparat.

Nach einem kurzen historischen Ueberblick über die zahlreichen in alter und neuerer Zeit angegebenen Arten von Beckenmeßinstrumenten demonstriert H. einen von ihm konstruierten, auf dem Prinzip der indirekten Beckenmessung beruhenden Beckenzirkel, der von Windler, Berlin, zum Preise von 30,00 M. angefertigt wird.

Diskussion: Herr Olshausen, Herr Hadra.

Verein für innere Medicin in Berlin.

Sitzung vom 21. Januar 1907.

Vor der Tagesordnung:

Herr Hirschlaff stellt eine Frau mit Encephalitis acuta haemorrhagica nach Influenza vor.

Tagesordnung:

Herr Jellinek, Wien: Pathologie, Therapie und Prophylaxe der elektrischen Unfälle mit Demonstrationen.

Die elektrischen Unfälle ereignen sich teils im elektrischen Betrieb, teils atmosphärisch (Blitzschlag). Der Blitz schädigt sowohl durch Elektrizität (echte Wirkung), als auch durch Kompression resp. Zerreißung von Gegenständen (falsche Blitzwirkung). Direkte Blitzwirkung ist das Getroffenwerden vom Blitz. Indirekte Blitzwirkung kann z. B. durch Bogenlampen oder Telephon vermittelt werden. Welcher Strom resp. Spannung ist gefährlich? Das hängt von vielen Faktoren ab, sowohl Stromverhältnissen als auch individuellen Eigenschaften. Wechselstrom ist nicht gefährlicher als Gleichstrom. Es hängt auch davon ab, ob der Strom die Oberfläche antrifft oder ins Körperinnere dringt. Ferner kommt es an auf den Widerstand, der in der Haut liegt, und auf den Zustand des Bodens (stromgefährlicher und nicht gefährlicher Boden). Baderäume sind sehr stromgefährlich, auch spielt der somatische Zustand (Schlaf oder Wachen, Narkose etc.) eine große Rolle.

Die Symptome sind lokale oder allgemeine. Die lokalen sind Verbrennungen aller Art, Erytheme, Metallimprägnierungen etc. Sie brauchen nicht sofort sichtbar zu sein, treten erst zuweilen später auf und sind nicht nur Verbrennungen, sondern auch brandartige Verletzungen.

Auch die allgemeinen Symptome treten häufig erst spät auf. Vortr. beobachtete als solche progressive Paralyse, Lähmungen, trophoneurotische Störungen etc.

Pathologisch-anatomisch sieht man makroskopisch dabei kaum Veränderungen, erst mikroskopisch zeigt das Zentralnervensystem schwere Gefäßzerreißungen, Zellzertrümmerungen etc.

Die Ursache des elektrischen Todes ist noch strittig, wahrscheinlich ist es ein Scheintod, der nur durch mangelhafte Hilfeleistung tötlich endet, was durch vielfache Tierversuche gestützt wird.

Die Diagnose ist zu stellen durch Beachtung der Hautveränderungen, der Kleidung, der Anamnese.

Prognose ist relativ günstig, doch sind die Spätsymptome zu beachten.

Bei der Therapie empfiehlt Vortr. sofortige Lumbalpunktion.

Die Prophylaxe soll bestehen in der Aufklärung über die Wirkungen des elektrischen Stromes, seiner Eigenschaften, sowie der Fernwirkungsmöglichkeiten. Carl Lewin.

Aerztlicher Verein München.

Sitzung am 12. Dezember 1906.

1. Herr Klein stellt eine elfjährige, von Professor Schmitt operierte Patientin vor, die an Ectopia vesicae litt. Die Ureteren wurden mit gutem Erfolg in den Mastdarm eingepflanzt.

2. Herr Alzheimer: Ueber die Indikationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft bei Psychosen.

Weder das manische depressive Irresein, noch die Dementia praecox, noch die progressive Paralyse, noch die Epilepsie und Hysterie geben Indikationen für die Unterbrechung der Schwangerschaft ab. Eine solche ist jedoch bei Chorea gravidarum und Eklampsie gegeben, wenn es gilt, die Mutter vor dem sonst sicheren Tod zu retten. Niemals darf der Wunsch der Kranken oder ihrer



Angehörigen den Arzt verleiten, von diesen Indikationen abzugehen.

3. Herr Eversbusch: Nekrolog auf August von Rothmund.

4. Herr Hengge: Implantation des menschlichen Eies im Uterus mit Demonstration eines jungen Eies.

Das Ei stammte aus der ersten Hälfte der zweiten Schwangerschaftswoche.

Diskussion: Herr Nassauer: 20 Tage altes menschliches Ei.

Sitzung vom 16. Januar 1907.

1. Herr F. Craemer: Ueber die Einwirkung des Nikotins, des Kaffees und Tees auf die Verdauung.

C. ist durch Erfahrung am eigenen Leib zu den vorliegenden Untersuchungen gekommen. Die Grenze, wo der Mißbrauch beginnt, zu ziehen, ist sehr schwer. Die Fälle von schweren Störungen des Verdauungssystems (spastische Atonie, Koliken etc.), bei denen nach Entziehung, vor allem des Nikotins, Gesundung eintritt, sind nicht selten. Von den einschlägigen Tierexperimenten anderer Autoren zählt C. nur diejenigen auf, welche die Verdauungsorgane betreffen. Er selbst hat Versuche mit Extrakten von Kaffee- und Teeaufgüssen, sowie mit Tabak-Rauchwasser vorgenommen. In der Hauptsache zeigte sich im Reagensglas eine Verlangsamung und Behinderung der Eiweißverdauung durch Nikotin, Kaffee und Tee, sobald irgendwie größere Konzentrationen genommen wurden. Bei einer menschlichen Versuchsperson traten nach fortgesetztem Rauchen einer schweren Zigarre vor oder nach dem Essen motorische Insufficienz auf.

2. Herr Grassmann: Ueber die Einwirkung des Nikotins auf die Zirkulationsorgane.

Vortragender kritisiert zunächst die einschlägigen Tierversuche. Das Wichtigste ist die unzweifelhafte Erhöhung des Blutdruckes ähnlich der Wirkung des Adrenalins. Oft können die Vergiftungserscheinungen bei Rauchern erst nach Dezennien ganz plötzlich einsetzen. Es gibt scheinbar auch Perioden besserer und schlechterer Toleranz für Nikotin. Meist zeigen sich subjektive Beschwerden, objektiv ist gewöhnlich eine Vermehrung (aber auch Verminderung) der Pulsfrequenz, Arythmie, Extrasystole, Tabakangina des Herzens zu erkennen. Es kommt auch zu Asthma cardiacum. In das gleiche Gebiet gehören auch die Beobachtungen von Erb und anderen über das intermittierende Hinken. Gewisse Familien scheinen gegen Nikotin empfindlicher zu sein als andere. Frühes und starkes Rauchen scheint die Arteriosklerose, besonders der unteren Extremitäten, herbeizuführen. Ob die vorübergehenden Nikotinschädigungen auch zu Dauerschädigungen des Herzens führen können, ist fraglich. Albert Uffenheimer, München.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

Sitzung vom 22. Januar 1907.

Vorsitzender: Herr Kümmell.

I. Demonstrationen: 1. Herr Lessing stellt einen jungen Mann vor, dem er mit sehr gutem Erfolge einen durch Hufschlag erlittenen Schädeldefekt durch eine Celluloidplatte gedeckt hat. 2. Herr Ed. Arning spricht über den Nachweis der Spirochaete pallida, wie er sich ihm als bester bewährt hat: die verdächtige Stelle wird zunächst mit Benzin oder Aether gereinigt, dann mit den Fingern komprimiert und mit einem „stumpfscharfen“ Instrument usuriert; das austretende Serum wird darauf vorsichtig auf einen Objektträger gebracht und nach dem Trocknen mit Rona-Preislösung gefärbt. Zu beachten ist, daß das Präparat säurefrei sein muß. Wenn im Präparat die roten Blutkörperchen zertrümmert sind, ist es wertlos, da dann auch die zarten Spirochaeten zerstört sind; die Spirochaeten sind stets in der Nähe der roten Blutkörperchen zu suchen, ein Umstand, durch den die im Anfangsstadium der Lues auftretende Anaemie vielleicht zum Teil erklärt wird. Nur der positive Ausfall der Untersuchung auf Spirochaeten ist beweisend. Vortr. konnte schon am dritten Tage nach Auftreten des Primäraffektes durch Spirochaetennachweis eine sichere Lues diagnostizieren. 3. Herr Kümmell stellt einen Herrn vor, den er erfolgreich wegen eines im linken Hinterhauptlappen angenommenen und auch dort gefundenen Hirntumors operiert hatte. 4. Herr Haenisch demonstriert das Röntgenbild eines außerordentlich großen Aortenaneurysmas, das klinisch nur sehr geringe Symptome gemacht hatte.

II. Diskussion über den Vortrag des Herrn Deutschländer: Die Hyperaemiebehandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose. Herr König (Altona) steht der Wirkung der Stauungshyperaemie hierbei sehr skeptisch gegenüber. Bei oberflächlichen Prozessen hat er gute Erfolge gesehen, bei Knochen- und Gelenktuberkulosen dagegen erhofft er nicht viel von der Stauung; er glaubt auch, daß ein großer Teil der Deutschländerschen Erfolge auf die übrigen therapeutischen Maßnahmen zurückzuführen sind. Herr Kümmell wendet die Hyperaemie seit ca. 15 Jahren an: er sieht in ihr kein Allheilmittel, möchte sie aber nicht aus dem Schatze der Therapie missen und glaubt, durch Kombination von Fixation, Injektion von Jodoform und Stauung gute Erfolge erzielen zu können.

III. Vortrag des Herrn Goldammer: Chirurgische Erfahrungen im Südwestafrikanischen Kriege.

Nachdem Vortr. unter Vorzeigung zahlreicher photographischer Aufnahmen Land und Leute geschildert hatte, geht er auf Krankheiten, namentlich Typhus, ein und spricht über die Wundbehandlung in kriegschirurgischer Beziehung. Die guten Erfolge, die wir in diesem Punkte in Deutschsüdwest hatten, sind vor allen Dingen der trockenen Wundbehandlung zu danken.

Schönewald.

Standesfragen.

Von Dr. M. Cohn (Berlin-Charlottenburg).

Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin.

Die Berlin-Brandenburgische Aerztekammer hielt am 9. d. M. ihre erste diesjährige Sitzung ab. Der Vorsitzende gedachte in warmen Worten des Hinscheidens des langjährigen Mitgliedes Schöneberg und verlas dann ein Schreiben, das Excellenz v. Bergmann als Ausdruck des Dankes für die ihm zu seinem siebzigsten Geburtstag ausgesprochenen Glückwünsche an die Kammer gerichtet hatte.

Zu einer längeren Diskussion gab ein von der Aerztekammer Hannover überwiesener Antrag Veranlassung, der folgenden Wortlaut hatte: „In die Standesordnung aller preußischen Kammern möge ein Paragraph eingeschaltet werden, welcher ausspricht, daß die gute Standessitte es verlangt, daß ein Arzt seine Verträge der Vertragskommission vorlegt, und daß deren Nichtvorlegung eine Verletzung der guten Standessitten bedeute“. Es wurde darauf hingewiesen, daß unsere Kammer keine Standesordnung habe und eine solche auch nicht wünsche, daß fernerhin zur Wahrung der Standessitten das Einschreiten des Ehrengerichtes völlig genüge; andererseits wurde nicht verkannt, daß von vielen Seiten die Vertragskommission völlig ignoriert würde, daß Verträge abgeschlossen würden, die durchaus ungehörig seien. Es wurde deshalb folgender Antrag angenommen: Die Aerztekammer erachtet es für die Pflicht jedes Arztes, Verträge, die er mit öffentlichen oder privaten Kassen oder ähnlichen zur Versorgung mit ärztlicher Hilfe dienenden Einrichtungen abschließt, der zuständigen Vertragskommission vorzulegen.

Auf Antrag des Rechtsschutzvereins Berliner Aerzte war in einer früheren Sitzung beschlossen worden, für die jüngeren Kollegen ein Aufklärung in wirtschaftlichen Rechtsfragen zu verfassen. Der Vorstand gab die Erklärung ab, daß sich die Abfassung einer solchen Schrift nicht habe ermöglichen lassen, daß sie sich aber auch erübrige, da durch die soeben erschienene neue Auflage des Kommentars zur ärztlichen Gebührenordnung von Joachim für eine genügende Belehrung gesorgt sei.

Nunmehr wandte sich die Beratung den Hauptgegenständen der Tagesordnung, dem Kassenbericht für 1906 und dem Etat für 1907 zu. In Vertretung des erkrankten langjährigen Kassenführers Saatz referierte S. Alexander. Die Einnahmen und Ausgaben für 1906 balanzieren mit 92976 M., der Voranschlag pro 1907 umfaßt eine Summe von 104416 M. Davon erhält die Unterstützungskasse der Aerztekammer M. 50000, während einem neu zu bildenden Reservefonds M. 10000 zugeführt werden. Die Verwaltungskosten erhöhen sich infolge Mehrzahlung an die Beamten,

die Kosten der Ehrengerichte durch Erhöhung der Bezüge der richterlichen Mitglieder; im ganzen betragen die Kosten der Ehrengerichte M. 16 300. Der Beitrag an das Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen wird auf M. 1500 erhöht, nachdem Schreiber dieser Zeilen auf die Vortrefflichkeit der Kurse hingewiesen und einige Wünsche bezüglich des Ausbaus derselben zum Vortrag gebracht hatte. Zur weiteren Förderung einer bald zu eröffnenden Bibliothek werden M. 500, für die deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Kurpfuscherei M. 300 bewilligt. Schließlich werden noch folgende Beschlüsse gefaßt: a) den Vorstand zu ermächtigen, die Mitteilungen der Eingänge an die Aerzte des Kammerbezirks in Form einer periodischen Beilage zu der Berliner Aerztekorrespondenz zu bewirken; b) eine Grundgebühr von zehn Mark von jedem wahlberechtigten Arzt des Kassenbezirks c) ein Zuschlag von 5% des Staatseinkommensteueranschlages vom Jahre 1906 von denjenigen Aerzten des Kammerbezirks, deren besteuerungspflichtiges Gesamteinkommen mehr als 5000 M. beträgt, zu erheben.

Eine Mitteilung der Aerztekammer Hessen-Nassau führte aus, daß die Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung zwar gehalten sind, vor der Wahl ihrer Vertrauensärzte den zuständigen Aerztekammervorstand um Vorschläge zu ersuchen, daß sie aber nicht nur bisweilen dessen Vorschläge nicht annehmen, sondern sogar in einem Falle einen Arzt gewählt haben, der vom Aerztekammervorstand ausdrücklich als ungeeignet bezeichnet war. Mugdan, der über die Angelegenheit referierte, führte aus, daß durch solches Vorgehen sehr leicht das Vertrauen der Versicherten zu den Aerzten erschüttert werden könne und daß dasselbe auch der ministeriellen Verfügung widerspreche. Er beantragte, dies in einer Resolution zum Ausdruck zu bringen, was auch geschah.

Der Vorsitzende Becher gab dann einen Bericht über die Tätigkeit des Ehrengerichts im abgelaufenen Jahre, aus dem hervorging, daß dasselbe wie stets ganz außerordentlich stark in Anspruch genommen war.

Es folgte nunmehr der Bericht einer Kommission, welche die Kammer im vorigen Jahre mit der Prüfung der Ergebnisse der ärztlichen Ehrengerichtsbarkeit betraut hatte. Dieselbe hatte sich sowohl mit den formellen wie mit den materiellen Uebelständen, die sich bei der Ausübung der ärztlichen Ehrengerichtsbarkeit ergeben haben, befaßt und kam in einem umfangreichen, von Kossmann vorgetragenen Referate zu einem recht vernichtenden Urteile über den Nutzen, den das Ehrengerichtsgesetz der Aerzte gebracht hat. Ganz besonders wurden auch die bisher veröffentlichten Urteile des Ehrengerichtshofes beleuchtet und gezeigt, daß dieselben ganz außerordentlich bedauerliche allgemeine Schlußforderungen ziehen, die geeignet erscheinen, die ärztliche Freiheit schwer zu beeinträchtigen. Die Diskussion über das Referat und die Vorschläge der Kommission wurde vertagt.

Schließlich berichtete noch Windels über eine Anfrage der physikalisch-technischen Reichsanstalt betreffend den eventuellen Erlaß einer Verordnung, nach welcher von einem bestimmten Zeitpunkt ab ein Prüfungszwang für Fieberthermometer eingeführt werden soll. Nach kurzer Debatte wird beschlossen, daß die Einführung amtlich geprüfter Thermometer nur für Aerzte in amtlichen Stellungen und öffentlichen Kranken- und Heilanstalten gefordert werden solle.

Periodische Literatur.

Berliner klinische Wochenschrift. No. 2. 1907.

Johannes Orth zu seinem 60. Geburtstage gewidmet.

1. Kaiserling: **Beitrag zur Wirkung intravenöser Suprarenininjektionen auf die Kaninchenaorta.**

Bei den differierenden Resultaten der verschiedenen Forscher bezüglich der experimentell durch Nebennierenextraktinjektionen zu erzeugenden Aortenveränderungen hat Verf. selbst Versuche angestellt. Dieselben hatten insofern ein einheitliches Ergebnis, als stets eine Schädigung des rechten Herzens, eine Art Insufficienz seiner Muskulatur und eine venöse Hyperaemie erzielt wurde. In der Aorta fand sich meist eine Erweiterung und Verdünnung des ganzen Gefässes; dagegen keine der von anderen Autoren beschriebenen Veränderungen; auch mikroskopisch war nichts von Nekrosen oder Verkalkungen zu finden, weder an der Intima noch an der Media, weder an den elastischen noch an den muskulären Elementen; noch weniger waren Prozesse produktiver Art nachweisbar, welche denen bei menschlicher Sklerose, Atheromatose und Ossifikation der Arterien auch nur entfernt geähnelt hätten.

2. Beitzke: **Ueber den Verlauf der Impftuberkulose beim Meerschweinchen.**

Weleminsky hatte bei Tuberkulose-Impfversuchen gefunden dass bei Infektion von einer beliebigen Stelle aus zunächst die regionären, dann die auf dem Wege zu den Bronchialdrüsen liegenden Lymphdrüsen und schliesslich die Bronchialdrüsen selbst erkranken, und daraus geschlossen, dass die tuberkulöse Infektion diese Bahn verfolge, dass die bronchialen Lymphdrüsen nicht etwa nur die regionären Drüsen für Bronchien und Lungen seien, sondern direkt eine Art Herz, in welches die Lymphgefässe von allen Seiten einmünden, um erst von hier ihren Weg in die Blutbahn zu nehmen. Auf grund eigener Experimente und anatomischer Untersuchungen legt B. dar, dass die Weleminskyschen Schlussfolgerungen nicht zu Recht bestehen, dass seine Versuche weder die bisherigen Kenntnisse von der normalen Anatomie des Lymphgefässsystems umstossen können, noch die ausschliesslich lymphogene Entstehung der Bronchialdrüsentuberkulose beweisen. Wenn die Tuberkelbazillen vom Orte der Infektion aus in die Lymphbahn geraten und auf dieser weiterschreiten, so gelangen sie allemal durch den Ductus thoracicus bezw. die Trunci lymphatici und das Blut in Lungen und Bronchialdrüsen, sofern nicht diese selbst etwa der erste Angriffspunkt sind.

3. Davidsohn: **Ueber muskuläre Lungencirrhose.**

Bei einem Manne, der an einer länger dauernden Lungenentzündung unbekannten Charakters gestorben war, fand D. bei der Autopsie eine eigenartige Fleischähnlichkeit der Lunge, die ihn schon nach dem makroskopischen Bilde die Diagnose Carnifikation stellen liess. Die mikroskopische Untersuchung ergab nun das merkwürdige Resultat, dass die Carnifikation wirklich durch Muskelsubstanz zu stande gekommen war; zwischen fibrösen Septen liegen, vergleichbar den Bündeln quergeschnittener Ringmuskulatur des Darmes, haufenweise Bündel glatter Muskelfasern, die kreuz und quer ohne bestimmte Richtung, ähnlich der Muskelfasern im Uterus-Myom, verlaufen. Wahrscheinlich sind die Muskelbündel aus einzelnen, präexistierenden Fasern durch Teilung und Proliferation entstanden: was die Wucherung gerade dieser Fasern angeregt hat, lässt sich nicht sagen. An Stelle der interstitiellen Bindegewebsneubildung, wie sie öfters nach entzündlichen Prozessen in der Lunge und in andern Organen beobachtet wird, ist hier eine mit Muskelfasern reichlich durchsetzte, stellenweise nur aus solchen bestehende interstitielle Wucherung aufgetreten, eine Art muskulärer Narbenbildung am Orte zu grunde gegangenen Lungenparenchyms.

4. Rabinowitsch: **Zur Frage latenter Tuberkelbazillen.**

5 Jahre vor der Entdeckung des Tuberkelbazillus hat Orth nachgewiesen, dass Lymphdrüsen, die bei der makroskopischen Untersuchung völlig gesund und nicht vergrössert erscheinen, sich bei mikroskopischer Untersuchung doch als tuberkulös verändert erweisen können. Durch die Entdeckung des Tuberkelbazillus liess sich die Erkenntnis einer Latenz der Tuberkulose wesentlich erweitern und verfeinern; mittels der spezifischen Färbung, durch Kultur und Impfversuch kann man sich von der Latenz der Tuberkelbazillen auch da überzeugen, wo in den betreffenden Organen noch gar keine pathologischen Veränderungen oder wenigstens keine mikroskopisch sichtbaren vorhanden sind. Zahlreiche entsprechende Untersuchungen sind angestellt worden und haben ergeben, dass die Latenz virulenter Tuberkelbazillen in Lymphdrüsen, die noch keine nachweisbaren pathologischen Veränderungen zeigen, beim Menschen, und zumal bei Kindern, als eine nicht zu seltene Erscheinung zu bezeichnen ist. Eine weitere wichtige Frage bezüglich des Latenzstadiums der Tuberkelbazillen ist die nach der Virulenz, ob die lediglich durch den Tierversuch nachweisbaren Bazillen in ihrer Virulenz abgeschwächt sind, oder ob sie die den



Tuberkelbazillen menschlicher oder tierischer Provenienz eigene Virulenz besitzen. Mit Material von einem an Bronchopneumonie verstorbenen Kinde und von verkalkten Lymphdrüsen Erwachsener hat R. Kulturversuche in dieser Richtung angestellt und gefunden, dass in den Fällen latenter Tuberkelbazillenbefunde Kulturen gewonnen wurden, deren Virulenz keineswegs hinter derjenigen zurücksteht, welche aus Sputum, Lungen- und Miliartuberkulose gezüchtete Stämme im allgemeinen aufzuweisen pflegen. Besonderes Interesse beansprucht die Latenz vollvirulenter Tuberkelbazillen in vollkommen verkalkten Bronchial- und Mesenterialdrüsen. Solange die Bazillen noch durch den Impfversuch nachweisbar sind, dürfen solche Prozesse nicht als vollständig ausgeheilt betrachtet werden, im Gegenteil bilden dieselben nicht so selten den Ausgangspunkt für neue, mehr ausgedehnte Formen der Tuberkulose. Das Latenzstadium, in dem die pathogenen Eigenschaften und die Virulenz der Tuberkelbazillen im tierischen Organismus lange Zeit völlig erhalten bleiben können, ist von grösster praktischer Bedeutung, als eben die Tuberkelbazillen in demselben ein scheinbar unschädliches und völlig unerkanntes Dasein fristen, um jederzeit im geeigneten Augenblick aufs neue zu verderblicher krankheitserregender Wirkung hervorzubrechen.

5. Bickel: **Ueber experimentell erzeugten Meteorismus.**

Gelegentlich von Zuckerinjektionsversuchen bemerkte B. bei den Versuchstieren (Hunden) eigenartige Auftreibung des Abdomens, die sich nach dem Perkussionsergebnis als Meteorismus erwies. Bei der Sektion zeigten sich Magen und Darm stark gebläht, liessen auf Anstechen reichlich Gas entweichen. Bei Injektionsversuchen mit Kochsalzlösungen entstand ein solcher Meteorismus nicht. Ausbleiben des Meteorismus nach Zuckerinjektionen, wenn vorher dem Tier der Oesophagus unterbunden war, bewies, dass bei der Entstehung dieses experimentellen Meteorismus die durch den Oesophagus in den Verdauungskanal eindringende Luft eine wesentliche Rolle spielt. Wieweit eine Störung der Resorption der Gase seitens der Wand des Magens und Darmes und wieweit die Lähmung der Muskulatur dabei mitspielen, muss dahingestellt bleiben.

6. Schloss, Wiesbaden: **Ist die Konzentration des reflektorisch abgeschiedenen Magenfundussekrets abhängig von der Konzentration in den Magen eingeführter Lösungen?**

Bezüglich der Veränderungen in der molikularen Konzentration von Lösungen, welche diese während ihrer Verweildauer im Magen erleiden, finden sich in der Literatur Angaben, dass blut- resp. gastrohypertonische Lösungen verdünnt werden und blut- resp. gastrohypotonische Lösungen entweder noch mehr hypotonisch werden oder gleich bleiben oder nur wenig ansteigen. Verf. hat untersucht, ob hierbei das spezifische Verdauungssekret eine Rolle spielen kann. Zum Objekt der Untersuchungen wurde das Sekret aus dem Fundusteil des Magens eines Hundes genommen, dem nach Pawlow ein Magenblindsack angelegt war. Die Versuche ergaben, dass die Konzentration des von diesem abgeschiedenen Sekrets ganz unabhängig ist von der Konzentration der eingeführten Lösungen. Danach ist es ausgeschlossen, dass das reflektorisch von der Fundusschleimhaut abgeschiedene Sekret die Veränderungen, die Lösungen im Magen erleiden, unmittelbar bestimmt.

7. Pewsner, Moskau. **Zur Frage der Schleimabsonderung im Magen.**

Nicht abgeschlossen.

8. Pincussohn: **Zur Kenntnis des Pellotins.**

Das Pellotin ist ein Kakteenalkaloid. Die pharmakologische Wirkung auf Kaltblüter wurde an Fröschen und Schildkröten geprüft. Einige Tropfen der Giftlösung (1 : 250) auf das Herz geträufelt, lässt die normale Herzkurve durch eine Bradycardie ersetzt werden; dieselbe steigert sich bei Aufgiessen grösserer Mengen und führt unter Abnahme der Herztätigkeit nach einer Stunde zum Herzstillstand. Die Wirkung auf das Säugetierherz entspricht zunächst mit dem Einsetzen einer Bradycardie der auf die Kaltblüter; giesst man aber mehr der Lösung auf das Warmblüterherz, so tritt unter äusserst heftigen krampfartigen Erscheinungen der Exitus ein.

9. Wohlgemuth: **Untersuchungen über das Pankreas der Menschen. II. Einfluss der Zusammensetzung der Nahrung auf die Saftmenge und die Fermentkonzentration.**

Die Untersuchungen wurden an einem jungen Manne angestellt, bei dem eine Pankreasfistel nach einer Pankreasruptur zurückgeblieben war. Die vom Pankreas abgesonderte Saftmenge wurde wesentlich beeinflusst durch die Zusammensetzung der Nahrung. Erhielt der Patient vorwiegend Fett in Gestalt von Sahne und Milch, so versiegte förmlich der Saftfluss, nach Fleisch stieg er etwas an, nach Kohlehydraten ergoss sich ein förmlicher Strom aus der Fistel. Bezüglich der Konzentration des Saftes ergab sich, dass der Fettsaft den stärksten Gehalt an sämtlichen drei Pankreasfermenten, Diastase, Lipase, Trypsin, aufwies, der Kohlehydratsaft den schwächsten, während der Eiweisssaft in der Mitte stand; je weniger Saft also produziert wird, umso konzentrierter bezüglich des Fermentgehaltes ist er, je mehr, desto ärmer an Fermenten. Bezüglich der Wirkung von Salzsäure und Alkali auf die Pankreassekretion ergab sich Anregung der Sekretion durch erstere, Hemmung durch letzteres. Bei Bestehen einer Pankreasfistel hat man es danach ganz in der Hand, durch entsprechende Diät den Saftfluss einzuschränken oder ihn zu fördern. Hemmend wirkt eine Eiweiss-, besonders aber eine Fettdiät, während Kohlehydrate eine starke Sekretion hervorrufen. Es empfiehlt sich deshalb, bei Pankreasfisteln eine streng antidiabetische Kost, d. h. viel Fett und Eiweiss unter absoluter Vermeidung von Kohlehydraten. Unterstützen kann man die Einschränkung der Sekretion noch durch häufige Verabfolgung mäßiger Mengen von Natrium bicarbonicum. Um Ersatz für den nach aussen abfliessenden Pankreassaft zu schaffen, kann man nebenbei noch Pankeron geben.

10. Salkowski: **Zur Kenntnis der Chylurie.**

Die Untersuchungen wurden angestellt bei einem Fall von transitorischer Chylurie; die Entleerung des milchigen Harnes aus der Urethra und cystopisch auch aus dem einen Urether wurde klinisch festgestellt. Die untersuchten Harnportionen zeigten sämtlich das Aussehen dünner Milch, enthielten Fett, Eiweiss, keine Albumosen. Besonderes Interesse bot die erste, zur Untersuchung gekommene Urinportion. In der Annahme, dass der Patient vielleicht Milch in seinen Urin gegossen, untersuchte S. auf Kasein, und fand auch einen als Kasein anzusprechenden Körper; dagegen konnte er keinen Milchzucker nachweisen. In den weiteren milchigen Harnportionen war der kaseinartige Eiweisskörper nicht mehr zu finden; seine Herkunft bleibt danach unklar. Bezüglich des Fettgehaltes des Urins liess sich zeigen, dass nach Einnahme von Leberthran der Fettgehalt auf das siebenfache stieg; und zwar liess sich das im Urin auftretende Fett als Leberthran identifizieren, wodurch bewiesen ist, dass der Leberthran resorbiert, in den Chylus und von da in den Urin übergegangen ist.

11. Neuberg und Rosenberg: **Lypolyse, Agglutination und Haemolyse.**

Untersuchungen über die fettspaltende Wirkung der Schlangengifte, Cobra-, Mocassin-, Crotalusgift, und zwar der nicht weiter fraktionierten Drüsensekrete, ergaben eine bedeutende Spaltung des Lecithins, eine geringere Verseifung der wahren Fette, Ricinus-, Olivenöl. Versuche mit pflanzlichen Agglutininen, Ricin, Crotin, erwiesen auch diese als stark lipolytisch.

Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 3 1906.

1. Deycke Pascha und Reschad Bey, Konstantinopel: **Ein bakterielles Fett als immunisierende Substanz bei der Lepra, seine theoretische Bedeutung und praktische Verwendung.**

In Nr. 13 und 14, 1905, d. W. haben Verff. über Versuche berichtet, nach denen Injektionen lebender Kulturen einer Streptothrixart, die sie aus einem schweren Leprafall rein gezüchtet hatten, bei diesem und anderen Leprakranken eine weitgehende Besserung und Rückbildung lepröser Symptome, wobei sich bakterioskopisch und histologisch ein vernichtender Einfluss auf die Lepraerreger nicht verkennen liess, herbeigeführt haben. Der theoretischen Frage nach der Erklärung dieser Ergebnisse und der praktischen nach der Nutzbarmachung zum Zwecke einer aussichtsreichen Leprabehandlung haben Verff. seitdem intensivste Studien gewidmet. Als bester Nährboden, der die Züchtung in hinreichend grossen

Massen erlaubt, erwies sich die Milch, und zwar die nicht entrahmte Fettmilch. Die Wirkungen der Injektionen lebender Bouillonkulturen, die das Ausgangsmaterial gebildet hatten, differierten im höchsten Grade: stürmische Allgemeinreaktion mit starker elektiver Schwellung des leprösen Gewebes, der die Rückbildung folgte; Allgemeinerscheinungen ohne Beeinflussung der leprösen Partien; Rückbildung der Leprome ohne allgemeine Reaktionen; starke lokale Reizerscheinungen an der Injektionsstelle; völlig negativer Einfluss. Nachdem sich hatte eruieren lassen, dass die Wirkungen nicht an die Kulturflüssigkeit, die Bouillon, gebunden war, sondern an die Kulturmasse, d. h. an die Bakterienleiber, verdichteten sich durch weitere klinische histologische, bakteriologische Untersuchungen die Vorstellungen dahin, dass einmal die Lepraerreger ihren Parasitismus hauptsächlich und in erster Linie der sie imprägnierenden und säurefestmachenden Fettsubstanz verdanken, und dass andererseits die durch die Injektionen bewirkten Rückbildungsvorgänge in irgend einer Weise mit dieser Substanz in ursächlichem Zusammenhang stehen müssen. Die mühsamen Untersuchungen zur Isolierung und zum Studium des Fettkörpers in den Massenkulturen der Streptothricheen werden eingehend geschildert. Eine durch Aetherextraktion gewonnene Fettmasse ergab differierende, verwirrende Injektionswirkungen; erst durch fraktionierte Extraktion liess sich das reine Bakterienfett gewinnen; aber die Injektionsergebnisse mit diesem zeigten, dass für die klinischen Wirkungen am leprakranken Menschen nicht das gesamte Bakterienfett, sondern nur ein bestimmter Anteil desselben verantwortlich zu machen ist; schliesslich gelang auch die Isolierung dieses Körpers und seine chemische Bestimmung, nach der er sich nicht als ein echtes Wachs, wie längere Zeit angenommen wurde, sondern als echtes Fett, als ein Esther des Glycerins, erwies. Dieser chemisch wohldefinierte, krystallisierbare Fettkörper, von den Verff. wegen seines festen, dichten Gefüges „Nastin“ genannt, ist es, der den damit imprägnierten Bakterien die ungemeine Resistenz gegen äussere, zumal chemische Einflüsse verleiht; er ist auch das klinisch aktive Agens. Die scheinbare Regellosigkeit der wechselvollen Erscheinungen bei den Injektionen mit lebendem Kulturmaterial, sowie bei Anwendung der unreinen Fettsubstanzen wird jetzt erklärlich: die typischen Kulturen erwiesen sich wirksam, weil sie reich an Nastin sind, die Bouillonfiltrate dieser Kulturen waren unwirksam, weil kein Nastin aus den intakten Bakterienleibern in die Nährflüssigkeit überging; Filtrate atypischer Kulturen entfalteten öfters gute Wirkungen, weil gewisse Nastinmengen aus den ausgelaugten fädigen Gebilden der Streptotricheen in die Bouillon übertreten. Besonders wichtig sind die Untersuchungsergebnisse bezgl. der Ursachen der Allgemeinreaktionen. Diese sind auf Rechnung der Eiweisskörper der Bazillenleiber zu setzen. Die Injektion von aus den Bazillen gewonnen Proteinen führte stets zu Fiebersteigerungen, subjektivem Krankheitsgefühl, rheumatoiden Schmerzen; bei reinen Proteininjektionen waren die Schädigungen nie von langer Dauer; aber in keinem Falle wurde irgend ein günstiger Einfluss von solchen Injektionen gesehen. Was nun die länger dauernden Allgemeinerscheinungen, die sich an die Injektionen mit lebendem Kulturmaterial und auch den Fettsubstanzen oft anschlossen, und die klinisch ähnliche Erscheinungen machten wie die Proteininjektionen, anbetrifft, so sind sie auch durch bazilläre Eiweisskörper bedingt; aber es handelt sich hier nicht um die unmittelbare Wirkung eingespritzter Stoffe, sondern um eine mittelbar sekundäre Folge der Injektionen. Die Wirkung dieser äussert sich im Sinne einer energischen Bakteriolyse, und die Resorption der aus den in Massen zerfallenden Leprabazillen freiwerdenden Eiweissstoffe bedingt die Allgemeinerscheinungen.

Zur Beantwortung der Frage, was das eigentliche Wesen der Nastinbehandlung ist, ist die Hypothese anzunehmen, dass der Leprabazillus, dessen echte parasitäre Form noch nicht gezüchtet ist, eine dem Nastin gleiche oder biologisch nahestehende Fettsubstanz enthält, dem er die chemische Resistenz gegenüber den Angriffsstoffen des menschlichen Körpers verdankt. Ist diese Annahme richtig, dann bedeuten die Nastininjektionen nichts anderes als eine aktive Immunisierung gegen eben diese resistente Fettsubstanz, mit der der Leprabazillus imprägniert ist, und auf der seine Pathogenität beruht. Das Nastin ist also im grunde kein Heilmittel, sondern müsste seine Hauptwirksamkeit als Präventionsmittel entfalten; seine eigentliche Indikation wäre die Anwendung in grossem Maßstabe zur Verhütung weiterer Leprainjektionen in leprabedrohten Ländern, Familien etc. Wenn das Nastin als reines Immunisierungsmittel trotzdem auch auf leprakranke Menschen einen günstigen Einfluss auszuüben vermag, so liegt das an der besonderen Eigenart dieser Krankheit. Bei den anderen akuten und chronischen Infektionskrankheiten ist der Organismus durch spezifische Toxine oder toxische Zerfallsprodukte der Erreger meist derart in seiner Reaktionsfähigkeit geschwächt, dass er auf aktive Immunisation nicht oder nur ungenügend mit der Bildung von Antikörpern reagieren kann; die Immunisation nach Ausbruch der Krankheitssymptome kommt zu spät, wird event. schädlich durch Aufbrauch der letzten Reservekräfte des kranken Körpers. Anders bei der Lepra; hier bleibt der Allgemeinzustand oft jahrelang unbeeinflusst, der Körper ist in seiner Reaktionsfähigkeit nicht herabgesetzt; in diesem Stadium ist eine Immunisation möglich. Ueber die Art der chemischen Körper, die sich im Anschluss an die Nastininjektionen bilden, ist bestimmtes noch nicht auszusagen; wahrscheinlich handelt es sich um fettspaltende Fermente, um Lipasen.

Versuche, auch bei anderen säurefesten Bakterien, zumal bei den Tuberkelbazillen, eine dem Nastin analoge Fettsubstanz darzustellen, haben Verff. angestellt, sind aber noch zu keinen definitiven Resultaten gekommen. Immerhin erscheint es höchst wahrscheinlich, dass auch die Tuberkelbazillen feste Neutralfette in sich schliessen, obwohl deren Isolierung als solche, d. h. unverseift, sowie ihre Trennung von verseifbaren Fettalkoholen noch nicht gelungen ist. Nastininjektionen bei Tuberkulösen führten zu einer deutlichen Reaktion und liessen auch an den Bazillen des Sputums deutliche bakteriolytische und phagocytische Prozesse erkennen; eine objektive Besserung des Krankenbildes war aber nur selten zu beobachten; eher war die Wirkung der Injektionen eine schädliche. Das erklärt sich aus der Pathogenese der Tuberkulose. Im Gegensatz zur Lepra werden bei dieser durch die Bakteriolyse ganz exquisit toxische Produkte des Bazillenleibes frei, welche ihrerseits die Reaktionsfähigkeit des kranken Körpers beeinflussen, eine etwa beginnende Immunisierung im Keime ersticken und event. sogar durch Paralisierung der noch vorhandenen Schutzkräfte des Organismus das Weiterumsichgreifen des tuberkulösen Prozesses begünstigen. Die Frage, ob Nastin sich eignet, gesunde Menschen gegen Tuberkuloseinfektion zu schützen, verdient eine eingehende Prüfung, da Meerschweinchen und Kaninchen mit wenigen Nastininjektionen gegen grosse Mengen lebender virulenter Tuberkelbazillen zu immunisieren sind, und da Nastin für gesunde Tiere und Menschen absolut indifferent ist.

Der Gang der immunisierenden Nastin-Leprabehandlung ist folgender. Das Nastin wird in sterilisiertem Olivenöl gelöst. Von einer 1%igen Nastinlösung, die bei geeigneter Behandlung fast unbeschränkt haltbar scheint, wird zunächst eine halbe Pravazspritze (= 0,005) gegeben, nach einer Woche die gleiche Dosis und so fort, bis man nach einiger Zeit bei glattem Verlauf zu ganzen Spritzen (= 0,01) alle fünf bis sechs Tage übergehen kann. Stärkere Allgemeinreaktionen sollen nach Möglichkeit vermieden werden. Ernstliche Reaktionserscheinungen an den leprösen Stellen (einfache breiige Erweichung, oedematöse Schwellung und Durchtränkung, richtige aseptische Eiterung, typische Nekrose) soll man ablaufen lassen, bevor man die Injektionen wieder aufnimmt.

Das, was sich mit der neuen Nastinbehandlung bei der Lepra erreichen lässt, fassen Verff. dahin zusammen, dass schwerste Leprafälle, zumal mit Komplikationen innerer Organe, nicht zu beeinflussen sind, solche sind unrettbar verloren; schwere Fälle werden sich wesentlich nur selten bessern lassen, dagegen gelingt es, bei vorsichtiger Dosierung des Mittels ein Schlimmerwerden des Krankheitsprozesses wenigstens aufzuhalten oder ganz zu verhindern; bei mittelschwereren und leichten Fällen ist der lepröse Prozess fast immer zum Stillstand zu bringen; im allgemeinen wird man auch ein mehr oder weniger bedeutendes Zurückgehen der leprösen Symptome erzielen können, in einzelnen Fällen lässt sich ein scheinbar völliges Verschwinden der äusserlich sichtbaren leprösen Produkte, sowie der spezifischen Erreger erzielen.

2. Katzenstein, Berlin: **Ueber die Aenderung des Magenchemismus nach der Gastroenterostomie und den Einfluss dieser Operation auf das Ulcus und Carcinoma ventriculi.**

(Nicht abgeschlossen.)



3. Kutner, Breslau: **Ueber das Verhalten einiger Reflexe im Schlaf.**

Verf. hat diesbezügliche Untersuchungen bei einer grösseren Zahl von Geisteskranken vorgenommen. Die Zahl des zur Verfügung stehenden Materials wurde durch die bei solchen Versuchen an Kranken unbedingt gebotene Rücksicht und die bezüglich der Ergebnisse notwendigen Cautelen erheblich verringert. Was die Sehnenreflexe betrifft, so konnte der Patellarreflex immer, der Achillessehnenreflex meist ausgelöst werden, wonach eine Skepsis gegenüber anderweitigen Angaben, dass im Schlafe die Sehnenreflexe durchgehend herabgesetzt sein sollen, berechtigt erscheint. Die Prüfung der von der Fussohle auslösbaren Hautreflexe zeigte bezüglich der Bewegungen der Zehen dieselbe Inkonstanz (vorwiegend Beugung, aber auch Streckung, Ab- und Adduktion) wie im Wachen. Eine Ausnahme bildet das Verhalten des Grosszehenreflexes (Babinski). Hier ergab sich eine Differenz des Verhaltens im Schlaf zwischen der progressiven Paralyse und dem Delirium tremens einerseits und den übrigen Psychosen auf der andern Seite. Bei den ersten fand sich in über der Hälfte, bezw. in über zwei Drittel der Fälle im Schlaf ein positiver Babinski, bei den letzten durchweg negativer. Erwägt man, dass das Babinskische Phänomen im Wachzustande im allgemeinen ein sicheres Zeichen einer Affektion der motorischen Projektionsbahnen ist, so liegt die Vermutung nahe, auch dem Auftreten im Schlafe bei Geistesstörungen, die bekanntermaßen sehr häufig mit leichten Störungen der motorischen Projektionsbahnen einhergehen, eine ähnliche Bedeutung zuzuschreiben. Folgt man der herrschenden Anschauung, die in dem Zehenbeugereflex einen cerebralen, in dem Streckreflex den ursprünglichen, spinalen Hautreflex sieht, der bei Erwachsenen dann auftritt, wenn der corticofugale Reflexabschnitt, also die Pyramidenbahn in ihrem Leitungsvermögen gestört ist, so würde das geschilderte Verhalten bedeuten, dass diese Störung so gering ist, dass sie im Wachzustande wohl dem vom Hirn kommenden Reiz den Durchtritt gestattet, nicht aber, wenn er im Schlaf oder ähnlichen Bewusstseinszuständen an Intensität eingebüsst hat.

4. Leschtschinski, Kiew: **Ueber einen Fall von Ansammlung von chylöser Flüssigkeit in der Bauch- und Brusthöhle.**

Bei einem Patienten, der wegen Ascites das Krankenhaus aufsuchte, wurden bei wiederholten Punktionen aus Bauch- und Pleurahöhle grosse Mengen milchiger, chylöser Flüssigkeit entleert; deren genaue chemische Untersuchung und Analyse wird eingehend dargelegt. Die klinische Annahme, dass es sich um eine maligne Neubildung in der Tiefe der Bauchhöhle nahe der Wirbelsäule handelt, fand eine Bestätigung durch die Autopsie; dabei fand sich ein Carcinom im Pankreas mit Metastasenbildungen in den transperitonealen und mediastinalen Drüsen; durch diese war am Ductus thoracicus stellenweise eine Verengerung, stellenweise eine Erweiterung bewirkt und eine eigenartige, mit milchähnlicher Flüssigkeit gefüllte, cystenartige Erweiterung im Truncus lymphaticus lumbalis. Trotzdem eine Continuitätstrennung der Lymphgefässe nicht nachweisbar war, dürften doch diese Veränderungen der Wandungen der Lymphgefässe genügen, um ein Austreten von Chylus aus denselben in Brust- und Bauchhöhle zu erklären.

5. Stuhl, Giessen: **Zur Behandlung der intra partum entstandenen Humerusfrakturen.**

An der Hand eines einschlägigen Falles wird gezeigt, dass die beste Behandlungsmethode bei diesen Verletzungen die permanente Extension durch Heftpflasterverband ist; dies Verfahren ermöglicht ständige Kontrolle und verhindert die Dislocatio ad longitudinem so gut wie ganz; wegen der technischen Einfachheit ist es allen anderen vorzuziehen.

6. Fiedler, Fulda: **Zur Therapie der grossen Nabelschnurbrüche.**

Ein mit Erfolg operierter Fall wird mitgeteilt und die Forderung erhoben, dass bei dem heutigen Stande der Chirurgie bei grossen Nabelschnurhernien radikal, so früh als möglich, eingegriffen werden soll, da sonst derartige missbildete Kinder der unausbleiblichen Peritonitis zum Opfer fallen. Die günstigen Resultate solcher Operationen in den letzten Jahrzehnten haben die Ansicht widerlegt, dass Kinder mit grossen Nabelschnurhernien nicht lebensfähig seien.

7. Gross, Liegnitz: **Elastische Thermokopfkappe und Thermostirnbinde.**

Die Vorrichtung besteht darin, dass in einer elastischen Gummikappe resp. in einer breiten elastischen Binde in den Wandungen in voneinander getrennten Abteilungen Thermophormasse untergebracht ist. Die Anwendung geschieht in der Weise, dass ein nasses Handtuch um den Kopf gelegt und die heisse Kappe darübergestülpt, resp. die heisse Binde darüber umgelegt wird; dadurch wird eine Kompression ausgeübt und dauernd Wärme zugeführt. Das Verfahren soll die Hirnanaemie bekämpfen, die bei Entstehung der Migräne, des Seeschwindels, der einfachen Ohnmacht etc. eine wichtige Rolle spielt.

8. Buschke, Berlin: **Ueber die Fürsorge für geschlechtskranke und hereditär syphilitische Kinder.** (Schluss aus Nr. 2.)

B. zeigt, dass prinzipiell der Aufnahme geschlechtskranker Frauen nichts im Wege steht, und fordert, dass die prinzipielle Abweisung geschlechtskranker Schwangerer von den Entbindungsanstalten aufgegeben wird; einer geburtshilflichen Abteilung soll, ebenso wie sie einen septischen Pavillon hat, eine Station, mit Trennung untereinander von gonorrhoisch und syphilitisch erkrankten Frauen, angegliedert werden. Die Versorgung hereditär syphilitischer Kinder befürwortet er in der Weise, das sie einem Heim überwiesen werden, das einer Kinderklinik mit einem dermatologischen Konsiliarius angegliedert wird.

Vermischtes.

Berlin. Einladungs-Rundschreiben zum sechsunddreissigsten Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1907. Der sechsunddreissigste Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet vom 3. bis 6. April 1907 in Berlin im Langenbeckhause statt. Von einem Begrüssungs-Abend ist wegen geringer Beteiligung in den Vorjahren Abstand genommen. Die Herren Mitglieder können im Bureau des Herrn Melzer (Berlin N., Langenbeckhaus, Ziegelstrasse 10/11) am Dienstag, den 2. April, nachmittags von 4—9 Uhr, sowie Mittwoch, den 3. April, vormittags von 8—10 Uhr, die gedruckte Tagesordnung, sowie die Mitgliedskarten gegen Erlegung des Jahresbeitrages in Empfang nehmen. Die Mitgliedskarten müssen beim Betreten des Sitzungssaales vorgezeigt werden; es liegt im Interesse der Herren Kollegen, sich rechtzeitig damit zu versehen, da am Morgen vor der Sitzung der Andrang ein sehr grosser zu sein pflegt. Gegen Einsendung des Jahresbeitrages pro 1907 an Herrn Melzer bis zum 20. März werden Mitgliedskarten von diesem per Post zugesandt. Die Mitglieder des Ausschusses werden zu einer am Dienstag, den 2. April, Vormittags 10½ Uhr, im Langenbeckhause abzuhaltenden Sitzung noch besonders eingeladen werden. Die Eröffnung des Kongresses erfolgt am Mittwoch, den 3. April, vormittags 10 Uhr, im Langenbeckhause. Während der Dauer des Kongresses werden daselbst Morgensitzungen von 9 - 12½ Uhr und Nachmittagssitzungen von 2—4 Uhr abgehalten werden. Die Vormittagssitzung am Mittwoch, den 3. April, sowie die Nachmittagssitzung am Freitag, den 5. April, sind zugleich Sitzungen der Generalversammlung. In der ersteren findet nach § 16 der Statuten die Berichterstattung statt über die Tätigkeit der Gesellschaft im abgelaufenen Geschäftsjahre, über die Finanzlage der Gesellschaft, sowie die Neuwahl bezw. Ergänzung des Ausschusses. In der zweiten Generalversammlung am Freitag, den 5. April, nachmittags 2—4 Uhr, erfolgt die Wahl des ersten Vorsitzenden für 1908, ferner wird der Herr Kassenführer den ausführlichen Finanzbericht erstatten und darnach die Entlastung beantragt werden. Die in den Vorjahren bewährte neue Geschäftsordnung wird auch auf dem diesjährigen Kongresse zur Anwendung kommen. Bei der grossen Zahl unserer Mitglieder ist es notwendig, eine gewisse Beschränkung des Materials eintreten zu lassen, damit eine der Hauptaufgaben unserer Vereinigung, der freie Meinungsaustausch über wichtige Fragen, nicht zu kurz kommt. Die Herren Mitglieder werden ersucht, diesem Gesichtspunkte Rechnung zu tragen und sich genau an die festgesetzten Bestimmungen zu halten, welche unten folgen. Die Ankündigungen von Vorträgen und Demonstrationen bitte ich bis zum 3. März an meine Adresse gelangen zu lassen mit einer kurzen



Inhaltsangabe (§ 2 G.-O.) und der genauen Bezeichnung, ob Vortrag oder Demonstration beabsichtigt wird (§ 5 G.-O.). Später einlaufende Ankündigungen können nur nach Maßgabe der noch verfügbaren Zeit auf die Tagesordnung gesetzt werden. Von auswärts kommende Kranke können in der Kgl. chir. Univers.-Klinik (Berlin N., Ziegelstrasse 5—9) Aufnahme finden. Präparate, Apparate und Instrumente etc. sind mit Angabe ihrer Bestimmung an Herrn Melzer (Berlin N., Langenbeckhaus, Ziegelstrasse 10/11) zu senden. Derselbe ist auch ermächtigt, Beiträge zum Besten des Langenbeckhauses, Zuwendungen für die Bibliothek, sowie die Jahresbeiträge der Mitglieder entgegenzunehmen (s. oben). Zur Vermeidung von Irrtümern wird um Aufbewahrung der Quittungen ersucht. Eine Ausstellung von Instrumenten, Apparaten und Gebrauchsgegenständen zur Krankenpflege ist nach Maßgabe des verfügbaren Raumes und der erfolgenden Anmeldungen in Aussicht genommen (Anmeldungen an die Hauskommission des Langenbeckhauses zu Händen des Herrn Melzer). Ein Demonstrations-Abend für Röntgenbilder ist in Aussicht genommen. Das gemeinsame Mittagsmahl wird am Donnerstag, den 4. April, nachmittags 5½ Uhr, im Savoy-Hôtel (Friedrichstr. 103) stattfinden. Für die Teilnehmer wird ein Bogen zur Einzeichnung bei Herrn Melzer am Dienstag, den 2. April, und Mittwoch, den 3. April, ausliegen. Anmeldungen zur Aufnahme neuer Mitglieder bitte ich an den I. Schriftführer Herrn Körte (Berlin W. 62, Kurfürsten-Str. 114) einzusenden. Die Anmeldung muss die genaue Adresse des Vorgeschlagenen (Name, Titel, Wohnort) enthalten und muss mit der eigenhändigen Unterschrift von drei Mitgliedern der Gesellschaft versehen sein. Formulare zu diesem Zweck können von Herrn Melzer bezogen werden. Die Aufnahme neuer Mitglieder findet in der Ausschuss-Sitzung am Dienstag, den 2. April vormittags, sowie während der Kongresstage nach Bedürfnis statt. Die am Dienstag aufgenommenen neuen Mitglieder können ihre Mitgliedskarten am Dienstag, nachmittags von 4 – 9 Uhr, oder am Mittwoch, vormittags von 8 Uhr an, bei Herrn Melzer gegen Erlegung des Jahresbeitrages in Empfang nehmen. Es sind zur Besprechung auf dem diesjährigen Kongresse folgende Themata vorgemerkt: 1. Die Chirurgie des Herzens resp. des Herzbeutels (Herr Rehn). 2. Die operative Behandlung der Lungenkrankheiten (Herr Friedrich). 3. Die Exstirpation der Prostata (Herr Kümmell). 4. Oberschenkelbrüche besonders am oberen und unteren Dritteile (die Herren Bardenheuer und König). Es wird etwa 14 Tage vor dem Kongress eine Uebersicht über die bis dahin eingelaufenen Ankündigungen von Vorträgen versandt werden. Die Bestimmungen der Geschäfts-Ordnung, sowie die über die Herausgabe der Verhandlungen sind zur gefälligen Einsicht beigefügt.

Jena, 20. Januar 1907.

B. Riedel, Vorsitzender für das Jahr 1907.

Geschäfts-Ordnung nach Beschluss des Ausschusses vom 5. Januar 1905. § 1. Der Vorsitzende setzt die Tagesordnung fest und bestimmt die Zahl und Reihenfolge der Vorträge und Demonstrationen. § 2. Die Themata der anzumeldenden Vorträge und Demonstrationen sind dem Vorsitzenden mit kurzer (leserlicher) Inhaltsangabe bis 6 Wochen vor dem Kongress einzureichen. § 3. Der Vorsitzende stellt in der Regel nicht mehr als siebzig Vorträge und Demonstrationon auf die Tagesordnung. Ein Ueberschreiten dieser Zahl ist seinem Ermessen anheimgestellt. § 4. Vorträge, deren Inhalt bereits veröffentlicht ist, können nur in Form eines knappen Auszuges oder einer kurzen Demonstration zugelassen werden. § 5. Die Vorträge dürfen bis zu 15 Minuten, die Demonstrationen bis zu 5 Minuten dauern. Der Vorsitzende hat das Recht, die Zeit um höchstens 10 Minuten zu verlängern. § 6. Die Vorträge werden frei gehalten. Der Vorsitzende kann auf vorherigen Antrag des Vortragenden Ausnahmen von dieser Regel zulassen. § 7. Die Reden in der Diskussion dürfen 5 Minuten, oder auf Zulassung des Vorsitzenden einige Minuten länger dauern.

Berlin. Im Kaiserin Friedrich-Hause wird fortan eine ärztliche Auskunftei ins Leben treten. Die Einrichtung ist dazu bestimmt, insbesondere den fremden Aerzten behilflich zu sein, die zu Studienzwecken nach Berlin kommen. Es soll hier Auskunft erteilt werden über sämtliche unentgeltliche und honorierte Kurse, die jeweilig in Berlin stattfinden; ferner über alle ärztlichen Einrichtungen, Krankenhäuser, Sammlungen usw. hinsichtlich der Zeit und der Voraussetzungen ihrer Besichtigung; endlich über die Möglichkeit der Teilnahme an klinischen Vorlesungen, Vortragsabenden der ärztlichen Gesellschaften, sowie an Operationen in Kliniken und Krankenhäusern. Alle Auskünfte werden unentgeltlich erteilt. Die Auskunftei beginnt ihre Tätigkeit am 25. Februar; sie wird den zahlreichen Aerzten, die zur Besichtigung der bemerkenswerten Einrichtungen und Ausstellungen das Kaiserin Friedrich-Haus aufsuchen, die willkommene Gelegenheit bieten, sich über alle Fragen des ärztlichen Berlins mühelos zu informieren.

Berlin. XIV. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie in Berlin 1907. Am 28. Januar trat das Oesterreichische National-Komitee zur konstituierenden Sitzung zusammen. Derselben wohnten die Delegierten der Ministerien und Zentralstellen, sowie zahlreiche hervorragende Vertreter der Wissenschaft bei. Zu Präsidenten wurde Dr. Ritter von Juraschek, Präsident der k. k. Statistischen Zentral-Kommission in Wien, und Universitätsprofessor Hofrat Dr. Ernst Ludwig, Vorsitzender-Stellvertreter des k. k. Obersten Sanitätsrates, gewählt. Den Gegenstand der weiteren Beratung bildete die Beteiligung Oesterreichs an dem Kongresse, wobei das Hauptaugenmerk auf eine zahlreiche Vertretung der österreichischen wissenschaftlichen Kreise gerichtet wurde. Nach den bisher eingelangten Erklärungen haben folgende Herren Referate übernommen: Obersanitätsrat Dr. v. Britto, Dr. Leo Burgerstein, Universitätsprofessor Dr. Epstein, Dr. Graßberger, Stabsarzt Dr. Hladik, Baudirektor Hofer, Universitätsprofessor Dr. Ferdinand Hüppe (Ueber die Bedürfnisse der Nahrungsmittelgesetzgebung), Dr. Jelinek, Sektionschef Dr. Franz R. von Juraschek, Universitätsprofessor Dr. Rudolf Kraus, Dr. Carl Landsteiner, Regierungsrat Rudolf Maresch, Universitätsprofessor Dr. Hans Horst Meyer, Universitätsprofessor Dr. Richard Paltauf (Ueber neuere Immunisierungsverfahren), Universitätsprofessor Dr. Praußnitz, Hofrat Universitätsprofessor Dr. v. Schroetter (Aetiologie der Tuberkulose), Dr. Silberstern, Dr. Ludwig Teleky, Schiffsbauoberingenieur Heinrich Wagner, Hofrat Dr. A. Weichselbaum. Die Uebernahme noch einer Anzahl weiterer Referate steht in Aussicht. Es ist daher sicher zu erwarten, daß die Vertretung Oesterreichs der Bedeutung und dem Fortschritte der hygienischen Wissenschaft in diesem Staate voll entsprechen werde.

Berlin. Durch Beschluß des Bundesrats wird den Abiturienten der Oberrealschulen vom 1. März ab die Berechtigung zum Studium der Medicin erteilt.

Düsseldorf. Eine Konferenz zur Beratung über Bekämpfung der Kindersterblichkeit wurde vom Oberpräsidenten der Rheinprovinz auf den 6. d. M. einberufen.

Hochschulnachrichten.

Bonn. Dr. Stursberg hat sich für Innere Medicin habilitiert.

Göttingen. Priv.-Doz. Dr. Weber hat den Professortitel erhalten.

Königsberg. Stabsarzt Dr. Voss, Priv.-Doz. für Ohrenheilkunde, hat den Titel Professor erhalten.

Würzburg. Dr. Overton ist zum Professor für Pharmakologie in Lund einstimmig vorgeschlagen.

Graz. Dr. Hofmann hat sich für Chirurgie habilitiert.

Patentnachrichten.

Anmeldungen.

179646. Verfahren zur Herstellung eines Phosphoreisenpräparates. Ferro-Phosphat-Gesellschaft Emilio Schramm & Co., Hamburg.

179672. Verfahren zur Herstellung einer Teerseife. Kessler & Co., Berlin.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Der Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.



Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P. Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 4. März 1907. Nr. 9.

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Was muss der Arzt von Nasen- und Hals-Krankheiten wissen?

Von Dr. **Maximilian Bresgen** in Wiesbaden.

(Fortsetzung.)

Nach dem Vorgeschickten erübrigt es sich, auf einzelnes noch näher einzugehen. Es kann aber nicht scharf genug betont werden, dass es nun endlich hohe Zeit ist, dass ein so lebenswichtiger Atmungsweg, wie es der Nasenluftweg ist, nicht ferner als etwas angesehen wird, das keiner besonderen Aufmerksamkeit bedürfe. Es erscheint mir geradezu als unerhört, dass heutzutage, nachdem von so vielen Seiten in einwandfreier Weise die hohe Bedeutung eines vollkommen freien Nasenluftweges für das Wohlbefinden und für die Verhütung so mancher schweren Erkrankung dargetan worden ist, nachdem jeder Arzt wissen muss, dass Mundatmung schädlich und durch Erkrankung des Nasenluftweges bedingt ist, nach alledem ist es unerhört, dass in weiten Kreisen der Aerzte den Erkrankungen der Nase immer noch nicht die ihnen zukommende Aufmerksamkeit gewidmet wird. Wenn über die Vielgeschäftigkeit mancher „Spezialärzte" bewegte Klage geführt wird, so ist daran in nicht geringem Grade die Achtlosigkeit vieler Aerzte gegenüber den Nasenerkrankungen schuld; denn gerade dieses Verhalten treibt so viele Kranken hinter dem Rücken der Hausärzte in die Hände oft zweifelhafter Nasenärzte, die als sogenannte Sechswochen-Spezialisten es nicht nötig zu haben glauben, andere als ärztliche Handfertigkeit zu betätigen.

Worauf ist nun zu achten bei der Untersuchung des Nasenluftweges? Ich setze voraus, daß die Vorgeschichte und der Gesundheitszustand im Allgemeinen festgestellt ist. Die ärztliche Untersuchung eines Nasenkranken beginnt man am besten mit der Untersuchung der Mund- und Rachenhöhle; für die erstere bedient man sich am besten des bekannten schmalen Pflasterspatels, achtet auf die Beschaffenheit und Stellung der Zähne, auf die Beschaffenheit des Gaumengewölbes, auf das Aussehen des Zahnfleisches und der Zunge und nicht zuletzt auch auf das der Lippen; nötigenfalls ist eine stumpfe Sonde zu Hilfe zu nehmen. Kann man auch die Mund- und Rachenhöhle bei gutem Tageslichte, besonders unter Anwendung eines Reflektors, für gewöhnlich genügend genau untersuchen, so empfiehlt sich doch der Zuverlässigkeit wegen eine gute künstliche Lichtquelle, die für die Nasenhöhle, den Nasenrachenraum und den Kehlkopf durchaus notwendig ist, während eine Untersuchung des Ohres recht häufig bei gewöhnlichem Tageslichte unter Benutzung eines Reflektors gelingt.

Zur Untersuchung der Rachenhöhle bedarf man in der Regel eines Zungenspatels, der die Zunge am Hinaufsteigen zu verhindern hat. Manche Kranken vermögen die Zunge so ruhig auf dem Mundboden liegen zu lassen, dass man keines Spatels bedarf. Zu jeder Untersuchung der Rachenhöhle ist es unerlässlich, dass der Kranke von vornherein, bevor noch der Spatel in die Mundhöhle gebracht wird, durch den Mund ruhig ein- und ausatmet, also weder den Atem anhält, noch durch die Nase atmet. Man bedient sich am besten eines Spatels, der wagerecht in einen senkrecht zu haltenden Griff eingeschraubt wird, so dass man also die für den jedesmaligen Fall geeignete Plattengrösse wählen kann. Mit einem solchen Instrumente findet man mit dem Zeigefinger einen Halt an dem unteren Rande des Unterkiefers, wodurch man am leichtesten im Stande ist, den Spatel ruhig zu halten. Es ist nicht nur dies nötig, sondern auch dass man auf die Zunge keinen starken Druck und diesen nur nach dem Zungengrunde hin ausübt. Jede unruhige Haltung des Zungenspatels führt leicht zu Würgbewegungen, sowie auch stets Schmerz ausgelöst wird, sobald der Spatel gegen das Zahnfleisch drückt. Ist also der Zungenspatel richtig in die Mundhöhle eingeführt und atmet der Kranke ruhig ein und aus durch den Mund, so kann man in Ruhe die einzelnen Teile der Rachenenge, das Gaumensegel, das Zäpfchen, die beiden Gaumenmandeln, die Gaumenbögen, die Zungengaumenfalten und die hintere Rachenwand betrachten. Um den Nasenrachenraum zu besichtigen, bedarf es der Einführung eines kleinen Spiegels in die hintere Rachenwand, um bei herabhängendem Gaumensegel auf der nach vorne oben gerichteten Spiegelfläche alle Teile der erstgenannten sowie der Hinternase unter allmählicher Drehung des Spiegels nacheinander im Bilde erscheinen zu sehen. Diese Untersuchung erfordert jedoch schon eine ziemlich grosse Uebung. Die Spiegeluntersuchung des Nasenrachenraumes bedarf aber in der Regel noch zur Ergänzung einer Fingeruntersuchung, um etwaige Wucherungen der sogenannten Rachenmandel auf die Grösse und sonstige Beschaffenheit zutreffend beurteilen zu können. Sie gibt auch schon allein genügenden Aufschluss über die genannte Erkrankung. Die Ausführung ist leicht, muss aber recht zart und ohne jede Gewalt erfolgen. Das letztere gelingt natürlich nur, wenn man mit den kleinen Kranken auf utem Fusse steht; das ist überhaupt stets zu erstreben, bevor man zur örtlichen Untersuchung und Behandlung schreitet. Denn bei ruhigem Verhalten der Kranken empfinden diese in den meisten Fällen keine Beschwerde, geschweige Schmerz. Man muss also zunächst stets das Vertrauen der Kinder zu gewinnen suchen, was allerdings oft ziemlich viel Zeit kostet; meist ist es nötig, in unauffälliger Weise die Angehörigen aus dem Zimmer zu entfernen, da diese mit ihren meist unangebrachten Ermahnungen die Ruhe des Kindes nicht fördern, meist sogar deren Verdacht auf Schmerzbereitung wach rufen. Einem ruhigen Kranken kann man auch leicht den weichen Gaumen mit einer 20%igen Alypinlösung bestreichen und dann die

Fingeruntersuchung vornehmen. Man stellt sich dann am besten links neben das Kind, das durch den Mund atmen muss und geht mit dem leicht gekrümmten, vor den Augen des Kranken oder Angehörigen vorher gewaschenen Zeigefinger der linken Hand rasch durch den geöffneten Mund an die hintere Rachenwand und sofort hinter das Gaumensegel hinauf, wo man rasch die ganze Höhle abtastet und dann schnell aus der Mundhöhle den Finger zurückzieht. Das kann so rasch geschehen, dass der Kranke kaum Zeit findet einen Schmerz zu empfinden. Geschicklichkeit und Uebung verlangt allerdings diese Untersuchung, und sie gelingt mit diesen meist nur dann, wenn sie ohne Gewaltanwendung vorgenommen werden kann.

Bevor eine solche Untersuchung stattfindet, muss noch der Kehlkopf mittels Spiegel betrachtet werden, ebenso wie auch darnach noch die Gaumenmandeln, erforderlichenfalls mit der Sonde auf Taschen usw. zu untersuchen sind. Gleichzeitig mit der Kehlkopf-Spiegelung besichtigt man auch den ganzen Zungengrund und nimmt erforderlichenfalls noch eine Sonde zur Hilfe. Zu jeder Untersuchung des Nasenluftweges gehört aber auch eine solche der Ohren; ich pflege sie gewöhnlich nachher vorzunehmen. Selbstverständlich ist, dass man alle aussen zugängigen Teile auch abtastet und mit einander vergleicht, auf Form und Gestalt achtet und Drüsenschwellungen usw. nicht übersieht.

Die Untersuchung des eigentlichen Nasenluftweges, also der inneren Nase, erfordert eine nicht geringe anatomische und physiologische Kenntnis, ist also für den Nicht-Nasenarzt eine recht schwierige Sache, wenn er auch die Benutzung der künstlichen Lichtquelle beherrscht. Dennoch kann auch er bei Kenntnis einiger wichtiger Umstände wertvolle Aufschlüsse über die Beschaffenheit des Naseninnern erlangen. Ich will zunächst das besprechen, was ohne Nasenspiegelung mit Nutzen verwertet werden kann*).

Wenn der Kranke gerade mit keiner frischen Entzündung der Nase und des Halses behaftet ist, so lässt sich die Durchgängigkeit des Nasenluftweges sowohl in der Nase wie auch im Nasenrachen im allgemeinen durch ein sehr einfaches Verfahren leidlich genau feststellen. Es muss nur noch hinzugefügt werden, dass bei dem eigentümlichen Bau des Schwellgewebes der Nasenschleimhaut nicht leicht eine einzige derartige Untersuchung ein richtiges Bild gibt, was ja überhaupt auch von der Spiegeluntersuchung des Naseninnern gilt. Hält man also dem Kranken nach einander die Nasenlöcher leicht zu, ohne so viel Druck auszuüben, dass dadurch das andere Nasenloch verlegt wird, und lässt den Kranken dann durch das offene Nasenloch ruhig ein- und ausatmen, so vernimmt man an dem Atmungsgeräusch mit Leichtigkeit, ob der Luftweg von vorne oder von hinten, ob er rechts oder links und wie sehr beengt ist. Wird diese Untersuchung zu verschiedenen Tageszeiten und an verschiedenen Tagen vorgenommen, so gewinnt man an den sich ergebenden Unterschieden sehr bald ein ziemlich zutreffendes Bild über die Verschwellung des Nasenluftweges. Der Arzt, ja sogar der Laie, vermag also auch ohne instrumentelle Untersucnung sich einige Klarheit über die Wegsamkeit des Nasenluftweges zu verschaffen. Ein zutreffendes Urteil kann man natürlich erst gewinnen, wenn die Nase mit allen Mitteln unserer heutigen Kunstfertigkeit untersucht wird. So schwer dies auch im ganzen ist, so kann doch auch der Nicht-Nasenarzt gar manches davon sich aneignen. Ich kann nur empfehlen, die in meiner soeben erst angeführten Schrift (Die hauptsächlichen kindlichen Erkrankungen der Nasenhöhlen usw.) angegebenen Untersuchungsweisen, wie sie gerade auch für Nicht-Nasenärzte von mir beschrieben worden sind, zu befolgen und zu üben; die anfänglichen Schwierigkeiten werden sich rasch vermindern. Hat sich der Arzt so eine gewisse nicht unbedeutende Geschicklichkeit in der Nasenuntersuchung erworben, so vermag er auch wohl in einem ganz besonderen, nicht gerade seltenen Falle manchmal rasche Hilfe zu bringen. Ich meine die frisch in die Nase (von Kindern) gesteckten Fremdkörper. Wohl weiss ich, dass nichts gefährlicher ist, als wenn ein Unberufener Fremdkörper aus der Nase zu entfernen sucht; besonders ist es strengstens zu vermeiden, mit Instrumenten daran sich zu schaffen zu machen. Wer aber im Stande ist, die Nase in richtiger Weise zu besichtigen, kann auch an die verschwollene Stelle, die sich in der Regel um den Fremdkörper befindet, in der von mir angegebenen Weise einen Tropfen einer 20 %igen Lösung von Novokain und Suprarenin bringen und den Kopf alsdann für wenige Minuten leicht nach rückwärts geneigt halten lassen. Veranlasst man dann den Kranken, nachdem man die freie Nasenseite geschlossen hat, in vorsichtiger Weise durch die andere die Luft bei vorgeneigtem Kopfe auszublasen, so erfolgt in den meisten Fällen die Ausstossung des Fremdkörpers, vorausgesetzt, dass er erst frisch in die Nase gelangte und keine anderen Entfernungsversuche gemacht waren. Bei ängstlichen Kindern empfiehlt es sich, von der genannten Lösung einen Tropfen in das zutreffende Nasenloch fallen zu lassen, nachdem man das Kind

*) Ich verweise besonders auf meine Schriften: Die hauptsächlichen kindlichen Erkrankungen der Nasenhöhlen, der Rachenhöhle und der Ohren sowie ihre Bedeutung für Schule und Gesundheit nebst grundsätzlichen Erörterungen über Untersuchung und Behandlung solcher Kranken. Halle 1904. S. 46 ff. — Aerztliche Fortbildungs-Vorlesungen. Halle 1903. S. 34 f.

Feuilleton.

Eine Reise auf der „Amerika“ nach Amerika.

Von Dr. **Clemm**-Darmstadt.

(Schluss.)

Wir hatten unterwegs ein kurioses Ding halbhoch zwischen zwei Masten aufgehängt: Ein schwarzer zylindrischer Gegenstand hing da hässlich und zunächst unbegriffenen Zweckes: Die Fahrrinne war nicht überall gleich tief, und unser Koloss beanspruchte die tiefste Stelle derselben, jenes Zeichen lautet für den Entgegenkommenden: „Ueber 25 Fuss Tiefgang, also ausgewichen, Du Knirps!“ Denn die Fahrtvorschriften verlangen von dem Einfahrenden stets das Ausweichen nach bestimmter Seite hin; wir mussten manchmal in dieser so befahrenen Strasse diese Vorschrift vernachlässigen und durch jenes Zeichen die entgegenkommenden Schiffe nach der uns eigentlich zustehenden Seite drängen. — Welche Masse Schiffe! Man begreift es nicht, wie man bei Nebel und völliger Unsichtigkeit durch dies Getümmel ohne Unfall hat durchfinden können: Dort hält ein Franzose gerade auf uns zu, um den Ozeankönig sich in der Nähe zu beschauen; der höfliche Franke senkt die Heckflagge zum Gruss, den wir erwidern durch Niedergehen unserer Flagge. Dort grüsst ein Holländer, mit Begeisterung ein Deutscher, drei, vier vorüberkommende Engländer jedoch kennen keine Höflichkeit: Die Hände in den Hosensäcken, die Pfeife im Mund, so bummelt der Angle grusslos vorbei und so fährt auch sein Schiff feindselig am Rivalen vorüber; kuriose Burschen! Doch sollen die Europa verlassenden Schiffe, die also weit reisenden, jetzt alle einander grüssen. Wahrlich ein netter und sehr natürlicher Brauch!

Jetzt passieren wir Helgolands starren, schönen und, ach so teuren, roten Fels; hoch ragt sein Leuchtturm auf dem „Oberland“ empor, das „Unterland“ schmiegt sich, prächtig bebaut als vornehmster Badeort daran an; langsam versinken seine Umrisse und die Elbmündung mit ihren weissen Halligen und Watten taucht auf. Dort blitzt die Sonne auf Panzertürmen der Strandbatterien, andere Werke liegen weiter zurück, doch die mächtigste Schutzwehr sollen die Mörserbatterien weiter drinnen im Lande abgeben, unsichtbar dem nahenden Feinde und im verderblichen Bogenschuss von oben her dem Schiffe Vernichtung bringend, unabhängig von der schweren Seitenpanzerung der Schlachtschiffe, die dem Horizon-



auf den Rücken gelegt und die Lösung durch Halten der Flasche in der einen Hand leicht erwärmt hat; ein kalter Tropfen verursacht leicht Unruhe des Kranken. Nachher verfährt man wie soeben angegeben, doch ist der Erfolg nicht so sicher, wie wenn die Lösung unmittelbar an die verschwollene Schleimhaut gebracht wurde.

Was muss nun der Arzt von der Behandlung der Halserkrankungen wissen? Im Gegensatze zu dem soeben Erörterten muss gesagt werden, dass er von Fremdkörpern im Halse die Finger lassen soll; das ist lediglich Sache eines Halsarztes. Dagegen kann er sich in der ungeheuer grossen Menge von einfachen und auch anderen Entzündungen des Halses ausserordentlich segensreich betätigen. Immer aber muss er sich gegenwärtig halten, wie ich ja schon weiter oben darzulegen mich bemühte, dass Erkrankungen des Halses im allgemeinen nur bei Mundatmern, ausschliesslich sogar, wenn sie sich immer wiederholen, vorkommen. Muss also auch im Augenblicke seine Tätigkeit auf Beseitigung der gerade vorhandenen Beschwerden sich richten, so darf er doch nicht unterlassen, darauf hinzuwirken, dass die eigentliche Ursache der immer wiederkehrenden Erkrankungen, die Mundatmung, endgültig ausgeschaltet wird. Diese vorbeugende Tätigkeit hat er aber auch noch in anderer Weise zu üben. Wie jeder Mensch wissen muss, dass er seine Mundhöhle regelmäßig der Wirkung der Zahnbürste und eines guten Mundwassers unterwerfen muss, so sollte er auch mindestens dreimal täglich einige wenige Tiefgurgelungen mit schwachem Salzwasser (etwa 1%ig: 1 Teelöffel Kochsalz auf eine Weinflasche Wasser) machen. Das wirkt ausserordentlich günstig, besonders bei Kindern, die die Schule usw. besuchen, gegen die sonst so häufigen Halsschmerzen, auch auf die Gaumenmandeln oder deren Umgebung gelangte Krankheitskeime werden noch zeitig entfernt, so dass ein Eindringen in das Gewebe bezw. die Saftkanäle hintangehalten oder verringert wird. Ich habe damit bei Schulkindern ganz ausserordentlich günstige Erfahrungen durch lange Jahre hindurch gemacht. Sind die Eltern dann auch noch unterrichtet, dass sie bei den geeigneten Halsbeschwerden die Gurgelungen öfters vornehmen lassen und baldmöglichst ihren Arzt befragen, so hat man stets die Freude, rasch Besserung bezw. Heilung eintreten zu sehen, wo man sonst erfahrungsmäßig einer schwereren Erkrankung sich gegenüber sah. Für Halsbeschwerden mit Belägen kann ich nicht dringend genug die seit vielen Jahren von mir empfohlene Jodkochsalz-Lösung (Solut. Natrii chlorati 5,0 : 500,0, Tinct. Jodi 2,50, Kalii jodat. 0,50, in vitr. epistom. vitr. claus.) in Anwendung zu ziehen raten. Sie hat mir selbst in schweren Diphtherie-Fällen, als man gegen diese noch keine Einspritzungen zu machen wusste, nie versagt. Diese Jodkochsalz-Lösung muss je nach der Schwere des Falles stündlich bis 1/2—1/4 stündlich angewendet werden, indem man jedesmal 1 - 2 mal je 5 gr. gurgeln und ausspucken sowie 1 mal 5 gr. gurgeln und verschlucken lässt. Das letztere ist überaus wichtig, weil dadurch allein ein Eindringen der Flüssigkeit auch in die Mandelbuchten ermöglicht wird. Bei kleinen Kindern, die noch nicht gurgeln können, lässt man 1/2—1/4 stündlich je 5 gr. verschlucken. Gurgeln und Verschlucken muss in schweren Fällen ununterbrochen Tag und Nacht fortgesetzt werden, bis die Beläge sich abzustossen beginnen; das geschieht gewöhnlich nach etwa 36—48 Stunden, in leichteren Fällen ist schon nach der ersten Nacht die Gefahr der Ausbreitung überwunden. Immer aber darf man nicht sorglos sein und zu früh die Gurgelungen usw. vermindern*). Gute Dienste leisten auch Pastillen von Resina Guajacis (0,2) zweistündlich gegeben und bei drohenden „Mandelentzündungen" die altväterische Tinctura Aconiti, dreistündlich 6 Tropfen genommen. Es lässt sich hinterher ja schwer sagen, ob durch den Aconit der Ausgang in Eiterung verhütet worden ist; aber ich habe doch in Fällen, die diesen Ausgang wegen früherer Erfahrungen als selbstverständlich annehmen liessen, nach frühzeitiger Anwendung der Akonit-Tinktur die starke Infiltration der Mandel-Umgebung sich zurückbilden und die Vereiterung ausbleiben sehen. Wichtig scheint mir dabei, dass bei Schlingbeschwerden, die mit einer auffallenden Schwellung der Umgebung gleich im Beginne verknüpft sind, der Akonit verabreicht und nicht zu früh ausgesetzt wird. Diese Abszesse bilden sich meiner Erfahrung nach stets erst nach günstigem oder halbwegs günstigem Verlaufe einer scheinbar gewöhnlichen Mandelentzündung, indem nach gutem Befinden, das allerdings meist noch durch eine gewisse geringe Steifigkeit im Schlingen gestört war, plötzlich eine erhebliche Verschlechterung in letzterem sich geltend macht; diese geringe Steifigkeit im Schlingen ist auch von noch nicht zurückgegangener Schwellung der Kiefer-Lymphdrüsen begleitet, worauf denn auch gewöhnlich die Steifigkeit bezogen wird, was jedoch nicht zutreffend ist, vielmehr hängt dies mit der Entzündung des die Mandeln umgebenden lockeren Bindegewebes zusammen, woraus dann nach stetig sich mehrender Infiltration und immer heftiger werdenden Schlingschmerzen schliesslich, nachdem die Kiefer immer weniger von einander entfernt werden konnten, ein Abszess sich entwickelt, der, wenn er nicht rechtzeitig geöffnet wird, von selbst durchbricht und den Kranken, freilich erst sehr spät, von seinen grossen Schmerzen und Qualen befreit.

*) Schädliche Wirkungen auf Magen und Darm habe ich nie beobachtet, können ja auch wohl gar nicht auftreten. Ist der Geschmack zuerst auch nicht angenehm, so kommt man darüber sehr rasch hinweg, wenn man will!

---

talschuss erfolgreich Widerstand bietet und die Granate abprallen lässt.

Cuxhaven! In buntem Flaggen- und Wimpelschmuck grüsst uns die „alte Liebe" und ein dahinter errichtetes Schaugerüst. Dichtgedrängt stehen die Menschen. Doch nicht uns gilt die Festfreude; am folgenden Tage wird der Kaiser erwartet und die Segelwettfahrt wird dort vorbei kommen. Wir landen unsere Passagiere und das Schiff fährt langsam elbaufwärts, wo wir, gegenüber den fetten Marschen von Altenbruch, Anker fallen liessen; schade, dass das „Kirschenland" nicht mehr im Schnee seiner Blüten prangt!

Wir haben, nachdem wir schon in Cherbourg einige Tapezierer für die Kaiserkabinen eingeschifft hatten, ein ganzes Schiff voll Handwerksleute — 600 Mann — in Cuxhaven an Bord genommen, und in der Nacht geht's auf unserem Kahne zu wie im ewigen Daneben; da wird geputzt, gestrichen, geflickt, geschmückt, um für den Kaiserbesuch recht schmuck und elegant alles bereit zu haben!

Am folgenden Mittag traf der Hamburger Senat und die Linienspitzen, der bekannte Ballin mit seinen Abteilungschefs, an Bord ein. Nachmittags kam ein Kaisertelegramm, die „Amerika" solle S. M. auf Helgoland abholen. Wegen der für so kurze Ruhepause notwendigen Kesselreinigung aber war nicht Dampf vorhanden hierzu, so dass das Schiff leider den Abstecher nicht machen konnte. — Bei der bewundernswerten Beweglichkeit und Unermüdlichkeit des Kaisers ward alsbald noch ein Besuch beim Reichskanzler in Norderney eingeschoben, so dass erst gegen Abend drei blitzschnell hintereinander einlaufende schneeweisse Schiffe — voran der Kreuzer „Leipzig", dann die als Ersatz für die in der Schiffs-Werkstätte liegende „Hohenzollern' gecharterte Yacht „Hamburg", zum Beschluss der getreue „Sleipner", eines im Kielwasser des anderen fahrend — in Sicht kamen. In der Vorbeifahrt ward die Leipzig, auf der die Kaiserstandarte wehte, mit dreimaligem „Hurrah" begrüsst; auf der Brücke stand am Fernrohre der Herrscher und beschaute sich jeden von uns auf der Brücke Befindlichen aufs Genauste. Nicht einen Moment der Ruhe, der Rast kennt dieser unermüdliche Geist, der in einem Körper von Stahl zu wohnen scheint!

Gegen neun Uhr fuhr die „Leipzig" längseits der Amerika, die Kaiserstandarte sank und eine kleine Jolle schoss auf uns zu, aus der gewandt der Kaiser auf den vorliegenden Leichter sich schwang, um unser Bord zu betreten. Ein Schiffsoffizier erzählte mir, dass beim Anlegen am „Fallreep", der Strickleiter, an der man auf Schiffe hinaufklettert, stets ein Offizier hinuntergeschickt werde, ihm die Hand zu bieten; es bereite ihm dann Spass, mit mächtigem Schwung der Rechten denselben an sich und ins Boot zu ziehen und behend die Leiter hochzuklettern.

Es ist sehr merkwürdig, welche Aehnlichkeit im Auftreten zwischen diesen Abszessen und dem Gelenkrheumatismus besteht. Immer geht beiden eine wenn auch noch so leichte Mandelentzündung voraus, ja sie ist meist so leicht, dass sie als solche weiter gar nicht beachtet wird, ein Umstand, der die richtige Erkenntnis der eigentlichen Ursache oder die Wege der Erkrankung, besonders beim Rheumatismus so lange verschleiert hat. Jeder Arzt muss aber heute wissen, dass es nicht zum wenigsten deshalb notwendig ist, einer auch nur kleinen Halsentzündung die grösste Sorgfalt zu widmen. Und da wird nur zu oft noch immer das eine wichtigste zu geringschätzig angesehen: die sog. Pfropfenbildung in den Taschen der Gaumenmandeln. Man kann ja die Pfropfen von Zeit zu Zeit ausdrücken lassen, aber das Uebel und die Gefahr ernster zu erkranken, ist damit doch nicht beseitigt. Und das letztere muss doch in erster Linie die Sorge des Arztes sein, will er nicht kurpfuscherich tätig zu sein sich nachsagen lassen. Nun ist ja das sogenannte Schlitzen der Mandeln sehr in Aufnahme gebracht worden, meines Erachtens aber mit Unrecht; denn die Ergebnisse dieses Vorgehens sind doch sehr häufig mangelhafter Art, für die Fälle tiefer Taschen sogar stets ungenügend. Nach meiner Erfahrung führt nur das Zerstören der Taschen bezw. deren Schlitzung durch den elektrischen Brenner wirklich zum Ziel. Eine richtige Kokainisierung vorausgesetzt ist diese Operation unblutig und ohne jede Schwierigkeit, auch für den Kranken, rasch zu erledigen. Das muss heute jeder Arzt wissen, um bei seinen Kranken mit wirklicher Aussicht auf Erfolg sie zu einem Schritte zu führen, der ihnen mit einem Schlage so manche immer wiederkehrende Plage und Gefahr tatsächlich „vom Halse" schafft. Das gilt für die Fälle, in denen die Gaumenmandeln nicht vergrössert sind. Ist das letztere aber der Fall, so genügt das angegebene Verfahren allerdings nicht Ragt der grössere Teil der vergrösserten Mandel über die Gaumenbögen hinaus, so sollte kein Arzt zögern, diesen Teil mit einem der geschützten Mandelmesser nach vorheriger richtig ausgeführter Kokainisierung auszuführen. Das Warten auf das sogenannte „Sichverwachsen" ist eitel Hoffnung, die sich ja ganz selten mal nach einer Kinderkrankheit erfüllt hat, in den meisten Fällen aber nur verschlimmert und diese letztere selbst immer im Verlaufe ungünstig beeinflusst. Würde auch bei den kleinen Kindern schon, so bald sie Schwierigkeiten in der Nasenatmung bekommen, sofort eine entsprechende Behandlung eingeleitet und durchgeführt werden, so kämen bei Masern, Scharlach, Keuchhusten usw. nicht so häufig jene Mittelohr-Entzündungen zum Ausbruche, die im späteren Leben nur selten wieder wett gemacht werden können, die lebensgefährliche Verwicklungen verursachen und oft selbst lebensgefährliche Operationen nach sich ziehen.

(Schluss folgt.)

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 6. Februar 1907.

Vor Eintritt in die Tagesordnung demonstriert Klemperer einen Fall von Pyonephrose mit mehreren großen Nierensteinen von einem 26jährigen Manne, der an Herzschwäche gestorben ist. Mit der Diagnose typhusverdächtig war er eingeliefert; er fieberte, war stark benommen, litt an Diarrhoe. Außerdem zeigte sich Harnträufeln, der Urin war trübe und eitrig, am linken Oberarmgelenk bestand eine Schwellung, ferner fand sich eine gangränöse Stelle am orificium urethrae. Bisher war er stets gesund gewesen, in letzterer Zeit war er einigemale katheterisiert worden. Bei der Sektion zeigten sich zwei Geschwüre in der Harnröhre, die septischer Natur waren.

Westenhöffer demonstriert ein Präparat einer Meningococcen-Pharyngitis von einem Fall von Genickstarre; er betont dabei seine schon früher geäußerte Ansicht, daß die Pharyngitis die primäre und die Genickstarre die sekundäre Erkrankung sei.

Lassar demonstriert einen Fall der makulo-anaesthetischen Form der Lepra, der einem annulären Spätsyphilid sehr ähnlich sieht. Das Exanthem ist regelmäßig und sehr ausgedehnt, die Efflorescenzen sind in der Mitte gelbbraun.

Tagesordnung:

1. Diskussion über den Vortrag Karewski: Ueber subkutane Verletzung des Pankreas.

Wohlgemuth hat Versuche angestellt über die Ausscheidung der Bauchspeicheldrüse bei verschiedener Ernährung und fand, daß sie bei Darreichung von Fett am geringsten, von Eiweiß etwas höher und von Kohlehydraten am höchsten war; bei gemischter Kost erfolgte in der ersten Stunde ein Anstieg, dann wieder ein Abfall in der zweiten, in der dritten wieder ein Anstieg, um in der vierten wieder zu fallen, bei Salzsäure zuerst ein Anstieg, dann dauernder Abfall, und bei Alkali in der ersten halben Stunde ein Anstieg, dann Abfall. Das Trypsin entfaltet seine Wirksamkeit erst im Darm und ist an Eiweiß gebunden. Durch seine Versuche bestätigt W., daß es bei Zerreißung des Pankreas wohl zur Nekrose kommen kann, was so zu erklären ist, daß aus der Zerreißungsstelle eine eiweißhaltige Flüssigkeit ausgeschieden wird; die Ei-

---

Vom Generaldirektor Ballin begrüsst, betrat der Herrscher das Schiff; er begrüsste den Kapitän und sagte: „Stellen Sie mich, bitte, Ihren Offizieren vor": Welch liebenswürdiges Indenhintergrundsetzen der eigenen Person liegt in dieser Satzstellung! Wie gewinnen solch' ein paar Worte und ein Blick seines Feuerauges ihm Herz, Leib und Seele! Welches Glück, ein Deutscher zu sein unter diesem grössten aller lebenden Regenten! Und wie prächtig sah er aus; wie ein frischer, munterer Vergnügungsreisender in den Dreissigern; dieser Mann besitzt die Kunst, nicht alt zu werden an Körper und an Geist: Heil, dreimal Heil dem Volke, das solchem Herrscher folgt!

Mit erstaunlicher Genauigkeit besichtigte der Kaiser das Schiff und seine Einrichtungen. Nichts entging seinem Falkenauge, und als die schlanke Gestalt in schmucker Grossadmiralsuniform den für Manchen allein schon ermüdenden Rundgang durch das schwimmende Riesengebäude spät in der Nacht machte, war es eine Lust, ihm zuzuschauen.

Schliesslich gegen ein Uhr morgens, beschied er noch die an Bord befindliche Krankenpflegerin, welche im kubanischen Kriege Dienste geleistet hatte, zu sich, um mit ihr in längerem Gespräche an Deck auf und ab zu wandeln und sich von den Sanitätsverhältnissen in diesem Kampfe, der ein so übles Blatt in den Lorbeerkranz der Vereinigten Staaten gefügt hat, berichten zu lassen. Um zwei Uhr früh ging der Herrscher zu Bette und vor acht Uhr bereits sass er in Hemdsärmeln auf den Zander-Apparaten im „Gymnasion", das sich ebenfalls an Bord der „Amerika" befindet (ebenso wie ein Lichtbad), Uebungen machend, die er mit heiterem Gespräche würzte, so frisch und munter, als ob er keine Reisestrapazen hinter sich und vielmehr daheim die ganze Nacht ruhig geschlafen hätte!

Zum Schlusse noch eine reizende Anekdote von „Ihm", den alle Welt kennt und verehrt, Franzosen wie Amerikaner — welch' letztere an ihm nur einen, allerdings grossen Fehler finden, nämlich den, dass er nicht ihr Präsident ist —: Wir sassen beim I. Offizier bei einer „Witwe", als der Obersteward meldete, der Kammerdiener seiner Majestät wünsche dem Offizier (dem für die Schiffseinrichtung die Sorge obliegt) etwas mitzuteilen. Kein gallonierter, schauspielhafter Gesell erschien, sondern ein vollbärtiger, ernster Mann und brachte seinen Wunsch vor: Da im Hafen das Badewasser nicht zu brauchen ist, muss zur Frühwaschung das Wasser ins Badezimmer in Eimern gestellt werden; hierzu ist der Kaiser gewohnt, ein in bequem erreichbarer Höhe über der Wanne angebrachtes Brett zu benutzen, das hier natürlich nicht vorhanden war. Auf die Frage des I. Offiziers, warum dasselbe denn nicht vorausbestellt worden wäre, antwortete der Kammerdiener, Majestät habe sich alles derartige verbeten mit den Worten:

weißkörper werden dann weiter abgebaut durch das Trypsin, und somit tritt Autolyse ein.

2. Blaschko: Bemerkungen und Demonstrationen zur Spirochaetenfrage.

In letzter Zeit sind wieder Zweifel laut geworden, daß die Spirochaeten besondere Gebilde und die Erreger der Syphilis seien. Man verwechsle sie mit marklosen Nervenfasern, elastischen Fasern anderen Mikroorganismen usw. Walter Schulze wendet ein, manches nekrotisches Gewebe besitze besondere Eigenschaften, wonach die Nervenfasern leichter färbbar wären und so Spirochaeten vortäuschten. Auf Grund seiner Erfahrungen behauptet B., daß echte Spirochaeten nur im syphilitischen Gewebe nachzuweisen seien. Anfangs beim Primäraffekt fänden sie sich auch im Blute, später nicht mehr; da das Blut vor der Verseuchung noch imstande ist, sie zu vernichten. Drei Wege der Verbreitung gibt es. Erstens die Eigenbewegung; die Spirochaeten wandern in den Interstitien, man findet sie selten intrazellulär. Zweitens auf dem Wege der Lymphbahn. Nicht überall im Primäraffekt sind sie zu finden, manche Schnitte enthalten nicht einen einzigen, erst die Lymphbahnen zeigen den Sitz an. Und drittens auf dem Wege der Blutbahn, wenn sie den Organismus durchseucht haben. Eine Reihe von mikroskopischen Präparaten ist aufgestellt. Eine neue Quecksilberlampe gibt eine tadellose Beleuchtung für die mikroskopische Untersuchung.

3. C. Benda: Zur Kritik der Levaditischen Silberfärbung von Mikroorganismen mit Demonstrationen.

Alle Silbermethoden sind unzuverlässig, manchmal geben sie brauchbare Resultate, oft nicht. Nach seinen Untersuchungen könnte nur die Unterscheidung von Gitterfasern und Spirochaeten einige Schwierigkeiten machen; bei gleicher Vergrößerung sei eine Verwechslung unmöglich, ebenso dort, wo es sich möglicherweise um eine Nervenfaser handeln könne. Die Spirochaeten kann man aus den Epithelien in die Gefäßwandungen und in Hohlräume wandern sehen, was gegen einen Macerationsprozeß spricht, den die Gegner annehmen. Er hebt hervor, daß die Levaditimethode aus der Geißelfärbemethode hervorgegangen ist. Nur Aktinomyces sei außer den Spirochaeten mit Levaditi färbbar. B. hat mehrere Methoden zum Nachweis der Spirochaeten benutzt. Außer der Färbemethode hat er ultraviolettes Licht angewandt und sie photographisch darzustellen versucht. Auch damit ist der Nachweis geglückt.

Die Spirochaeten liegen zwischen den Kapillaren und den Leberzellen, wachsen und bilden große Ballen. Wenn aber Leukocyten einwandern, verschwinden die Ballen, und so erklärt es sich, daß oft Gummiknoten gefunden werden, wenigstens in der Leber, in denen keine Spirochaeten nachzuweisen sind. Eine große Reihe von Bildern mittels des Epidiaskops veranschaulichen das Vorgetragene.

„Wo ich hinkomme in Deutschland, da bin ich zu Hause". Wem fällt da nicht Schwabs reizendes: „Preisend mit viel schönen Reden" ein?! Wahrlich, der Mann kann jedem seiner Untertanen ruhig das Haupt in den Schoss legen wie's der Württemberger Herzog tat! Und in Hamburg, das doch reichlich sozialdemokratisch ist, da ist Generalfeiertag, wenn „Er" erscheint. „Heut' ist unser Kaiser da, da werden wir doch nicht arbeiten?!", rufen die sozialistischen Arbeiter und ihr begeistertes Hurrah geleitet seine Wege. — Als in der Nacht Schiffe an uns vorbeikamen, gab jedes drei donnernde „Hurrahs" ab auf den Grossen, den die Planken der „Amerika" beherbergten. Darum nochmals, Heil, Heil, Heil dem Volke, dem ein solcher Herrscher beschieden ist; Gott beschütze unsern Kaiser!

Darmstadt, 20. Juli 1906.

Dr. Clemm.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Biologische Abteilung.)

Sitzung vom 29. Januar 1907.

Vorsitzender Herr Umber.

I. Demonstrationen: Herr Paschen spricht über die Lagerung der Spirochaeten im Gewebe, indem er sich gegen die Sahlingsche Hypothese wendet, daß die Spirochaeten nichts anderes als gefärbte Nervenfibrillen seien. Vortr. hat ein Präparat aufgestellt, das die Spirochaeten im Gefäßlumen einer Arterie aus der Nebenniere eines syphilitischen Foeten zeigt; woher sollten wohl dorthin Nervenfibrillen kommen? Herr Simmonds stützt die eben vorgetragenen Bemerkungen gegen Sahling noch mit der Mitteilung, daß er jetzt eine große Anzahl sicher nicht syphilitischer Kinder mit absolut negativem Resultat auf solche „Nervenfibrillen" untersucht habe. 2. Herr Simmonds berichtet unter Vorlegung von Präparaten über primäre Netzgeschwülste. Häufig seien kleine Cysten, Lipome, Fibrome des Netzes; multiple Fibrome können gelegentlich Beschwerden machen und zu operativem Eingriff Veranlassung geben. Von malignen Neubildungen kommen Endotheliome und Sarkome vor: erstere gehen gelegentlich von Cysten des Netzes aus, in anderen Fällen sind sie solid, in anderen mit Sandkörnern durchsetzt (Cystoendotheliom, Psammoendotheliom). Sie machen selten Metastasen. Sarkome können mächtige Größe erreichen und mit Nachbarorganen verwachsen, zuweilen bleiben sie cirkumskript und veranlassen durch Zug am Netz Dislokation des Magens. Endlich können Pseudotumoren durch abgeklemmte oder lange in Bruchsäcken liegende und später reponierte Netzteile vorgetäuscht werden. 3. Herr Umber spricht über Melanogenurie. Das selten vorkommende Melanogen ist die Muttersubstanz des Melanins, eines Benzolderivats. Die Benzolderivate können auch durch den Stoffwechsel selbst im Harn ausgeschieden werden. Der Melanogenharn hat anfangs die gewöhnliche Farbe und wird beim Stehen schwarz; durch Zusatz von Eisenchlorid fällt das Melanin in dicken, schwarzen Flocken aus. Diese Flocken sind pathognomonisch. Die Melanogenurie tritt nur auf bei Melanosarkomen, so stammte auch der demonstrierte Harn von einem Patienten, der eine Leberschwellung als Metastase nach einer Chorioidalgeschwulst hatte, die ein zweifelloses Melanosarkom war.

II. Vortrag des Herrn Fahr: Die muskuläre Verbindung zwischen Vorhof und Ventrikel (das Hissche Bündel) im normalen Herzen und beim Adams-Stokesschen Symptomenkomplex.

An der Hand einiger Schnittserien erläutert Vortr. zunächst den Verlauf des Hisschen Bündels, d. h. jenes Muskelbündels, das Vorhof und Ventrikelmuskulatur miteinander verbindet, am normalen Herzen. Seine Befunde decken sich mit denen von Bräunig und Retzer. Das Bündel beginnt im Vorhofseptum zwischen fossa ovalis und pars membranacea septi atriorum, durchsetzt schräg den annulus fibrosus und endigt im Ventrikelseptum, nachdem es sich dicht unterhalb des annulus fibrosus in zwei Schenkel geteilt hat. Die Behauptung Tawaras, daß das Bündel sich baumförmig an der Herzinnenfläche verzweige und erst in seinen letzten Endausbreitungen mit der Ventrikelmuskulatur in Verbindung trete, kann Vortr. wohl für das Schaf-, nicht aber für das Menschenherz bestätigen. Weiterhin hat er das Bündel bei drei Fällen von Adams-Stokesschem Symptomenkomplex untersucht. Ein Fall ist aus äußeren Gründen nicht verwertbar. Im zweiten fand sich im Ventrikelseptum ein Tumor, der das Septum an der Stelle in ganzer Breite durchsetzt, an der das Bündel aus dem annulus fibrosus auszutreten pflegt, sodaß hier eine Verbindung des Bündels mit der Ventrikelmuskulatur vereitelt ist. Im dritten Fall fand sich dort, wo sich das Bündel in zwei Teile teilt, eine Schwiele, die den Anfangsteil des linken Schenkels völlig ersetzt hat. Auch der rechte Schenkel ist an der Stelle, an der er mit der Muskulatur des linken Ventrikels sich zu verschmelzen anschickt, schwielig verändert.

Vortr. ist der Ansicht, daß die Dissociation zwischen Vorhof und Ventrikelkontraktion, die man beim Adams-Stokesschen



Symptomenkomplex beobachtet, durch diese Leitungsunterbrechung im Atrioventrikularbündel begründet ist, in Analogie mit Versuchen von Hering, dem es gelang, durch eine Durchschneidung des Hisschen Bündels am überlebenden Tierherzen eine ebensolche Dissociation auszulösen. (Autoreferat.) Schönewald.

Österreich.

K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 30. November 1906.

(Eigener Bericht.)

v. Eiselsberg zeigte zwei Fälle von angeborenen Defekten des harten Gaumens und besprach seine Methode des operativen Verschlusses solcher Mißbildungen.

Riehl führte einen Fall von Trichinodosis vor (Knotenbildung im Haar). Die Affektion kommt dadurch zu stande, daß die Haarkulicula, z. B. beim Brennen der Haare, gesprengt wird und das Haar sich auffasert, worauf sich dann die entstandenen Fäserchen zu einem Knoten verschlingen.

Jerusalem besprach an der Hand zahlreicher Fälle den Erfolg der Bierschen Stauungsbehandlung bei Phlegmone, Arthritis, narbigen Kontraktionen, Ankylosen und lokaler Tuberkulose.

Loewi hielt einen Vortrag über die Wirkungsweise und Indikationen diuretischer Arzneimittel. Die Erhöhung der Diurese der Piurinstoffe beruht einzig und allein auf Vermehrung der Blutzirkulation in der Niere, während die Verbesserung der Diurese unter Digitaliseinfluß auf die Steigerung der Herzarbeit zurückzuführen ist.

Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 13. Dezember 1906.

(Eigener Bericht.)

Zeman demonstriert das anatomische Präparat eines Falles von narbiger Stenose des linken Conus arteriosus. Im Conus arteriosus sitzt ein aus fibrösem Gewebe bestehender, quergespannter Ring. Derselbe dürfte schon im Foetalleben infolge einer Entzündung entstanden sein.

Salomon hält einen Vortrag über Versuche über Serumdiagnose des Carcinoms. Er untersuchte die Frage, ob das spezifische Gewebe des Carcinoms nach Einverleibung in den Tierkörper dem Serum besondere Eigenschaften mitteilt. Die Versuche ergaben, daß es den Anschein hat, als ob im Carcinomserum sich Antifermente befänden, welche auf die Autolyse des Carcinomgewebes hemmend einwirken. Die Hemmung der Haemolyse durch Carcinomserum verläuft nicht anders als diejenige durch normales Serum, beide wirken stark hemmend auf die Haemolyse.

Ranzi, Hofbauer und Pribran berichten über ihre Versuche, um zu einer Serumdiagnose des Carcinoms zu gelangen, welche alle ebenfalls negativ ausfielen. W. H.

Periodische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift. Nr. 4. 1907.

1. Rumpf, Bonn: **Die Beeinflussung der Herztätigkeit und des Blutdrucks von schmerzhaften Druckpunkten aus.**

An der Hand von prägnanten Fällen wird gezeigt, daß in manchen Fällen allgemeiner Neurosen, welche mit Neuralgien oder schmerzhaften Druckpunkten einhergehen, durch stärkere Reizung dieser eine Veränderung der Herztätigkeit und der Zirkulation hervorgerufen werden kann. Dieselbe charakterisiert sich: als einfache Beschleunigung der Herztätigkeit, als anfängliche kurzdauernde Verlangsamung mit nachfolgender Beschleunigung, als Abnahme der Pulsgröße, vereinzelt als Irregularität des Pulses, als deutliche Zyanose des Gesichts, als Senkung des Blutdrucks, als Erhöhung des Blutdrucks. Alle diese Veränderungen der Herz- und Gefäßtätigkeit haben das Gemeinsame, daß mit dem Aufhören des schmerzhaften Reizes die Aenderung innerhalb kurzer Zeit schwindet; am schnellsten erfolgt die Rückkehr zu dem vorhergehenden Status bezüglich der Pulsfrequenz, während die Veränderung des Blutdrucks langsamer zur Norm zurückkehrt. Zu dem Nachweis dieser Veränderungen sind eine Reihe von Vorsichtsmaßregeln notwendig: Die Versuche können nur in einem Krankenhause vorgenommen werden; die Herztätigkeit muß eine gleichmäßig ruhige sein und darf durch die Untersuchung an und für sich nicht wesentlich beschleunigt werden; der Patient muß während des Versuchs ruhig und gleichmäßig atmen; die Beeinflussung der Herztätigkeit muß auf die angeblich schmerzhafte Stelle beschränkt sein und von anderen Punkten ausbleiben. Der Befund der Beeinflussung der Herztätigkeit oder des Pulses von einem Punkt oder einer umschriebenen Stelle aus erlaubt allein den Schluß einer größeren Empfindlichkeit dieser Stelle und einer leichten Erregbarkeit des Herzens; ein Schluß auf die traumatische Entstehung dieser Empfindlichkeit kann nur auf Grund anderweitiger Untersuchungsergebnisse gezogen werden.

2. Gauß, Freiburg i. B.: **Bericht über das erste Tausend Geburten im Scopolamin-Dämmerschlaf.**

Verf. unterzieht zunächst die Mitteilungen Hocheisens in Nr. 37/38, 1906, d. W., der auf Grund von Erfahrungen an hundert Scopolamin-Geburten an der Berliner Charité zu einer energischen Ablehnung des Scopolamindämmerschlafes gekommen war, einer eingehenden Kritik. Die schlechten Resultate Hocheisens glaubt er zum Teil darauf zurückführen zu können, daß dieser sich nicht streng an die von ihm gegebenen Vorschriften gehalten hat, daß er namentlich den Hauptwegweiser im Scopolamin-Morphium-Dämmerschlaf, die systematische Kontrolle der Merkfähigkeit, auf der allein die spezielle Wirkung und die Sicherheit des Dämmerschlafes basieren, außer Acht gelassen hat; weiter scheinen die von H. benutzten Lösungen nicht immer einwandsfrei gewesen zu sein. Verf. hat jetzt den Scopolamindämmerschlaf bei tausend Geburten erprobt. Wie bei den ersten fünfhundert ist auch bei den weiteren fünfhundert Geburten nicht eine Frau gestorben, bei der der Tod dem Scopolamin-Morphium in irgend einer Hinsicht zur Last gelegt werden könnte. Dieses sehr günstige Gesamtresultat ist umso bemerkenswerter, als unter den letzten fünfhundert Geburten im ganzen dreiundzwanzig Frauen mit ausgesprochenem Herzfehler waren. Daß dabei nicht ein einziger Herzzufall zur Beobachtung gekommen ist, beweist, daß die dem Scopolamin zugeschriebene starke Gefährdung des Herzens nicht besteht. Messungen des in der Plazentarperiode verlorenen Blutes haben gezeigt, daß der Blutverlust bei Scopolamingeburten ein geringer physiologischer ist, eine Blutungsgefahr also nicht vorhanden ist. Die Geburt der Plazenta erfolgte bei den tausend Geburten in über 99 % spontan oder durch Credé. Die Morbidität der Mütter belief sich auf 1,7 %, trotzdem die Frauen grundsätzlich zwischen dem ersten und vierten Tag aufstanden. Eine exzessive Verlängerung der Geburtsdauer durch das Scopolamin wurde nicht beobachtet; eine Verzögerung der Geburt durch Fehlen der reflektorischen Bauchpresse kam nicht in Frage. Das findet seinen deutlichen Ausdruck in der Operationsfrequenz, die sich nur auf 6,83 % belief; „Erlösungszangen" bei körperlicher und psychischer Erschöpfung der Kreißenden, Ungeduld und Drängen der Angehörigen waren niemals erforderlich. Was das neugeborene Kind betrifft, so sind die Zahlen der oligopnoisch oder asphyktisch geborenen Kinder mit der Verbesserung der Dosierungstechnik immer geringer geworden; von einer Erhöhung der Kindersterblichkeit durch das Scopolamin kann nicht im entferntesten die Rede sein. Eine Spätwirkung des Scopolamins auf Körper und Geist des Kindes anzunehmen, ist abstrus. Bei genauester Befolgung der vom Verf. angegebenen Vorsichtsmaßregeln bietet die Scopolaminanwendung eine gefahrlose Sicherheit; jede einzelne Gebärende erfordert aber eine intensive und extensive Beschäftigung mit ihrem Bewußtseinszustand. Wie weit daher die Methode für größere Gebäranstalten und für die allgemeine Praxis anwendbar ist, wird davon abhängen, ob sich der betr. Arzt die erforderliche große Mühe nehmen kann und will.

3. Preller, Mannheim: **Zur Anwendung von Scopolamin-Morphium in der Geburtshilfe.**

Verf. kann sich dem rigorosen Urteil Hocheisens nach den



Erfahrungen am Mannheimer Wöchnerinnenasyl — auf tausend Entbindungen zweihundertzwanzig Geburten mit Scopolamin-Morphium — nicht anschließen. Er sieht als erstrebenswertes Ziel den ruhigen Schlaf mit Aufhebung oder starker Abschwächung des Schmerzerinnerungsvermögens unter möglichster Vermeidung der Symptome der Morphium-Scopolaminvergiftung. Der Erfolg hängt in erster Linie von der Erfahrung in der Dosierung ab, deren wesentlichste Prinzipien er eingehend darlegt; im ganzen ist er mit geringeren als sonst üblichen Dosen ausgekommen, im Maximum Scopolamin 0,0015 + Morphium 0,02, selbst bei langdauernder Anwendung bis zu sechzehn Stunden. In 70% seiner Fälle wurde ein ausreichender Dämmerschlaf erzielt, in 18% nur ein schläfriger Zustand, in 12% kein befriedigender Erfolg, z. T. weil die Geburt zu schnell zu Ende ging, ein wirklicher Mißerfolg war nur bei 4% zu konstatieren. Herzerscheinungen sah P. in 20—25% der Fälle auftreten; sämtliche Zirkulationsstörungen gingen aber rasch zurück; eine Spätwirkung war nie zu konstatieren. Ein Schädigung der Nieren sah P. nie; auch bei einer schweren Graviditätsnephritis trat keine Verschlimmerung ein. Eine retardierende Wirkung der Scopolamin-Morphium-Injektionen glaubt Verf. annehmen zu müssen, sowohl für die Wehen, als auch für die Bauchpresse. Die dadurch eventuell bedingte Verlängerung der Gesamtgeburtsdauer ist aber völlig unwesentlich, das zeigt auch die Operationsfrequenz, die bei den Scopolamingeburten geringer war als bei den anderen Entbindungen des Jahres. Sehr zufriedenstellend waren die Resultate für die Kinder; viele wurden zwar in einem rauschartigen Zustand geboren; apnoisch waren aber nur wenige; zweihundertneunzehn von zweihundertzwanzig Kindern wurden lebensfähig geboren und verließen lebend die Anstalt. Als Kontraindikationen für den Scopolamindämmerschlaf betrachtet P. Störungen der Zirkulation, der Atmung, allgemeine Schwächezustände, Wehenschwäche, akute Anaemien, fieberhafte Erkrankungen. Im Ganzen schließt er sich den von Gauß aufgestellten Schlußfolgerungen an und betrachtet den Scopolamin-Morphium-Dämmerschlaf als eine, wenn auch mit Vorsicht anzuwendende klinische Methode der Schmerzlinderung unter der Geburt.

4. Peukert, Halle: **Zur Technik der Lumbalanaesthesie im Morphium-Scopolamin-Dämmerschlaf für die Bauchchirurgie und gynäkologischen Laparotomien.**

In der Freiburger Universitäts-Frauenklinik wird seit fast einem Jahre fast nur mit der Lumbalanaesthesie gearbeitet; unter einer Serie von vierhundert gynäkologischen und bauchchirurgischen Operationen wurde nur fünfunddreißigmal die Inhalationsnarkose (meist auf Wunsch der Patienten oder des behandelnden Arztes) vorgenommen. Das geübte Verfahren unterscheidet sich von dem der Bierschen Schule durch: 1. die Kombination mit dem Scopolamin-Morphium-Dämmerschlaf, 2. veränderte Technik der Injektion, 3. die Verwendung höherer Dosen, 4. die prinzipielle Vermeidung der Beckenhochlagerung. Verwandt wird zur Injektion Stovain; nur mit diesem läßt sich vollkommene Anaesthesie und Analgesie, völlige Ruhigstellung des Darmtraktus und vollkommenste Entspannung der Bauchdecken erzielen, Faktoren, die gerade für Bauchoperationen von gleicher wichtiger Bedeutung sind. Die Ausschaltung der Psyche mit dem Morphium-Scopolamin-Dämmerschlaf wird erzielt durch zwei Injektionen von 0,01 Morphium + 0,00003 Scopolamin hydrobromic. Merck 2 und eine Stunde vor der Operation. Die Lumbalinjektion wird mit dem von Krönig angegebenen Apparat vorgenommen; dabei wird eine genaue Kontrolle und Regulierung des Druckes der Lumbalflüssigkeit vorgenommen, Liquor aspiriert und das mit diesem gemischte Anaestheticum ganz langsam wieder unter Kontrolle des Druckes injiziert. Durch diese Technik werden zu starke Druckschwankungen vermieden; es tritt eine ganz allmähliche Bindung des Giftes an die Rückenmarkssubstanz ein, die Anaesthesie steigt von Segment zu Segment aufwärts; ein Aufsteigen des Stovains zur Medulla oblongata zum Atemzentrum wird verhütet. Was die höhere Dosierung betrifft, so gilt als Norm, für vaginale Operationen mit Eröffnung des Peritoneums 0,1 g Stovain = $2^1/_2$ ccm der Billonschen Mischung zu injizieren, für größere abdominale Operationen 0,12 g Stovain = 3 ccm der Mischung. Die Beckenhochlagerung wird in Rücksicht auf eine Beeinträchtigung des Atmungszentrums prinzipiell vermieden. In 80% der so behandelten Fälle wurde völlige Anaesthesie erreicht, peritonealer Schock und Aufregungszustände wurden vermieden, lästige Begleit- und Nacherscheinungen gemindert und vollkommene Entspannung der Bauch- und unteren Extremitätenmuskulatur erzielt. P. sieht im Morphium-Scopolamin-Dämmerschlaf kombiniert mit der Lumbalanaesthesie die zur Zeit humanste Narkose.

5. Hirschel, Heidelberg: **Beitrag zur operativen Therapie bei lebensgefährlichen profusen Magenblutungen.**

6. Vogel, Dortmund: **Ueber Operationen an den Händen und deren Vorbereitung.**

Um aus den tieferen Schichten der Haut eine größere Anzahl von Infektionserregern an die Oberfläche zu treiben, wo sie dann durch die gewöhnliche Desinfektion abgetötet werden können, empfiehlt Verf. die Hände einige Tage vor der vorzunehmenden Operation in Bierschen Heißluftkästen gründlich schwitzen zu lassen. Er glaubt der Durchführung dieser Maßnahmen zuschreiben zu können, wenn er bei einem großen Unfallmaterial des Industriebezirks, besonders auch bei plastischen Operationen an den Händen, stets absolut tadellose primäre Heilung erzielt hat. Neben der Förderung der Asepsis dürfte die vorbereitende Hyperaemisierung noch den Vorteil haben, daß eine bessere Ernährung und dadurch bessere Einheilung verpflanzter Hautlappen bei Plastiken, besonders an der vola manus, erzielt wird.

7. Mohr, Bielefeld: **Brucheinklemmung von Appendices epiploicae.**

Bei einem eingeklemmten Bruch fanden sich bei der Operation im Bruchsack drei anscheinend benachbarte Appendices epiploicae der Flexura sigmoidea; die eine war lang ausgezogen, im Fundus verwachsen, vom Darm abgetrennt, die beiden andern isoliert in einer verengten Stelle des Bruchsackhalses eingeklemmt.

8. Theilhaber, München: **Der Alkokol in der Geburtshilfe und Gynäkologie.**

Ausgiebige Verordnung von Alkohol bei Zuständen von Schwäche, Appetitlosigkeit, Erbrechen in der Schwangerschaft ist zu meiden, wegen der Gefahr der Gewöhnung und aus Rücksicht auf das Kind. Unter der Geburt sollte der Alkohol nur bei Verblutungsgefahr verwandt werden, da er einen sehr ungünstigen Einfluß auf die Wehentätigkeit ausübt. Die therapeutische Wirksamkeit des Alkohols beim Kindbettfieber ist keineswegs sicher erwiesen. Daß Bier die Stillfähigkeit der Frauen günstig beeinflusse, ist zu bestreiten; besser wirken sicherlich Milch, Malzkaffee etc. Bei der Behandlung Gynäkologischer gibt es kaum eine Indikation für die Anwendung des Alkohols; er verursacht Hyperaemien der Genitalorgane, vermehrt die Libido sexualis, steigert die Sekretionen aus den Genitalien und die menstruale Blutung. Streng zu verbieten sind alkoholische Getränke für alle jungen Mädchen, bei entzündlichen Prozessen an den Genitalien, bei klimakterischen Störungen. Die Ueberzeugung, daß die Verordnung von Alkohol bei Kranken meist unnütz, häufig schädlich ist, muß immer mehr gefestigt werden. Ein wichtiges Mittel, den Glauben des Volkes an die kräftigende Wirkung der alkoholhaltigen Getränke zu zerstören, ist die Beschränkung der ärztlichen Verordnung von Wein, Kognak etc. auf die seltenen Fälle, in denen ein vorteilhafter Einfluß von ihnen zu erwarten ist, ein wichtiges Kampfmittel damit auch gegen den Alkoholismus, dessen energische Bekämpfung wichtiger erscheint, als die von Cholera und Typhus.

9. Adler, Prag: **Ueber nervöses Aufstoßen.**

Nervöses Aufstoßen, Eructatio nervosa, ist die Erscheinung, daß bei vollkommen magengesunden Individuen krampfartige Ructusparoxysmen stattfinden, die atmosphärische Luft entleeren. Es findet sich bei hysterischen und neurasthenischen Individuen; die Ructus sind kurz oder stundenlang anhaltend, können im Anschluß an die Mahlzeiten oder unabhängig von ihnen auftreten. Die Erscheinung kommt so zu stande, daß durch eigenartige Larynxkontraktionen Luft geschluckt wird und dann, wenn eine größere Menge im Magen angesammelt ist, durch Aufstoßen entleert wird. Das Primäre ist also nicht das Aufstoßen, sondern das Luftschlucken, daher die französische Bezeichnung des Symptomenkomplexes „aërophagie nerveuse“. Die Therapie ist eine einfache; man läßt den Patienten eine hinreichend große Scheibe zwischen die Zahnreihen

stecken; dadurch wird der Mund offen gehalten, Schluckbewegungen verhindert und damit auch das Luftschlucken.

10. Fischer, Fulda: **Kasuistischer Beitrag zur Aetiologie der Darminvagination.**

Ein Soldat, der durch einen Hufschlag gegen den linken Arm zu Boden geschleudert wurde, zeigte bald nach dem Unfall peritonitische Symptome; in der Annahme, daß eine Darmruptur vorliege, wurde laparotomiert. Dabei fand sich am Uebergang vom Jejunum zum Ileum eine etwa 50 cm lange Invagination, ohne daß sonst der Darm irgendwelche Veränderungen aufwies. Es ist anzunehmen, daß durch das Trauma eine partielle Paralyse der Dünndarmmuskulatur eingetreten ist; das ausgeschaltete Darmstück übt einen Reiz auf die vorangehenden Darmschlingen aus, die sich dann durch Reizung der Längsmuskulatur allmählich über das gelähmte Darmstück hinübergeschoben haben.

11. Dehner, Ludwigshafen: **Fremdkörperextraktion aus der Bauchhöhle.**

D. entfernte bei einem $2^1/_4$jährigen Kinde aus einem hinter einer Dünndarmschlinge gelegenen, abgekapselten Absceß eine 7 cm lange Drahtspirale, die das Kind acht Tage vorher verschluckt hatte, die also ohne Verletzung Oesophagus, Magen, Jejunum passiert und erst im Ileum eine Perforation herbeigeführt hatte.

12. Große, München: **In die Harnröhre eingeführte Fremdkörper.**

G. entfernte bei einem Patienten ein $3^1/_2$ cm langes Bleistiftstück aus der Blase, das sich dieser durch die Urethra bis in die Blase aus unbekannten Beweggründen eingeführt hatte, und ein zweites 10 cm langes Stück, das, mit der Spitze vorangehend, die Fossa bulbi durchbohrt und sich in die Weichteile des kleinen Beckens eingebohrt hatte.

13. Schwab, Erlangen: **Venenthrombose und Gerinnbarkeit des Blutes.**

Nachtrag zu der Arbeit in Nr. 51, 1906, d. W. bezgl. der gerinnungsverzögernden Wirkung des Menstrualblutes, die auf die Mischung mit Sekret aus Uterus und Scheide zurückgeführt wird.

Salvendi, Frankfurt: **Polemische Bemerkungen zu der Arbeit.**

Schwab: **Erwiderung darauf.**

Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 4. 1907.

1. Uhlenhut, Groß, Bickel: **Untersuchungen über die Wirkung des Atoxyls auf Trypanosomen und Spirochaeten.**

2. Hoppe-Seyler, Kiel: **Die Behandlung der Endocarditis.** Klinischer Vortrag.

3. Boas, Berlin: **Ueber digestiven Magenfluß.**

Drei Formen des Magenflusses sind zu unterscheiden, der kontinuierliche, permanente, der anfallsweise bei gewissen Neurosen und organischen Rückenmarkserkrankungen auftretende und der alimentäre oder digestive. Der letztere scheint hauptsächlich das männliche Geschlecht zu betreffen. Der Symptomenkomplex der digestiven Hypersekretion, losgelöst von den Funktionsprüfungen des Magens, bietet einige interessante Züge. Auffallend ist eine sehr erhebliche Abmagerung des Kranken, wobei wohl der Verlust von Magensaft, die Magensaftvergeudung, eine bedeutende Rolle spielt, sowie die bei dieser Affektion beeinträchtigte Amylolyse. Ein charakteristisches Zeichen ist weiter häufig eine hartnäckige Obstipation. Die subjektiven Beschwerden haben eine große Aehnlichkeit mit dem Symptomenbild der nervösen Dyspepsie; die Kranken klagen über allerlei Sensationen in der Magengegend, Druck, Völle, Aufstoßen, bisweilen über heftige Schmerzen, aber nie über Sodbrennen; der Appetit ist erhalten oder herabgesetzt; Uebelkeit und Erbrechen sind selten. An objektiven Symptomen ist das Plätschergeräusch nachweisbar, keine charakteristische Druckempfindlichkeit. Der Schwerpunkt der objektiven Diagnostik liegt in der Prüfung der Magenfunktion. Für die sekretorische Prüfung empfiehlt sich hier ein trockenes Probefrühstück, am besten in Gestalt der durch niedrigen Wassergehalt ausgezeichneten Cakes. Bei dem digestiven Magensaftfluß gewinnt man eine Stunde nach der Verabreichung von 5 Cakes durch Expression oder Aspiration 100—200 ccm eines Gemisches, das sich auszeichnet durch eine kleine Grundschicht und eine diese um das drei- bis fünffache übersteigende, klare oder leicht getrübte Flüssigkeitsschicht, die im wesentlichen überschüssigen Magensaft darstellt. Die Gesamtazidität und der Gehalt an freier Salzsäure braucht nicht von der Norm abzuweichen. In manchen Fällen erscheint noch eine Prüfung der motorischen Funktion notwendig. B. hat weiter noch Untersuchungen des nüchternen Mageninhaltes vorgenommen und unterscheidet drei Formen der digestiven Hypersekretion: 1. die reine Form des digestiven Magensaftflusses, bei der die motorische Kraft des Magens völlig normal und auch nüchtern der Magen frei von Magensaft ist; 2. dieselben Verhältnisse, nur daß der Magen auch morgens nüchtern mehr oder weniger salzsäurehaltiges Sekret enthält; 3. eine Form, bei der zugleich die motorische Funktion des Magens sichtlich gestört ist. Die Prognose des digestiven Magensaftflusses scheint keine ungünstige zu sein. Die therapeutischen Indikationen müssen davon ausgehen, das gesunkene Körpergewicht zu heben, alle sekretionserregenden Substanzen zu vermeiden und die Amylumverdauung zu korrigieren. Am besten dürfte dies zu erreichen sein mit einer Eiweiß-Fett-Zuckerdiät, wobei statt des Zuckers, der in großen Mengen zu wenig Abwechslung bietet, Dextrin in Form der Kindermehle verwandt werden kann. Entziehung der Flüssigkeiten wäre verfehlt; der Genuß alkalischer Getränke zu den Mahlzeiten ist zu empfehlen. Die medikamentöse Therapie kann von sekretionsbeschränkenden Mitteln, Belladonna, Atropin, Eumydrin, Gebrauch machen; am meisten hat sich bei B. die konsequente Behandlung mit Alkalien, speziell den pflanzensauren — Natrium citricum viermal täglich ein Teelöffel — bewährt.

4. Katzenstein, Berlin: **Ueber die Aenderung des Magenchemismus nach der Gastroenterostomie und den Einfluß dieser Operation auf das Ulcus und Carcinoma ventriculi.** (Schluß aus Nr. 3.)

Die Ergebnisse seiner Versuche faßt K. folgendermaßen zusammen: I. Bei jeder Form der Gastroenterostomie fließt Galle und Pankreassaft in den Magen ein, 1. in der ersten Zeit nach der Operation dauernd, später periodisch, und zwar sind 2. bei fettloser Nahrung Galle und Pankreassaft $1^1/_2$ Stunden nach der Nahrungsaufnahme im Magen nachweisbar; 3. bei fettreicher Nahrung infolge reflektorischer Erregung der Absonderung dieser Säfte (wahrscheinlich vom Magen aus) schon nach einer halben Stunde. II. Folgen dieses Einfließens alkalischen Darmsaftes in den sauren Mageninhalt: 1. Herabsetzung der Azidität infolge einer chemischen Reaktion und außerdem einer reflektorischen Herabsetzung der Salzsäureproduktion. 2. Pepsin wird durch eine, wenn auch nur vorübergehende, alkalische Reaktion wirkungslos, während das Trypsin durch eine vorübergehende saure Reaktion nur in geringer Weise geschwächt wird. 3. Salzsäurepepsinverdauung scheidet demnach nach der Gastroenterostomie in höherem Grade aus. III. Einfluß der Gastroenterostomie auf das Ulcus ventriculi: 1. Zur Entstehung des Ulcus ist unter anderen Bedingungen die Salzsäure erforderlich; sie ist der Hauptfaktor für das Bestehenbleiben des Geschwürs. 2. Wir sind imstande, durch eine bestimmte Diät nach der Gastroenterostomie die Salzsäure ganz auszuschalten (fettreiche Kost, häufige Nahrungsaufnahme, Wasser verursachen reflektorisch eine stärkere Sekretion der Galle und des Pankreassaftes und einen vermehrten Zufluß dieser Säfte zum Magen) und sind daher in der Lage 3. das Ulcus zur Heilung zu bringen und die Entwicklung des auf gleicher Grundlage entstehenden Ulcus jejuni zu verhüten. 4. Wenn auch der Chirurg mit der Gastroenterostomie kausale Therapie treibt, so sollen trotzdem nur solche Fälle der Operation unterworfen werden, die nach langer, sorgfältiger innerer Behandlung nicht zur Heilung gelangen. IV. Der Einfluß der Gastroenterostomie auf das Carcinoma ventriculi ist in erster Linie auf die Besserung der Motilität zurückzuführen. Die oft mehrere Jahre anhaltenden Besserungen inoperabler Carcinome sind vielleicht auf die Wirkung des in den Magen einfließenden Trypsins zurückzuführen, das vielleicht die Innenoberfläche der Carcinome verdaut und ein Stehenbleiben im Wachstum auf einige Zeit verursacht. Versuchsweise soll daher die Gastroenterostomie, außer beim Pyloruscarcinom, bei jedem nicht mehr resezierbaren Carcinom ausgeführt werden.



5. Strauß, Berlin: **Zur Methodik der intravenösen Therapie.** Zur Stauung der Venen benutzt St. eine Henlesche Staungsbinde. Die Kanüle ist nach Art der Hakenbruchschen gekrümmt zu einem Winkel von etwa 120° und trägt an der Krümmungsstelle eine annähernd horizontale Fußplatte. Durch diese Vorrichtungen soll das Eindringen von Luft in die Vene sicherer verhütet werden und ein sicheres Hineingelangen der Kanüle in die Vene und ruhigeres Liegen in derselben ermöglicht werden. Letzterem Zwecke dient auch das isolierte Einstechen der Kanüle und nachträgliches Einführen der Spritze in diese, was umsomehr zu empfehlen ist, als es so leichter gelingt, den Indikator für richtige Lage der Kanüle in der Vene, den Blutaustritt, zu beobachten. Beim Einspritzen soll man sehr langsam vorgehen, womöglich mit kleinen Pausen. Das Indikationsgebiet der intravenösen Injektionen erscheint St. ein beschränktes, schwere Zustände von akuter Herzmuskelinsufficienz (z. B. bei Infektionskrankheiten, Uraemie, chronischen Herzmuskelaffektionen), schwere, akut verlaufende Fälle von Sepsis, Septicopyaemie, schwere, renitente Gelenkrheumatismen.

6. Reichardt, Würzburg: **Ueber willkürliche Erweiterung der Pupillen.**

Anschließend an die Mitteilung von Bloch zu diesem Thema (d. W. Nr. 44, 1906) bezweifelt R., daß es sich bei dem Fall um eine primäre Innervation einzig und allein der Pupillen handele, glaubt vielmehr, daß die Erweiterung der Pupillen nur die Begleiterscheinung einer anderen, dem Willen unterworfenen Innervation, ist, daß der betr. Patient lediglich die Akkomodation aktiv entspannt und dabei als synergetische Bewegung die Pupillen weit werden. Die Vorgänge bei der aktiven Akkomodationsentspannung werden eingehender besprochen. R. kommt zu dem Schluß, daß eine primäre willkürliche Pupillenerweiterung zur Zeit noch gänzlich unerwiesen ist, und daß kein Grund vorliegt, die gegenwärtigen Ansichten vom „Pupillenzentrum" zu modifizieren.

7. Zernik, Steglitz: **Neue Arzneimittel, Spezialitäten und Geheimmittel.**

Besprochen werden: Sajodin, Isn, Urocitral, Formurol, Aspirophen, Divinal, Elektricum, Lazarus Gicht- und Rheumatismusseife, Weigands Rheumatismus- und Gichtgeist, Rheumaticon.

8. Ebstein, Göttingen: **Die vegetarische Diät als Volksernährung und als Heilmittel.** Feuilleton.

Die Ausführungen E.s führen zu dem Schluß, daß die reine oder fast reine Pflanzenkost als zweckdienliche Volksernährung bei uns nicht in Betracht kommt. Die Völker, welche sich, freilich auch keineswegs ausschließlich, vegetarisch ernähren, tun dies von Jugend auf, sie gewöhnen und erziehen sich zu einer solchen Nährweise. In gleicher Weise müßte auch bei uns zur eventuellen Erzielung gleicher Zwecke vorgegangen werden. Erst dann ließe sich entscheiden, ob eine vollständige oder fast vollständige vegetarische Diät sich in gleicher Weise bei uns durchführen ließe. Gegenwärtig bedeutet bei uns eine solche Diät infolge der Unmöglichkeit, den Darm mit soviel Pflanzennahrung zu belasten und sie genügend auszunutzen, die Erzeugung einer Inanition, welche für Gesunde, insbesondere aber für Kranke, unheilvoll ist. Die rein vegetarische Ernährung darf als Heilmittel nicht angesehen werden, wenn sie auch vorübergehend zu nützen scheint und mit anscheinend gutem Erfolg vertragen wird. Früher oder später bei dauerndem Gebrauch würde sich die üble Kehrseite einstellen.

Berliner klinische Wochenschrift. Nr 3. 1907.

1. Baumgarten, Tübingen: **Zur Kritik der ascendierenden Tuberkulose im weiblichen Genitaltrakt.**

Durch eine Reihe experimenteller Arbeiten haben B. und seine Mitarbeiter den Nachweis erbracht, dass die Tuberkulose sich innerhalb des Urogenitalsystems in der Richtung der normalen Sekretströme, also descendierend, ausbreitet, es sei denn, dass der Sekretabfluss gehemmt ist, in welchem Falle eine ascendierende Ausbreitung erfolgen kann. Auf grund experimenteller Untersuchungen über den Infektionsweg bei der weiblichen Genitaltuberkulose sind dagegen Jung und Benneke mit der Behauptung aufgetreten, dass ihre Versuchsergebnisse, bezüglich des Ascendierens des tuberkulösen Prozesses, in diametralem Gegensatz zu den Versuchsresultaten B.s ständen. B. unterzieht diese Versuche und die aus denselben gezogenen Schlüsse einer eingehenden Kritik und zeigt, dass auch bei diesen Experimenten, wo es zu einer ascendierenden Infektion gekommen ist, diese wahrscheinlich durch das Moment der Sekretstauung zu stande gekommen ist, dass die von den Autoren aufgestellte Erklärung des von ihnen für diese Fälle angenommenen spontanen Aufsteigens des tuberkulösen Prozesses im Genitaltraktus durch bazillenverschleppende Wanderzellen oder durch antiperistaltische Bewegungen des Uterus äusserst wenig plausibel ist.

2. Leuchs, Berlin: **Ueber die diagnostische Zuverlässigkeit und die Spezifität der Komplementablenkungsmethode bei Typhus und Paratyphus.**

(Nicht abgeschlossen.)

3. Kromayer, Berlin: **Die Anwendung des Lichtes in der Dermatologie.**

(Nicht abgeschlossen.)

4. Senator, Berlin: **Ueber subglottische Laryngoskopie.**

S. beschreibt das von Gerber-Königsberg angegebene Verfahren zur Sichtbarmachung der sogenannten subglottischen Partieen, ganz besonders der Unterfläche der Stimmbänder, durch Einführung eines zweiten Spiegels in den Kehlkopf. Mit Hilfe dieser Methode ist es ihm gelungen, in einem Falle eine kleine Geschwulst an der Unterfläche eines Stimmbandes nachzuweisen, deren Beseitigung mit Aetzmitteln möglich war.

5. Gierke, Freiburg i. B.: **Zur Kritik der Silberspirochaete.**

Bezüglich der Widerlegung der von Schulze und Saling gegen die Silberspirochaete gerichteten Angriffe schliesst sich Verf. den Ausführungen von Levaditi und Hoffmann an. Im einzelnen widerlegt er den Einwand, dass die Maceration des luetisch erkrankten Gewebes, besonders bei Frühgeburten, eine Umwandlung der Nervenendfibrillen herbeiführe, wodurch Spirochaeten vorgetäuscht würden; auch bei stärkster Maceration bei syphilisfreien Kindern hat er niemals spirochaetenähnliche Strukturen nachweisen können. Den doppelten Nachweis der Spirochaeten im Schnittpräparat mit Silberfärbung und im Ausstrichpräparat mit Giemsafärbung von demselben syphilitisch erkrankten Organ hat er mehrfach geführt. Wenn zuzugeben ist, dass Nervenendfibrillen bei der Silberfärbung sich als den Spirochaeten ähnliche Gebilde darstellen können, so ist doch die Differenzierung solcher gewellten Nervenfasern mit ihrer meist beträchtlichen Länge und ihrem unregelmäßigen Windungstypus von den charakteristischen Spirochaeten immer leicht.

6. Witthauer, Halle a. S.: **Novaspirin, ein verbessertes Aspirinpräparat.**

Novaspirin, von der Firma Bayer-Elberfeld hergestellt, ist der Disalicylsäureester der Methylenzitronensäure; der Salicylsäuregehalt beträgt 62%; die Verbindung bildet ein geruchloses, weisses, kristallinisches Pulver, das nur einen schwachsäuerlichen Geschmack zeigt; in Wasser ist es fast unlöslich. Die klinische Erprobung ergab, dass es den Magen nicht angreift und selbst da keine Magenbeschwerden macht, wo Aspirin solche hervorgerufen hatte; auch Patienten mit Hyperacidität vertrugen dasselbe. Die Wirkung des Novaspirins ist schwächer als beim Aspirin, es ist deshalb längere Zeit und vielleicht in grösserer Dosis zu geben. Die antipyretische Wirkung ist gut, die schweisstreibende und schmerzstillende geringer. Besonders empfehlenswert erscheint es bei Influenza.

7. Pewsner, Moskau: **Zur Frage der Schleimabsonderung im Magen.** (Schluss aus Nr. 2.)

Beobachtungen an einem Hunde, dem nach Pawlow ein kleiner Magen angelegt war, haben gezeigt, dass bei Aetzungen der Schleimhaut des grossen Magens mit Argentum-nitricum-Lösungen in diesem eine hochgradige Steigerung der Schleimabsonderung stattfindet, dass aber eine reflektorische Steigerung der Schleimabsonderung im isolierten kleinen Magen nicht eintritt. Die Steigerung im grossen Magen ist als nichts anderes zu betrachten, als eine lokale Reaktion der Schleimhaut auf den lokal wirkenden Reiz. Bei pathologischem Zustand des Magens geht die Absonderung des Magensaftes selbst mit der Schleimabsonderung im Magen

nicht parallel. Diese experimentell nachgewiesene Tatsache gibt klinischen Beobachtungen Ewalds eine Bestätigung. Verf. unterzieht alsdann die in der Literatur niedergelegten Beobachtungen aus der Klinik, die anscheinend Beweise für eine reflektorische, bezw. rein nervöse Absonderung von Schleim im Magen liefern, hauptsächlich die Arbeiten von Dauber „Ueber kontinuierliche Magenschleimsekretion" und von Kuthner „Intermittierende und chronische Gastromyxorrhoe", einer eingehenden Besprechung und zeigt unter Analysierung zweier Fälle eigener Beobachtung und unter Verweisung auf die analogen Krankheitsbilder des Darmes, dass Hypersekretion von Schleim rein nervöser Natur selten vorkommt, dass in denjenigen Fällen, in denen wir eine solche Hypersekretion vermuten, selten genaue Anhaltspunkte vorhanden sind, die mit absoluter Sicherheit dafür sprechen, dass diese gesteigerte Schleimsekretion durchaus nervöser Natur ist und nicht durch irgend welche andere Ursachen hervorgerufen wird.

8. Marx, Berlin: **Praktische Ergebnisse aus dem Gebiete der gerichtlichen Medizin. Die Atemprobe.**

Die Bedeutung der alten Schreyerschen Lungenprobe besteht auch heute noch in vollem Umfange zu recht. Die Frage nach der Bedeutung der Fäulnisprozesse für die Schwimmfähigkeit der Lungen wird noch diskutiert. Doch scheinen neuere Forschungen die von französischen Autoren vor 10 Jahren auf grund von Experimenten aufgestellte Lehre, Lungen, die nicht geatmet hätten, könnten durch Fäulnis niemals schwimmfähig werden, zu widerlegen zu gunsten der älteren Anschauung, dass auch Lungen, die nicht geatmet haben, durch Fäulnis schwimmfähig werden können.

Nr. 4. 1907.

1. Fibiger und Jensen, Kopenhagen: **Ueber die Bedeutung der Milchinfektion für die Entstehung der primären Intestinaltuberkulose im Kindesalter.**

(Nicht abgeschlossen.)

2. Ascoli und Izar, Pavia: **Katalystische Beeinflussung der Leberautolyse durch kolloideale Metalle.**

Verff. haben Versuche darüber angestellt, welche Wirkung die koloidealen Metalle auf die Autolyse, d. h. die Spaltung der Eiweißkörper in vor Fäulnis geschützten Organen, wie sie von Salkowski für Leber und Muskel und von Jacoby für die meisten anderen Organe nachgewiesen ist, ausüben. Als Versuchsobjekt diente Kalbs- und Rinderleber, die jedesmal frisch vom Schlachthof bezogen und zu einem gleichmäßigen Brei zerhackt und verrieben wurde; als Maßstab der autolytischen Wirkung die durch die Autolyse bewirkte Zunahme des durch Hitze bei schwach essigsaurer Reaktion nicht koagulablen Stickstoffs. Die Versuche ergaben, daß schon sehr geringe Mengen kolloidaler Metalle eine merkliche Erhöhung der Leberautolyse hervorrufen, daß dieselbe bei Zusatz steigender Mengen zunächst rasch zunimmt, dann aber bei weiterer Steigerung des Zusatzes der beschleunigende Effekt zwar noch, aber in geringerem Maße ansteigt. Zwischen Gold, Silber, Platin bestehen bezüglich der begünstigenden Wirkung auf die Leberautolyse grobe spezifische Unterschiede nicht, sondern diese kolloidalen Lösungen begünstigen bei gleichem Metallgehalt die Autolyse ungefähr gleichmäßig. Die Frage, auf welche Weise die beobachtete Wirkung der kolloidalen Metalle zu stande kommt, ist zur Zeit noch nicht zu entscheiden.

3. Langstein, Berlin: **Ueber die Bedeutung des durch Essigsäure fällbaren Eiweißkörpers im Harn der Kinder.**

Auf Grund ausgedehnter Untersuchungen präzisiert L. seinen Standpunkt dahin, daß 1. es keine orthotische Albuminurie gibt, in der nicht der durch Essigsäure fällbare Eiweißkörper ausgeschieden wird; er ist konstant in jeder eiweißhaltigen Urinprobe vorhanden. 2. Fälle, in denen nur der durch Essigsäure fällbare Eiweißkörper ausgeschieden wird, charakterisieren sich von vornherein als different von Fällen chronischer Nephritis. 3. Bei der chronischen Nephritis der Kinder ist der durch Essigsäure fällbare Eiweißkörper entweder nicht oder in geringer Menge als anderes Eiweiß vorhanden. Auf die besonderen Maßnahmen, die bei Anstellung der Probe auf diesen Eiweißkörper notwendig sind, um Täuschungen durch Harnsäureausfall zu vermeiden, macht L. erneut aufmerksam.

4. Friedenthal, Nikolassee: **Welche Gewebsbestandteile in entzündlichem Gewebe täuschen Silberspirochaeten vor?**

F. stellt zunächst nebeneinander Bilder einer Giemsaspirochaete, einer Zahnspirochaete aus einer Reinkultur, einer Spirochaete aus der Cornea eines mit Straßenschmutz geimpften Kaninchens, und Originalzeichnungen von „Silberspirochaeten" aus der Hoffmannschen Arbeit, und zeigt an dieser Zusammenstellung, daß die „Silberspirochaeten" die allergeringste Aehnlichkeit mit einer Giemsaspirochaete haben, daß sie alle für die Spirochaete pallida charakteristischen Kennzeichen vermissen lassen. Weiter gibt F. Abbildungen nach einem Originalpräparat Levaditis, in dem Myriaden von Spirochaeten pallida enthalten sein sollten, und zeigt, daß tiefgewundene Spiralen, ähnlich der Spirochaete pallida darin überhaupt nicht vorhanden sind, daß aber alle Lücken im Präparat einen Randstreifen in Spiralform aufweisen, und daß wahrscheinlich diese Ränderversilberung es ist, die zu der Annahme von Myriaden von Spirochaeten Anlaß gegeben hat. Weitere Abbildungen zeigen versilberte Nervenfasern und versilberte Zellgrenzen aus nicht syphilitischer Cornea und aus einem Mammacarcinom, die genau den Bildern entsprechen, wie sie die von Hoffmann und anderen als Spirochaetae pallidae angesehenen Silberspirochaeten aufweisen. F. meint danach, daß die Syphilisforschung mit der Versilberungsmethode den exakten Boden verlassen. Nur wenn typische Giemsaspirochaeten in derselben Weise wie jetzt die Silberspirochaeten bei allen syphilitischen Erkrankungen gefunden werden, dann kann auch ohne Reinkulturen der Zweifel an der aetiologischen Bedeutung der Spirochaete pallida für die Syphilis aufgegeben werden.

5. Brodzki, Kudowa: **Untersuchungen und klinische Erfahrungen mit Litonbrot, einem neuen Diabetikergebäck.**

Neben dem niedrigen, möglichst konstanten Kohlehydratgehalt ist der natürliche Brotgeschmack eine unerläßliche Forderung, die an ein brauchbares Gebäck für den brothungrigen Diabetiker zu stellen ist. Im Gegensatz zu früheren Zeiten ist man zu dem Prinzip zurückgekehrt, auch für die kohlehydratarmen Gebäcke nur Stoffe zu verwenden, die im Getreidekorn enthalten sind. Nach diesen Gesichtspunkten ist das „Litonbrot" hergestellt; seine Bestandteile sind Weizenkleber („Glidin" Dr. Klopfers) und eine Substanz der Roggenkeimlinge. Das Klebereiweiß bedingt die Backfähigkeit und auch den Brotgeschmack; es ist aber nicht möglich, mit Kleber allein zu backen, sondern man bedarf noch eines Füllmittels, das die Stärke ersetzt; dieses ist in den isolierten Roggenkeimlingen gefunden, die durch Behandeln mit Malzinfus und Auswaschen von dem größten Teil ihrer Kohlehydrate befreit werden. Das Litonbrot wird mit einem Gehalt an Kohlehydraten von 3% und 10% hergestellt von Rademanns Nährmittelfabrik. Die klinische Erprobung an einer Anzahl von Diabetesfällen ergab, daß das Litonbrot überall gern genommen und der Brothunger gestillt wurde; die günstige quantitative Beeinflussung der Glycosurie wird an einem der Beispiele eingehend erläutert.

6. Kromayer, Berlin: **Die Anwendung des Lichtes in der Dermatologie.**

(Noch nicht abgeschlossen.)

7. Leuchs, Berlin: **Ueber die diagnostische Zuverlässigkeit und die Spezifität der Komplementbindungsmethode bei Typhus und Paratyphus.** (Schluß aus Nr. 3.)

Auf Grund von Versuchen, die er mit lebenden oder bei 60° abgetöteten Vollbakterien anstellte, hat Moreschi behauptet, daß das Komplementablenkungsverfahren wenigstens bei Typhus weder zur Titrierung eines spezifischen Immunserums, noch für den Nachweis kleiner Bakterienmengen so zuverlässig sei, daß seine praktische Verwertung empfohlen werden könnte, und daß das Verfahren in dieser Hinsicht nicht den Erwartungen entspreche, die man nach den Veröffentlichungen von Wassermann, Bruck, Kolle hätte stellen können. L. hat nun entsprechende Versuche angestellt mit genauer Innehaltung der von Wassermann-Bruck angegebenen Versuchsanordnung, nach der statt der in der Serodiagnostik bisher allgemein angewendeten Suspensionen der Vollbakterien verschiedenartig hergestellte Extrakte aus Bakterienkörpern, also gelöste Bakteriensubstanzen in Anwendung gebracht werden. Die Versuche ergaben, daß bei Anwendung dieser Ver-

suchsanordnung das Komplementbindungsvorfahren auch für Typhus und Paratyphus völlig brauchbar ist. Im Gegensatz zu Moreschi kommt L. danach zu dem Schlusse, daß das Verfahren absolut zuverlässig, spezifisch und vielleicht empfindlicher arbeitet, als die bisher für die gleichen Zwecke gebräuchlichen Methoden.

8. Beitzke: **Einiges über das Fieber.**

Allen Arten von Fiebern gemeinsam ist die Erhöhung der Eigenwärme und die Erhöhung des Stoffwechsels. Die Erhöhung der Eigenwärme geschieht durch vermehrte Wärmeproduktion und ungenügende Wärmeabgabe; das Verhältnis dieser beiden Faktoren kann bei den verschiedenen Fieberstadien in verschiedenster Weise variieren. Die Quelle der vermehrten Wärmebildung im Fieber ist ein erhöhter Stoffwechsel. Dieser ist das Primäre und Wesentliche, wenn auch ein Teil des vermehrten Stoffzerfalls auf Rechnung der vorhandenen Temperatursteigerung zu setzen ist. Der Stoffumsatz erfährt keine groben qualitativen Störungen, nur die quantitativen Verhältnisse sind geändert. Welche Stoffe im Fieber zerlegt werden, ist noch nicht erschöpfend untersucht. Der größte Teil des vermehrten Stoffwechsels betrifft die Eiweißkörper. In welchem Umfange die Kohlehydrate an der Vermehrung des Stoffwechsels beteiligt sind, ist schwer zu beantworten; auch die Frage nach der Rolle des Fettes beim Stoffzerfall im Fieber ist noch nicht völlig geklärt. Indirekt beteiligt an den Zersetzungsvorgängen im Fieber sind das Wasser und die anorganischen Salze. An welchen Orten im Körper die gesteigerte Stoffzersetzung stattfindet, ist zur Zeit noch strittig; wahrscheinlich ist die Hauptwärmequelle, wie beim Gesunden so auch beim Fiebernden, in den Muskeln zu suchen. Die Ursache für die Steigerung der Wärmeproduktion und die Behinderung der Wärmeabgabe scheint keine einheitliche zu sein. Die meisten Fieber entstehen durch die Wirkung von Mikroorganismen, wenn diese selber oder ihre Gifte in den Kreislauf gelangen; welche Art von Gift für die Fieberentstehung verantwortlich zu machen ist, ist noch dunkel; ein allen Mikroorganismen gemeinsames Fiebergift darzustellen, ist bisher nicht gelungen. Außer dem Fieber durch Mikroorganismen, gibt es noch ein solches durch mineralische Gifte (z. B. Jod, Argent. nitric.), vor allem aber durch Resorption im Körper (Darm, Uterus) gebildeter Fäulnisgifte oder durch Resorption größerer Blutergüsse (Fermentfieber). Eine besondere Kategorie bilden die Fieber bei gewissen Laesionen des Zentralnervensystems (Traumen, Delirium tremens, Epilepsie, Tumoren). Für diese muß wohl die Annahme einer Fieberentstehung durch primäre Erkrankung oder Reizung der wärmeregulierenden Orte im Zentralnervensystem gelten; dabei braucht man nicht so weit zu gehen wie Aronsohn, der nach experimenteller Erzeugung von Fieber durch Reizung des Corpus striatum („Wärmestich") einen toxischen Eiweißzerfall im Fieber ablehnt, dagegen behauptet, dass die Fieberursache allemal zunächst auf das Wärmezentrum wirkt, und daß ein Fieber ohne Mitwirkung des Nervensystems nicht vorkommen könne. Die Annahme einer Fiebergenese durch Vermittlung des Zentralnervensystems würde auch die sonst ganz rätselhafte Unzulänglichkeit der Wärmeabgabe im Fieber erklärlich machen, etwa durch Beeinflussung des Vasomotorenzentrums. Immerhin muß vorläufig die Annahme gelten, daß der Symptomenkomplex des Fiebers nicht nur durch verschiedene Ursachen, sondern auch auf verschiedene Weise ausgelöst werden kann. Was die Bedeutung des Fiebers betrifft, so bricht sich immer mehr die Anschauung Bahn, daß im Fieber eine für den Organismus nützliche Erscheinung zu erblicken ist.

Wiener klinische Wochenschrift. Nr. 2. 1907.

1. Wagner von Jauregg: **Zweiter Bericht über die Behandlung des endemischen Kretinismus mit Schilddrüsensubstanz.**

2. Hermann Riedl, Linz a. D.: **Ein weiterer Fall von Totalluxation der Halswirbelsäule mit Ausgang in Genesung.**

Beim Hinunterstürzen von einer Leiter erfolgte bei einer 45-jährigen Frau eine doppelseitige, totale Luxation der Halswirbelsäule zwischen dem vierten und fünften Halswirbel; luxiert ist der vierte. Die Halswirbelsäule bildet einen nach vorn offenen Winkel von za. 130°. Der Körper des vierten Halswirbels ist über den des fünften derart nach vorn gerutscht, daß er ganz auf der Bodenfläche desselben aufliegt; die Gelenkfortsätze beider Wirbel sind völlig aus ihren Verbindungen gelöst und zwar beiderseits, die oberen nach vorn, die unteren frei nach hinten verschoben. Die wieder verschwundenen Lähmungserscheinungen sind wahrscheinlich durch Kompression des Rückenmarks durch Blutextravasate, herrührend von Verletzungen des Venenplexus der Dura, zu erklären. Es gelang nicht, mittels der Glissonschen Schlinge in Narkose die Einrenkung zu erzielen; bei einer blutigen Operation fand man feste Verwachsungen zwischen den übereinandergeschobenen Wirbelkörpern. Von einem weiteren Vorgehen bezw. Resektion der fest verkeilten Gelenkfortsätze wird Abstand genommen, da die Befürchtung besteht, daß dadurch die gepreßten und miteinander verlöteten Wirbelkörper ihren Halt verlieren und sich noch stärker verschieben. Der Zustand der Patientin hat sich im Laufe der Zeit so gebessert, daß eine Operation nicht notwendig ist, und die Befürchtung einer stärkeren Kompression des Halsmarks ist so gut wie ausgeschlossen.

3. Hauser, Teplitz-Schönau: **Die Radioaktivität der Teplitz-Schönauer Urquelle.**

Durch fortlaufende, über den Zeitraum eines Jahres sich erstreckende Untersuchungen und Messungen der Radioaktivität oder der „Emanation" der Teplitzer Urquelle hat H. festgestellt, daß die kühleren Quellen gegenüber den wärmeren bezüglich des Emanationsgehaltes ein wenig bevorzugt seien. Die Radioaktivität der Urquelle ist von hoher Konstanz und scheint vollkommen unabhängig zu sein von der Jahreszeit. Ein Zusammenhang geringfügiger Variationen mit der Eigentemperatur der Quelle oder der Lufttemperatur oder dem Luftdrucke ist nicht anzunehmen. Die Ursachen für die Beständigkeit des Emanationsgehaltes sind in der eigentümlichen Beschaffenheit des Quellursprunges zu suchen; die Teplitzer Quellen gehören zu den „iuvenilen" Thermen. Die Frage, ob die Radioaktivität der Thermen die Bedeutung eines wirksamen und heilenden Faktors hat, wird zwar vertrauensvoll bejaht; exakte Untersuchungen über diesen Gegenstand liegen aber nur sehr wenige bis jetzt vor. Die sonstige therapeutische Wirkung des Radiums ist bereits festgestellt, ebenso die Aufnahme der Emanation durch den menschlichen Körper, durch Trinken, Baden, per Klysma. Durch die Ausatmung wird die Emanation wieder abgegeben. Wo und in welcher Weise letztere ihre Wirksamkeit entfaltet, entzieht sich noch unserer Kenntnis. Zu beachten ist, daß natürliche und künstliche Emanation sich nicht identisch verhalten, und daß die Armut der Teplitzer Quellen an Quellgas ein Vorzug ist, da Quellen mit starker Gasentwicklung schwächer radioaktiv sind wie gasarme. Verfasser schlägt vor, den durch die Entdeckung der Radioaktivität für die Thermalquellen gefundenen neuen und zahlenmäßig auszudrückenden Faktor, dargestellt aus dem Produkt aus Emanationsgehalt und Temperatur, „Aktivitätswärmekoeffizienten" oder „physikalischen Wertkoeffizienten" der Thermen zu benennen.

4. Külbs, Wien: **Ein Fall von Aktinomykose der großen Zehe.**

Nach einer Latenzdauer von zwei Jahren tritt an dieser ungewöhnlichen Stelle Aktinomykose auf, die vielleicht durch Einlegesohlen von Stroh verursacht worden ist. Gegenüber der üblichen Form der eitrigen Einschmelzung und Fistelbildung zeigte sich hier derbes Bindegewebe, das den Charakter der Entzündung fast völlig verbarg und eher einen rapid gewachsenen Tumor vermuten ließ. Bakteriologisch wichtig war die Aehnlichkeit mit dem Madurafuß.

5. Kreibich: **Erwiderung auf den Vortrag L. Töröks** „Die Angioneurosenlehre und die haematogene Hautentzündung".

Török leugnet jede angioneurotische Entzündung, faßt die Quaddel als eine durch toxische Beeinflussung der Gefäßwand entstandene seröse Entzündung auf. K. behauptet, jede Quaddel entsteht als angioneurotisches Oedem durch Nerveneinfluß. Auf die Quaddel kann echte Entzündung folgen; diese kann nur ihren Grund entweder in der direkten Schädigung der Gefäßwand durch jenes Toxin haben, welches anfangs durch Einwirkung auf den Gefäßnerv die Quaddel verursachte (Urticaria externa), oder sie kann die Folge der ersten intensiven Nervenerregung sein (Urticaria interna). Für K. sind die Tierexperimente T.s und anderer nicht überzeugend, da der Nerveneinfluß nicht völlig ausgeschaltet ist, und Tatsachen dabei auftreten, die nur durch gesteigerte ner-

vöse Erregbarkeit erklärt werden können. Ferner kann K. die Untersuchungen T.s über den Eiweißgehalt „urticarieller" Prozesse nicht als beweisend anerkennen, da das Untersuchungsmateria sicher nicht aus Quaddeln, sondern aus exsudativen Entzündungen stammte. K. fand in den Quaddeln ein hoch brechbares Sekret, dem als Ausdruck der Gefäßwandschädigung stets eine intensive Entzündung folgen müßte, was aber bei der einfachen Urticaria nie der Fall ist. Was die Frage „neurotische Gangrän und Simulation" anbetrifft, so beschreibt K. noch einmal eingehend seine Fälle, bei denen jede Simulation ausgeschlossen ist, und verweist auf andere einschlägige Arbeiten über denselben Gegenstand.

Bücherbesprechung.

Sexuelle Ethik. Ein Vortrag, mit Anhang: Beispiele ethisch-sexueller Konflikte aus dem Leben. Von Dr. A. Forel. Gr. 8⁰, 55 Seiten, 1906. München, Ernst Reinhard.

Wer Forel, „die sexuelle Frage" gelesen hat, dem bietet diese Zusammenfassung des Vfs. nichts neues. Sie ist aber wichtig für alle Stände und Berufsklassen; insbesondere Pädagogen und Theologen. Aber auch dem Arzte hat das Buch viel zu sagen, gibt es leider noch Aerzte, die in sexuellen Fragen auf einem veralteten, ich möchte sagen, theologischen Standpunkte stehen. Ref. bekennt sich im wesentlichen als Anhänger des Forelschen Standpunktes in der sexuellen Ethik und empfiehlt die vorliegende Studie angelegentlich zur Lektüre. G. Flatau, Berlin.

Vermischtes.

Berlin. In der Sitzung der Stadtverordnetenversammlung vom 31. Januar 1906 kam die schon wiederholt erwähnte Angelegenheit der Errichtung eines städtischen Gesundheitamts zur Verhandlung. Der zur Beratung der Vorlage eingesetzte Ausschuß empfahl folgenden Beschluß: „Die Versammlung erklärt sich mit der Vorlage des Magistrats mit der Maßgabe einverstanden, 1. daß das Untersuchungsamt für Nahrungsmittel, Genußmittel und Gebrauchsgegenstände hinfort als „Gesundheitsamt der Stadt Berlin" bezeichnet wird, 2. daß für den Untersuchungsbetrieb und für die Leitung des Amtes a) ein Hygieniker als Direktor mit einem Anfangsgehalt von 10 bis 1200 Mark, b) drei Abteilungsvorsteher für je eine chemische, physikalische und bakteriologische Abteilung mit einem Anfangsgehalt von je 6000 Mark, sowie c) die erforderliche Anzahl von Assistenten mit einem Anfangsgehalt von je 3000 Mark eingestellt werden. — Die Versammlung ersucht den Magistrat, im Einvernehmen mit dem alsbald zu wählenden Direktor die Wahl der drei Abteilungsvorsteher noch vor Eröffnung des Amtes vorzunehmen und die Bildung einer Deputation für das Gesundheitsamt möglichst bald zu veranlassen." In der Begründung des Antrags hob der Berichterstatter (Dr. Paul) hervor, daß schon seit Jahrzehnten durch Petitionen und Anträge der Stadtverordnetenversammlung wiederholt die Errichtung eines städtischen Gesundheitsamts gefordert worden sei. Die Anträge seien aber beim Magistrat immer auf unfruchtbaren Boden gefallen, zum Teil weil nach Ansicht des Magistrats genügend Sachverständige in der Stadtverwaltung vorhanden seien. — In der Debatte sprachen einige Redner lebhaft für den Ausschußantrag, darunter die Aerzte Zadek und Landau, andere dagegen: unter den letzteren — man kann beinahe hinzusetzen: „natürlich" — der Oberbürgermeister. Er hält ein solches umfassendes Institut nicht für nötig, denn die hygienischen Verhältnisse Berlins seien sehr gut, in vieler Beziehung musterhaft, wir brauchten also nicht eine Instanz, „die nun erst die Hygiene in Berlin in die Hand nehmen müsse". Man solle erst einmal das vom Magistrat geplante „Nahrungsmittelamt" sich entwickeln lassen. Eine gute Sache entwickele sich am besten aus sich heraus, aus kleinen Anfängen. — Das ist derselbe Standpunkt des „Ich kann warten", den Oberbürgermeister und Magistrat schon in manchen kommunalen Fragen, wo es darauf ankam, großzügige und weitausschauende Politik zu treiben, vertreten hat und wo auf diese Weise der richtige Moment für ein zweckmäßiges Handeln zum Schaden der städtischen Interessen verabsäumt worden ist: wir erinnern nur an die Eingemeindungsfrage und an die Verstadtlichung der Straßenbahnen. Vorsicht ist gewiß eine schätzenswerte Tugend auch bei einem Oberbürgermeister, aber sie darf nicht das dominierende Leitmotiv werden, am wenigsten in Unternehmungen, deren wesentlicher Charakter eine umfassende Organisation und einen Großbetrieb verlangt und die nur bei einer solchen Anlage der Haupt- und Residenzstadt würdig sind. Sonst wird die Vorsicht schließlich eine Krähwinkelei. Gewiß sind, wie auch Landau hervorhob, die Berliner hygienischen Verhältnisse nicht schlecht zu nennen, und gewiß sind viele Dinge bei uns musterhaft. Das kann aber doch nicht Veranlassung geben, die jetzige Organisation als ideal zu bezeichnen und alle Fortschritte a limine zu verwerfen. Wenn der Oberbürgermeister wiederholt darauf hinwies, daß in der Debatte bezüglich der Organisation des geforderten Gesundheitsamts keine Klarheit herrsche, so muß man ihm Recht geben: allein in der Verhandlung am 31. kam es doch wohl nur darauf an, die prinzipielle Frage zu beantworten. Die weitere Ausgestaltung des Plans bedarf naturgemäß noch einer eingehenden Beratung seitens kompetenter Sachverständiger. Daß eine zweckmäßige Basis für die Errichtung des geforderten Instituts zu gewinnen möglich ist, bestreitet wohl auch der Oberbürgermeister nicht: an Beispielen für ein großstädtisches Gesundheitsamt fehlt es doch nicht; und auch hier gilt das Wort: „Wo ein Wille ist, da ist auch ein Weg". Daß aber beim Oberbürgermeister dieser „Wille" vorhanden ist, davon haben wir uns nach seinen in der Tagespresse wiedergegebenen Bemerkungen nicht überzeugen können.

Die Notwendigkeit der inneren Behandlung der Gonorrhoe. Von Dr. Arthur Coblenzer, Berlin. Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene Nr. XI. 1906.

Eine Warnung vor der Überschätzung der rein lokalen Gonorrhoe-Therapie und der Hinweis auf den Wert und die Notwendigkeit der inneren Behandlung des Trippers, den wir ja jetzt als eine häufig mit Bakteriaemie einhergehende Infektionskrankheit kennen gelernt haben, könnte fast unnötig erscheinen, da wohl allgemein von nahezu allen anerkannten Spezialärzten der internen Medikation neben der Injektionstherapie der gebührende Platz eingeräumt wird. Gleichwohl ist es ein Verdienst des Verfassers, daß er diese auch für die allgemeine Praxis so überaus wichtige Frage eingehend beleuchtet und die hohe Bedeutung der inneren Gonorrhoe-Therapie an der Hand markanter Aussprüche der ersten Fachautoritäten klargelegt hat. Zeißl, Finger, Kopp u. a. m. stehen ja ganz entschieden auf diesem Standpunkte. Das Resultat der Orientierung über den gegenwärtigen Stand der Frage ist: In keinem Falle darf auf die innere Behandlung verzichtet werden.

Den ersten Rang unter den inneren Antigonorrhoicis nimmt nach Verfasser zweifellos das Arhovin*) ein, welches ganz frei ist von den bekannten unangenehmen Nebenwirkungen der Balsamicas. Arhovin ist völlig ungiftig, wird „stets gern genommen und ausnahmslos gut vertragen." Nie sind Magenstörungen beobachtet. Nierenreizung ist ausgeschlossen. Dabei wirkt es „antiseptisch und speziell gonokokkenvernichtend, wie auch aus den von Piorkowski angestellten Versuchen hervorgeht. Alkalischer Urin wird bei Arhovingebrauch sauer.

Einige ausführlicher wiedergegebene Krankengeschichten erweisen klar den auf diesen Eigenschaften beruhenden vorzüglichen Einfluß des Arhovins auf den gonorrhoischen Prozeß. 3—6 Kapseln à 0,25 pro die bewirkten in allen Fällen von akuter Gonorrhoe (ant. u. post.) rasches Schwinden der Schmerzen, Erleichterung des Urinierens, Nachlassen der Entzündungserscheinungen, Spärlicherwerden des Ausflusses und Verschwinden der Gonokokken im Sekret. Die Heilungsdauer wurde nicht unbeträchtlich verkürzt. In gleicher Weise ausgesprochen ist die Wirkung bei chronischer Gonorrhoe.

Erwähnt sei noch, daß auch die externe Anwendung des Arhovins bei Urethritis, Prostatitis chronica (neben dem inneren Gebrauch) und bei Fluor albus gonorrhoicus mit Erosionen der Portio sich dem Verf. gut bewährt hat.

Auf Grund seiner ausgedehnten Beobachtungen erklärt Verf. zum Schluß: „Ich halte danach das Arhovin für das beste innere Antigonorrhoicum, über das wir zur Zeit verfügen."

*) Chemisches Institut Dr. A Horowitz, Berlin.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Der Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen.



R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P. Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 11. März 1907. **Nr. 10.**

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Die Züchtung der Tierlymphe.

Von Dr. **Paul Schenk.**

Jenners unsterbliche Entdeckung stiftet auch für die Gegenwart den größten Segen. Kein Impfarzt wird leugnen, daß wir nur durch die Jennersche Methode der Impfung der Schutzpocken, bezw. durch die auf den Jennerschen Erfahrungen fußenden Vorschriften der gesetzlichen Zwangsimpfung in den Stand gesetzt wurden, die Epidemien der natürlichen Blattern vom Leibe unseres Volkes fernzuhalten. Nur Leichtgläubige können meinen, daß die uns von seiten der Pocken drohende Gefahr so gering ist, daß sie die Kosten für die Durchführung des Impfgesetzes und die damit verbundenen Störungen der Gesundheit nicht rechtfertigt. Indessen müssen wir fort und fort bestrebt sein, die unerwünschten, mit der Impfung noch immer viel zu häufig verbundenen Begleiterscheinungen auf ein Minimum herabzusetzen und womöglich ganz zu beseitigen. Zur Erreichung dieses Zweckes ist nicht nur eine strenge Durchführung derjenigen Vorschriften erforderlich, welche die „Operations"-Technik der Impfung und die Zurückweisung gewisser, namentlich ekzematöser Kinder von der Impfung betreffen, sondern vor allem die Gewinnung und Verarbeitung eines für seinen Zweck besonders gut geeigneten „idealen" Impfstoffes. Da wir das die Impfpusteln erzeugende Agens noch immer nicht kennen, so bietet die Lehre von der Schutzpockenimpfung noch viele auf rein empirischem Wege gewonnene Tatsachen. Das gilt für die Gewinnung der animalen Lymphe noch viel mehr als für die Impftechnik. Erst ganz allmählich hat man versucht, durch bestimmt formulierte Experimente hier Klarheit zu schaffen. So ist man daran gegangen, die von Schafen oder Kaninchen gewonnene Lymphe auf ihre Wirksamkeit für den Menschen zu untersuchen. Jedoch dringt von diesen Versuchen recht wenig an die weitere ärztliche Oeffentlichkeit. Auch ist das Interesse für dieses theoretisch und praktisch ungemein wichtige Gebiet bei den Aerzten anscheinend keineswegs so lebhaft, wie man es a priori voraussetzen sollte.

Der Direktor der bayerischen Zentral-Impfanstalt in München, Medicinalrat Dr. Stumpf hat vor kurzem recht bemerkenswerte Mitteilungen über die Züchtung der Tierlymphe gemacht*). Wir erfahren aus diesen Mitteilungen zunächst, daß auch derjenige, welcher sich heute mit der Erzeugung von tierischer Lymphe zu beschäftigen hat, von üblen Zufällen und Täuschungen keineswegs verschont bleibt. Dabei müssen hier, wo es sich nicht um Meerschweinchen oder Kaninchen, sondern um Genußtiere von dem Werte eines Kalbes oder gar des jungen Rindes handelt, alle Tierversuche besonders wohlbegründet und vorsichtig erwogen sein.

Bei der Züchtung der Tierlymphe ist die richtige „animale" Lymphe zu unterscheiden von der Retrovaccine und der Variola-Vaccine. Wird der Pustelinhalt von variola vera humana auf das Kalb verimpft, so geben die Pusteln dieses Kalbes die Variola-Vaccine. Diese Variola-Vaccine, durch mehrere Generationen von Kälbern fortgeimpft, liefert ein Produkt, das sich in seinen Eigenschaften mehr und mehr von dem Pustelinhalt bei variola vera humana entfernt: Aus der Variola-Vaccine wird die reine animale Lymphe. Diese animale Lymphe, auf das Kind und von diesem zurück auf das Kalb verimpft, gibt die „Retrovaccine". Die genannten drei Zuchtprodukte sind wohl charakterisiert. Ihre Charaktere erhalten sich mit derselben Konstanz, welche die wahre Menschenblatter in so hohem Grade seit Menschengedenken auszeichnet. Der künstlichen Fortzüchtung wird jedoch verhältnismäßig früh durch in ihrem Wesen noch unklare Umstände ein Ende bereitet. Die Zuchtresultate wechseln für die verschiedenen Arten der Pockenlymphe je nach der Methode der Verimpfung. Gegen das Virus der variola humana ist das Kalb sehr resistent. Die Ueberimpfung muß daher außerordentlich intensiv vorgenommen werden. Andererseits liefert die Variola-Vaccine beim Menschen viel mehr Antitoxin, als Impfstoffe, welche auf dem Wege kürzerer oder längerer Inzucht gewonnen wurden. Die Impfärzte haben sich lange gescheut, direkte Abkömmlinge von Menschenblattern auf den Menschen zu verimpfen. Im Jahre 1890 wagte der verstorbene Medicinalrat Dr. Fischer in Karlsruhe zum ersten Male, eine solche Variola-Vaccine-Lymphe in dritter Descendenz auf den Arm eines Kindes zu überimpfen. Er machte dieses Experiment — ein solches müssen wir es immerhin nennen — bemerkenswerter Weise am Arme seines kleinen Enkels. Dieses Faktum verdient gegenüber den Angriffen der Impfgegner besonders auszeichnend hervorgehoben zu werden. Die Impfung blieb durchaus lokal, und die Pusteln verliefen völlig reizlos. Medicinalrat Stumpf selber hat Variola-Vaccine in dritter Descendenz auf 14 Kinder verimpft mit dem Erfolge von wirklich „idealen", auf den Ort der Impfung beschränkten und dabei völlig reizlosen Pusteln. Bei sechs Impflingen brachte auch Variola-Vaccine zweiter Descendenz nur reine lokale Pustelbildung hervor. Auf Grund seiner Erfahrungen hält Stumpf die Ueberimpfung der variola humana auf das Rind für die idealste Regeneration eines durch beständige Inzucht degenerierten Vaccine-Stammes. Stumpf verlangt daher, daß einer jeden Zentral-Impfstofferzeugungsanstalt von jedem innerhalb der Landesgrenzen vorkommenden Blatternfall sofort Kenntnis gegeben wird. Natürlich ist es nicht gleichgültig, an welchem Tage der Krankheit der Inhalt der Pusteln eines an den richtigen Blattern Erkrankten auf das Rind überimpft wird. Nach den Versuchen von Stumpf ist das klare Serum des Krankheitsbeginnes bei weitem nicht so erfolgreich wie der Pustelstoff, welcher auf der Höhe der Krankheit entnommen wird. Dieser

*) Bericht über die dritte Landesversammlung des bayerischen Medicinalbeamten-Vereins in Nürnberg. Berlin (H. Kornfeld) 1906.

Pustelstoff vermag auf dem Rinde ganz gewaltige Pusteln von 23–25 mm Durchmesser zu erzeugen, welche bei der Entnahme mittels des scharfen Löffels große, wie mit dem Locheisen ausgeschlagene Gewebsdefekte in der Haut zurücklassen und die Entstehung von entsprechend großen Narben zur Folge haben. Die Art der Entstehung und Entwicklung dieser Pusteln beim Rinde steht im übrigen den Verhältnissen bei den menschlichen Blattern außerordentlich nahe. Daraus ist zu schließen, daß schon eine einmalige Passage durch das Rind imstande ist, das Gift der Menschenblattern seiner Allgemeinwirkung zu berauben und in die im wesentlichen nur lokal wirkende Vaccine umzuwandeln. Bei der Weiterzucht von Rind auf Rind werden die Pusteln allmählich kleiner und reifen schneller. Immerhin verlangt jede einzelne Pustel einen gewissen Raum zu ihrer Weiterentwicklung. Wo es sich um die schnelle Massenproduktion von Lymphe handelt, ist die Retrovaccine der von der Variola-Vaccine abstammenden „animalen" Lymphe weit vorzuziehen.

Die Retrovaccine ist ein Quantitäts-, die animale Lymphe ein Qualitätsstoff. (Stumpf.)

Die Art der Gewinnung der Retrovaccine ist von der „Operationstechnik" bei der Herstellung der rein animalen Lymphe durchaus verschieden. Die animalen Zuchtstämme werden durch einzelne Stiche und Striche von einem Rinde auf das andere fortgepflanzt. Die Quantitätslymphe dagegen wird gewonnen, indem man das mit Kinderlymphe armierte Impfmesser die rasierte Bauchfläche des Tieres kreuz und quer durchfurchen läßt, um auf diese Weise eine konfluierende Impffläche zu erzeugen. Die einzelne Pustel ist dabei häufig nur stecknadelkopfgroß und bereits vor dem fünften Tage, dem Durchschnittstage der Reifung der animalen Lymphe, reif zur Abnahme. Andererseits ist die Retrovaccine meist von geringerer Haltbarkeit. Gerade die jungen, nicht genügend abgelagerten Retrovaccine-Sorten machen aber nach Stumpf wohl durchweg größere, auf Mischinfektion beruhende Reizerscheinungen auf dem Arme der Impflinge als die aus der Zucht animaler Stämme gewonnenen Sorten.

Bei den hohen Anforderungen, welche bei Beginn der Impfperioden an die Impfstofferzeugungsanstalten gestellt werden, wird die Verwendung von Retrovaccine vielfach zur Notwendigkeit. Bei der Ueberimpfung der vom Arme des kindlichen Impflings gewonnenen Lymphe auf das Kalb wird durchschnittlich die mehr als dreifache Menge von Impfstoff gewonnen als bei der Weiterzüchtung der animalen Lymphe. Stumpf gibt die folgenden Zahlen für ein Tier:

Bei animaler Lymphe: 2,5 g Rohstoff = 2200 Portionen Glycerin-Emulsion Gesamtertrag

Bei Retrovaccine: 8–9 g Rohstoff = 7000 Portionen Emulsion Gesamtertrag.

Bei der ausschließlichen Produktion von animaler Lymphe würden also für einen Jahresbedarf von 500000 Portionen zum mindesten 220 Rinder erforderlich sein, bei Retrovaccine noch nicht der dritte Teil. Außer dem Kostenpunkt kommt die Zeit in Betracht. An einem Tage kann nicht gut mehr als eine einzige Lymphesorte gewonnen werden. Sollen die großen gerade für den Anfang der alljährlichen Impfperiode erforderten Lymphmengen rechtzeitig bereitstehen, so muß entsprechend früh mit der Impfung an den Kälbern begonnen werden. Andererseits darf die Lymphe nicht zu abgelagert sein. Sonst wird sie wirkungslos. Eine Lymphe, die über zwei Monate lagert, ist in Bezug auf ihre Wirksamkeit nicht mehr einwandsfrei. Sollen aber, wie es für das Königreich Bayern und ähnlich wohl für die Provinz Brandenburg der Fall ist, für den Anfang der Impfperiode ungefähr 250000 Portionen Lymphe bereit liegen, so müßte mit der Impfung der zur Gewinnung „animaler" Lymphe erforderlichen 110 Kälber ungefähr 110 Tage früher begonnen werden. Daraus ergibt sich die Unmöglichkeit der Produktion ausschließlich rein „animaler" Lymphe für große Impfanstalten. Die Retrovaccine wird aber nur unter besonders günstigen Umständen zu einem höchst wirksamen Schutzstoffe werden können, welcher neben den bedeutenden Quantitätserfolgen auch erstklassige Qualitätswirkungen zu zeitigen vermag.

Aus allen diesen Untersuchungen erhellt mit voller Sicherheit das Eine: wir sind wohl imstande, eine Abstufung in der Wirksamkeit der verschiedenen Sorten von Tierlymphe zu konstatieren, aber noch weit entfernt davon, einen in seiner Toxinwirkung einigermaßen gleichmäßigen und genau zu kontrollierenden Impfstoff herstellen zu können.

Feuilleton.

Populäre Medicin vor 200 Jahren.

Die Geschichte der Heilkunde, soweit sie sich mit der populären Medicin befasst, berücksichtigt zumeist die im niederen Volke geübte Praxis, in der sich in so sonderbarer Weise alterprobte Kenntnis, Aberglaube und hin und wieder einmal ein Brocken der wissenschaftlichen Medicin zusammenfanden. Es verlohnt wohl der Mühe, sich einmal nach den medicinischen Kenntnissen umzusehen, wie sie in den höheren Kreisen der Laien verbreitet waren. Angaben hierüber finden wir in einem Abschnitt eines im Jahre 1713 in Hamburg erschienenen Buches, wohl des ersten Reisehandbuches im heutigen Sinne: „Die vornehmsten Europäischen Reisen, wie solche durch Deutschland, Frankreich, Italien, Holl- und Engelland, Dänemarck und Schweden, vermittelst der darzu verfertigten Reise-Carten nach den bequemsten Postwegen anzustellen, und was auf solchen curieuses zu bemerken usw. usw." Die dort aufgeführten „Bewährten Mittel, deren sich Passagiers auf Reisen in allerhand Zufällen und bey ereignender Unpäßlichkeit sehr nützlich bedienen können", von denen wir einige Beispiele geben wollen, waren natürlich für das damalige Reisepublikum der vornehmsten Gesellschaftsklassen bestimmt.

Ueber zu weit gehende Spezialisierung hatte ja die damalige Wissenschaft nicht zu klagen, und so konnte denn der Reisende eine Universalsalbe „zurichten, so gut ist sowohl in gestochenen als gehauenen Wunden, in Zerquetschungen, Zahnschmertzen, Gicht, Magenbeschwerde, Krebs- und Miltzpein etc. Nehmet anderthalb Pfund Olivenöl, ein viertel spanische Seiffe, Lorbern und Mennig, ein jegliches ein halb Pfund, zwei Quintlein Campher, Alaun ein Loth . . ." Gegen einen „bösen Hals" „binde man die Strümpffe veste um den Hals; wann dieses nicht hilft, so nehmet geschälete Rüben und etwas Kuhmist (!) und kochet es mit dünnem Bier ab, bindet es um den Hals . . ." Mist besass auch auf anderem Gebiete grosse Heilkraft; als Beispiel ein Rezept, das man nicht für möglich halten sollte. „Für die Zerquetschungen der Hand oder anderer Teile nehmet den Saft vom stinkenden Mist und tröpffet denselben in die Wunde hinein." Nun noch ein Beispiel aus der Chirurgie. „Geschichts, dass jemand einen Arm oder Bein zerbricht, so lasset als bald ein Tuch, das mit Essig und Wasser befeuchtet ist, umschlagen. Zuweilen muss ein Barbier dazu geholet werden, der die zerbrochenen Theile wieder zurecht setze." Probatum est! Eine beherzigenswerte Mahnung wird bei der Behandlung der Pleuritis gegeben; „wenn Aderlass und hernach ein Quintlein Krebsaugen nicht geholfen haben, so müsse man einen Doktor fordern lassen, ansehen, sonst ein Unfall leicht begegnen kann." Innerliche Verletzungen sind sehr bald kuriert; „Wenn jemand gefallen ist, und sich inwendig verwundet hat, alsdann dienet folgendes: Lasset ihn vor 2 Schilling oder 1 Ggr. Krebsaugen mit eben so viel Theriac in Bier oder Wein nehmen." Wer an Nasenbluten leidet, braucht nur ein Stück Kreide in die Hand zu nehmen, bei Schnupfen rieche man an Nelken. „Zuweilen ist



die Luft mit Pestilentzialischem Gift verunreinigt; um sich von derselben zu befreien, so nehmet einen Löffel voll Essig mit etwas Weinraute vermenget ein, und esset hernach einen Zweyback darauf.“ Gegen „Stein-Schmertzen“ werden Haselnüsse empfohlen, gegen das „gefallene Zäpfchen“ Pfeffer und Zucker, „oder lasset etliche Haare oben von dem Kopfe ausraufen, welches sehr bewährt gefunden wird.“ „Vor das Fieber soll man eine Spinne nehmen, dieselbe zerdrücken, zwischen ein Tüchlein legen und selbiges vor den Kopf binden“. Gegen „Seekrankheit trincket man eine gute Menge Seewassers.“ Sehr interessant ist auch das folgende Rezept. „Wenn jemand an einem Orte oder bey einer Person, die mit den Frantzosen angestecket ist, geschlafen hat, der kann zu seiner Sicherheit folgende Pillen gebrauchen: R. Pill. Extract. Cathol. Mercurii Dulcis. Es ist aber wol zu merken, dass man selbige 2 bis 3 Wochen nach einander, jede Woche einmal, einnehmen muss.“

Diese bunt herausgegriffenen Beispiele mögen genügen. Wir lächeln, aber wer kann es wissen, wie man nach abermals zweihundert Jahren auf uns herabblicken wird?

S. M.

Was muss der Arzt von Nasen- und Hals-Krankheiten wissen?

Von Dr. **Maximilian Bresgen** in Wiesbaden.

Sowohl beim blutigen Schlitzen wie beim Abschneiden der Mandeln können gefährliche Blutungen vorkommen, aber doch immer nur dann, wenn man den Gaumenbogen verletzt; das letztere aber muss nicht nur, es kann auch mit grösster Sicherheit vermieden werden. Darum darf man auch von vergrösserten Mandeln immer nur den über die Gaumenbögen vorstehenden Teil entfernen. Es ist dann später, ebenso wie überhaupt in allen Fällen, in denen die vergrösserten Gaumenmandeln von den Gaumenbögen ganz bedeckt sind, das verdickte Gewebe durch galvanokaustische Stichelung zu zerstören. Auch muss nach Heilung des Mandelstumpfes dieser mit einer Sonde auf noch offene Taschen untersucht werden, worauf solche mit dem elektrischen Brenner, wie bereits beschrieben, zerstört werden müssen. Solche Dinge muss heutzutage der Arzt wissen, um entweder selbst in recht früher Zeit helfen zu können oder durch andere helfen zu lassen. Damit gewinnt er sich nicht nur Dank in der Familie, sondern bewahrt sie auch vor Kurpfuscherei.

Was muss nun der Arzt über die Rachenmandel bezw. über deren den Nasenluftweg beengende Vergrösserung wissen? Die Hochflut der Rachenmandel-Operation scheint sich, wenn ich mich nicht täusche, allgemach etwas abzuflachen: blinder Eifer schadet nur! Was nützt es, jede kleine Wucherung im Nasenrachenraume zu beseitigen, wenn die Verschwellung in der Nasenhöhle nicht „rite“ und dauernd geheilt wird! Was nützt die sog. Radikaloperation der Rachenmandel, die Befreiung des hintersten Abschnittes des Nasenluftweges, wenn man seinen vorderen Teil, die Nasenhöhle, nicht gleichzeitig von Schwellung und Verdickung derart befreit, dass sie über Tag und über Nacht dauernd frei bleibt! Sorgt man in erster Linie dafür, so bedarf es gar keiner Radikaloperation der Rachenmandel: es genügt vollkommen, die letztere gut zu entfernen; kleinere Reste verschwinden dann von selbst, sobald dafür gesorgt wird, dass die Nase stets vollkommen frei bleibt. Dieser Gesichtspunkt ist auch bei kleineren Kindern von grösster Bedeutung: bei freiem Nasenluftwege bildet sich die nur schwach angelegte Rachenmandel von selbst zurück, wie es ja als normaler Vorgang bekannt ist. Hat aber das Kind schon in seinen ersten Lebensjahren keine Luft durch die Nase, so bildet sich die Rachenmandel nicht nur nicht zurück, sondern wächst eher noch weiter; was mir aber vielleicht das wichtigste zu sein scheint, ist die Tatsache, dass bei verschwollener Nase weder diese, noch der Nasenrachen, noch das Gesichtsskelett überhaupt ein regelrecht vorschreitendes Wachstum zeigt: Die äussere Nase bleibt stecken, der Nasenrachen bleibt eng, der harte Gaumen wölbt sich stärker und der Zahnfortsatz des Kiefers „krümmt sich“ — fast hätte ich gesagt: wie ein Wurm — unter dem Druck der wachsenden Zahnkeime und wächst nach der Richtung des geringsten Widerstandes, über den freien Rand, um so stärker heraus, je mehr ihm nach oben infolge des Verschlusses des Nasenluftweges das Wachstum beschnitten ist; dass dieses verkehrte Wachstum des Oberkiefers allmählich auch auf den Unterkiefer „abfärben“ muss, ist eine ebenso verständliche, wie lange unbeachtet gelassene Tatsache. Es weite sich also der Arzt auch hier den Blick über die in sein Auge hervorgezerrte eine Tatsache heraus und suche das ganze Krankheitsbild, nicht bloss einen kleinen Teil desselben zu verstehen, zu begreifen. Das wird ihn ärztlich vorwärts bringen und ihn befähigen, spezialistische Geschäftigkeit einzudämmen.

Und nun noch ein Krankheitsbild, das die Rachenhöhle betrifft. Es ist nicht gar so selten, wie es bekannt ist, wird aber meist nicht erkannt. Bei vielen Menschen sieht man die Schleimhaut der hinteren Rachenwand, wie sie sich dem Auge geradeaus darbietet, mit mehr oder weniger grossen und zahlreichen roten Körnern besetzt; sie sind am zahlreichsten nach oben und nach den Seiten hin und gehen in dem Nasenrachen, um es kurz auszudrücken, in die übrig gebliebenen Bestandteile der ehemaligen Rachenmandel über; sie sind auch stets im unteren Teile vorhanden, wenn die Rachenmandel (adenoide Vegetationen) im Nasenrachen noch besteht. Diese drüsigen Teile erkranken viel häufiger, als gemeinhin noch angenommen wird. Die Kranken klagen über Unbequemlichkeit im Schlingen, über Schlingschmerz und auch sonst über ein Brennen und Kratzen im Halse, das sie etwa an's Zäpfchen verlegen. Wenn man die Rachenhöhle in der gewöhnlichen Weise besichtigt, so findet man meist weder bemerkenswerte Röte, noch Schwellung noch Belag. Viele solcher Kranken sind als Merkwürdigkeit zu mir gekommen, auch wohl als mit Rheumatismus des Halses behaftet bezeichnet worden, weil nichts gefunden worden war. Die Spiegeluntersuchung des Nasenrachens ergab bald den Grund der Beschwerden und ermöglichte auch ein richtiges Eingreifen.

Ein ähnliches Krankheitsbild ergibt sich, wenn die am Zungengrunde befindlichen Follikel, sei es dass sie frisch entzündet sind, sei es dass sie sich im Zustande einer Dauerentzündung befinden, also beständig geschwollen und verdickt sind und in solchem Zustande zu fortwährendem Reize, sei es Kratzgefühl, Räuspern, Hüsteln usw. Anlass geben. Hier ist auch nur die Spiegelbesichtigung, Sondenberührung usw. imstande Aufklärung zu schaffen. Die Behandlung dieser Erkrankungen wird meist spezialistischer Kunstfertigkeit bedürfen; immerhin kann in allen frischen Fällen auch der Arzt sich grosse Verdienste erwerben durch Einleitung eines zweckmäßigen Verhaltens des Kranken sowie durch Anordnung von Priessnitz-Umschlägen um den Hals und von regelmäßig ausgeführten etwa ein- bis zweistündlichen Gurgelungen mit schwacher Kochsalz-Lösung. Alaun, Chlorkali und dergl. sind durchaus und in allen Fällen zu vermeiden, sie nützen nie mehr als die vorher oben schon besprochenen Gurgel-Flüssigkeiten, reizen dafür aber um so mehr. Kalte und warme Inhalationen haben weder hier noch bei Kehlkopf-Luftröhren-Entzündungen einen besseren oder rascheren Erfolg als andere unmittelbar auf die erkrankte Stelle angewendete Mittel. Selbst die neuesten Inhalations-Apparate und -Weisen haben, soviel ich es zu beurteilen vermag, in Rachen und Kehlkopf-Luftröhre keinen bemerkenswert besseren Erfolg als man früher mit älteren Apparaten zu erzielen vermochte. Meiner Erfahrung nach sind diese auf eine schematische Behandlung berechneten Behandlungsweisen

nach kurzem Aufflackern immer wieder in die verdiente Versenkung verschwunden. Ob die neueren Inhalationsweisen auf die Lungenwege selbst eine bemerkenswerte Wirkung auszuüben vermögen, will ich einstweilen noch offen lassen, obschon ich schon nicht mehr recht daran zu glauben wage. Eine frühzeitige und richtige Anwendung unserer natürlichen Heilquellen, nicht zu Hause, sondern am Orte der Quelle — und dann auch nicht mit dem immer noch so vielfach üblichen drei Wochen Aufenthalte — scheint mir immer noch und immer mehr der kürzeste und billigste Weg zur Genesung von hartnäckigen Entzündungen der Lungen-Luftwege zu sein.

Es würde an diesem Platze zu weit führen, wenn ich all das, was der Arzt heute von Nasen- und Halskrankheiten wissen muss, im Einzelnen ausführen würde. Mir lag nur daran, einzelnes genau darzulegen, im allgemeinen aber Richtlinien anzugeben, um den Blick vom Kleinen aufs Grosse zu lenken. Nicht den spezialistischen Kleinkram möchte ich dem Arzte aufgedrängt sehen, sondern es ihm ermöglichen, eine für seine tägliche ärztliche Tätigkeit erspriessliche Uebersicht über das wichtigste im genannten Gebiete sich zu erwerben. Das lässt sich aber nicht „auswendig lernen", sondern das muss „erlebt" werden in täglicher Uebung und Erfahrung, es muss grundsätzliches Wissen, nicht Fall-Wissen, erworben werden, da man nur mit jenem im Stande ist, jeder Zeit das zu tun, was Pflichttreue im Berufe heischt, was Erfolg bringt auch dann, wenn Fall-Wissen versagte.

Das Auseinanderstreben der verschiedenen Fächer unseres Berufes ist nicht zu hemmen, weil von Tag zu Tag das Wissen und Können sich mehrt, die Uebersicht also erschwert wird und an die Einzelnen immer höhere Anforderungen gestellt werden. Die grosse Masse der Aerzte aber soll nicht trauernd bei Seite stehen und den „Spezialisten" böse sein, dass diese ihnen nachgerade alle Tätigkeit wegzunehmen scheinen; sie soll vielmehr ebenso scharf arbeiten wie diese und deren Errungenschaften sich nutz- und dienstbar machen. Daraus würde eine überaus segensreiche gegenseitige Befruchtung sich ergeben mit der Wirkung, „den praktischen Arzt in den Stand zu setzen, sein Wissen nach der spezial-ärztlichen Seite hin zu erweitern, den Spezialarzt aber anzuregen, das seinige in allgemein-ärztlicher Beziehung zu vertiefen".

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynaekologie zu Berlin.

Sitzung vom 8. Februar 1907.

Vorsitzender: Herr Keller.

I. Diskussion über den Vortrag des Herrn Czempin: Ueber Myomoperationen, besonders der intraligamentären Geschwülste.

Herr Olshausen operiert größere Myome fast durchweg abdominal. Bei der supravaginalen Amputation legt er großes Gewicht auf eine sorgfältige Ueberkleidung des Stumpfes mit Peritoneum.

Herr Bröse tritt warm für die vaginale Operation ein und kann die von dem Vortragenden derselben vindizierten Nachteile nicht anerkennen. Der geringere Shok, die verminderte Gefahr der Darmparalyse und des Ileus sprechen sehr zu ihren Gunsten. Kann man den Tumor noch ins Becken hineindrücken, dann kann man ihn auch vaginal operieren, und zwar nach seinen Erfahrungen absolut lebenssicher. Auf den kleinen Bauchschnitt legt er wenig Wert, das Morcellement hält auch er für sehr empfehlenswert. Betreffs der Stumpfversorgung empfiehlt er die Unterbindung der uterina in der Continuität, nicht durch Umstechung.

Herr Henkel bekennt sich auch als Anhänger der vaginalen Operation. Contraindiziert ist dieselbe bei intraligamentärer Entwicklung, Verkalkung, starken Varicositäten und ev. auch bei virgines mit sehr enger Scheide. Das Forcieren eines kleinen Bauchschnittes hält er für einen Fehler, das Morcellement bei abdominaler Operation wegen der starken Blutung für nachteilig, die Enukleation für empfehlenswerter. Auch er ist ein Gegner der Massenumstechungen der Uterina, weil dieselbe häufig verlagert ist. Bei gleichzeitigem Bestehen von Pyosalpingen empfiehlt er abdominale Radikaloperation mit Drainage nach der Scheide. Zum Vorwälzen der Myome benutzt er gern den Korkzieher.

Herr Mainzer operiert, wenn irgend möglich, vaginal, bei abdominaler Operation bevorzugt er die Totalexstirpation.

Herr Straßmann: Für die Entscheidung, ob vaginal oder abdominal vorzugehen ist, ist von ausschlaggebender Bedeutung die Feststellung, ob es sich um einen großen oder mehrere kleine Tumoren handelt. Bei solitären Tumoren, die sich nicht mehr ins Becken eindrücken lassen, geht er abdominal vor, sonst vaginal, auch bei multiplen Tumormassen, die bis zum Rippenbogen reichen. Die Weite der Scheide ist gleichgültig, ev. Schuchardtscher Schnitt. Von den abdominalen Operationen ist die Totalexstirpation der Amputation vorzuziehen wegen der ev. Möglichkeit einer Carcinombildung am zurückgelassenen Stumpf.

Herr Bumm empfiehlt die abdominale Totalexstirpation mit Drainage nach der Scheide. Ob abdominal oder vaginal operiert werden soll, ist abhängig von der Topographie der Geschwulst. Im Prinzip ist das vaginale Vorgehen zu empfehlen, bei schweren Fällen aber ist die Operation von oben leichter. Die Versorgung der Gefäße geschieht am besten durch praeliminare Abklemmung mit nachträglicher Unterbindung, nicht durch Umstechung. Die nach Myomoperationen, besonders in früherer Zeit, häufig beobachteten Embolieen sind nach seiner Ansicht stets die Folge einer Infektion.

Herr Olshausen tritt gegenüber den von den Vorrednern geäußerten Ansichten nochmals warm für die supravaginale Amputation mit peritonealer Ueberkleidung des Stumpfes ein, die seiner Erfahrung nach absolut reine Wundverhältnisse schafft und einen glatten Wundverlauf ohne Exsudatbildung gewährleistet.

Herr Czempin: Schlußwort. Er verwirft die vaginale Operation durchaus nicht, führt sie auch sehr häufig aus, möchte aber nur ihrer übergroßen Anwendung entgegentreten. Betreffs der Schnittführung macht er darauf aufmerksam, daß er keinen kleinen Bauchschnitt, sondern nur einen kleinen Hautschnitt mit Ablösung der Haut von der Fascie empfohlen hat. Die abdominale Totalexstirpation und Amputation hält er in ihren Erfolgen für ganz gleichwertig, nur ist nach seiner Ansicht die Amputation in den meisten Fällen technisch einfacher. Besprechung technischer Einzelheiten bei der Operation der subperitonealen Tumoren.

II. Vortrag: Herr Bab: Ueber die congenitale Syphilis und die Spirochaete pallida (mit Demonstrationen).

Nach einem historischen Rückblick auf die bisherigen Forschungsergebnisse über die Spirochaete pallida bespricht B. die gebräuchlichen Färbemethoden, die Morphologie und Biologie der Spirochaeten, sowie ihr Vorkommen in den verschiedenen Organen, namentlich bei congenitaler Lues. (Fortsetzung siehe nächste Sitzung.)

Sitzung am 22. Februar 1907.

Vorsitzender: Herr Keller.

Fortsetzung des Vortrages des Herrn Bab: Ueber die congenitale Syphilis und die Spirochaete pallida (mit Demonstrationen).

Demonstration zahlreicher Organschnitte und Präparate mit Spirochaete pallida. Demonstration eines Affen, der von der Leber eines syphilitischen Foetus mit Erfolg geimpft worden ist. Besprechung der Hereditätsverhältnisse und des Ueberganges von Antikörpern in die Muttermilch.

Diskussion: Herr Schindler und Herr Mühlens treten für, Herr Schulze und Herr Jahnke gegen die aetiologische Bedeutung der Spirochaete pallida ein.

Herr Bab: Schlußwort.

Herr Moraller stellt eine Patientin mit Carcinom bei Totalprolaps des Uterus vor.



Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur.

Sitzung vom 30. November 1906.

Vorsitzender: Herr Uhthoff, Schriftführer: Herr Partsch.

Demonstrationen:

1. Herr Brieger: Degenerationsprodukte bei Tuberkulose der oberen Luftwege. Kalk, Blutpigmente und Elacin bilden Fremdkörper in den oberen Luftwegen; sie sind aus degenerativer Metamorphose entstanden und finden sich konstant in Tuberkeln der Nase.

2. Herr Kobrak zeigt Blutagarplatten von otogener Sepsis. Streptococcenkolonien mit Haemolyse. Der Befund ist prognostisch infaust.

3. Herr Miodowsky zeigt Lichtbilder über a) Aktinomycesähnliche Körnchen in den Gaumenmandeln, b) Hirnabsceß mit Ventrikelfistel.

4. Herr Görke: Zur Pathogenese der Genickstarre-Taubheit: Er demonstriert zahlreiche Präparate aus der vorjährigen Genickstarre-Epidemie. Die Erkrankung des Ohres ist eine der schwersten und häufigsten. Nach Statistiken beträgt sie 50—90%. Mehr als die Hälfte aller Taubstummen in den Anstalten kommen daher. Otitis med. hat nichts damit zu tun; es handelt sich um eine Erkrankung des inneren Ohres, des Labyrinths. Die Infektion geht sehr schnell vor sich, und zwar durch Nervenkanäle oder durch Lymphbahnen. Zur Therapie ist zu bemerken, daß, schon theoretisch betrachtet, eine wiederholte Lumbalpunktion von Erfolg sein muß.

5. Herr Strümpell: Krankendemonstrationen: a) Steinhauer, der eines Morgens mit einer vollkommenen doppelseitigen Radialis-Lähmung aufgewacht war. Linkerseits entstand auch Serratus-Lähmung (Schulterblatt abgehoben). Dann bestehen auch leichte Gehstörungen; rechte Fußspitze hängt herab und kann nicht gehoben werden. Str. hält es für multiple Neuritis in apoplektischer Form. Aetiologisch kommt in Betracht Alkoholismus und vielleicht auch die schwere Arbeit. b) Fünfundvierzig Jahre alter Fleischer, der seit zwei Jahren an chron. choreatischen Störungen leidet. Er merkte allmählich eine gewisse Ungeschicklichkeit, die immer schlimmer wurde. c) Kind mit progressiver Muskelatrophie. Es bestand Lordose, watschelnder Gang; Beckenbalance war unsicher.

Sitzung vom 14. Dezember 1906.

Vorsitzender: Herr Uhthoff, Schriftführer: Herr Rosenfeld.

H. Stern: Mitteilung über eine Anzahl von Variola-Fällen. Der erste Fall kam in einer Bettfederreinigungsanstalt vor; nach 13 Tagen erkrankte ein Desinfektionsbeamter, dann ein Hospitaldiener und noch vier Patienten des Allerheiligen-Hospitals, darunter ein Praktikant. Differentialdiagnose zwischen Variola und Varicellen ist oft schwer. Zur Sicherung muß das biologische Experiment herangezogen werden.

H. Drewitz: Ueber die im Wenzel-Hauckeschen Krankenhause behandelten Variola-Fälle mit Demonstrationen von Diapositiven. Er unterscheidet zwei Formen, Variola vera und Variolois. Die Blutuntersuchung ergab nichts Positives. Pusteln waren in allen Fällen bis zur fünften Woche sichtbar. Dr. stellt folgende Sätze auf:

1. Pocken können nur eingeschleppt werden; das Pockengift ist sehr hartnäckig; es verbreitet sich durch die Luft in die Resp.-Organe.

2. Variola und Variolois haben denselben Erreger.

3. Die Zwischenräume seit der letzten Impfung betrugen dreizehn bis dreiundvierzig Jahre; der Impfschutz ist kein absoluter.

Für die Diagnose ist Anamnese sehr wichtig. Varicellen kommen nur bis zum zweiten Lebens-Dezennium vor. Der Pocken-Erreger ist noch nicht bekannt.

An der Diskussion nahmen teil die Herren: Stern, Krause, Hauschild, Ponfick, Reich, Rosenfeld, Birke, Toeplitz, Martins und Samosch.

Peritz.

Periodische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift. Nr. 5. 1907.

1. Fraenkel, Halle: **Ueber die Spirillen des Zeckenfiebers.**

Die Spirillen des „Zeckenfiebers", „Tickfever", sind Schrauben von wechselnder Länge, fünf bis zwölf Windungen aufweisend; im hängenden Blutstropfen zeigen sie verschiedenartige Bewegungen am Ort und, namentlich die jungen Exemplare, eine schnelle Fortbewegung. Das allmähliche Verschwinden des Vermögens der selbständigen Ortsveränderung scheint durch Beziehungen zwischen den Mikroorganismen und den Blutzellen bedingt; nach Verlauf einiger Zeit erscheinen die Spirillen wie angeklebt an rote Blutkörperchen; Phagocytose hat F. nicht beobachtet. Eine Verfilzung einzelner Schrauben ist unter dem Mikroskop öfters zu sehen; das Vorhandensein der von anderen Forschern angegebenen Kriterien, die für die nahe Verwandtschaft der Spirillen und Trypanosomen sprechen soll, konnte F. nicht konstatieren. Bezüglich der Färbung zeigen die Spirillen keine Besonderheiten, sie färben sich gut mit Anilinfarben, Fuchsin, Gentianaviolett, nach Giemsa; bei der Gramschen Färbung werden sie entfärbt. Die Uebertragung gelingt ohne Schwierigkeiten auf Mäuse, Ratten, Hamster und Affen. Bei Meerschweinchen, Kaninchen, Schafen, Hühnern etc. gehen die eingebrachten Mikroben rasch zu Grunde, eine Reaktion des Organismus bleibt aus. Einen tötlichen Ausgang nimmt die Ansteckung bei den Mäusen. $^1/_4$ ccm spirillenhaltigen Blutes intraperitoneal oder subkutan beigebracht, bringt die Krankheit nach achtzehn bis vierundzwanzig Stunden zum Ausbruch; die anfänglich vereinzelt im Blute nachweisbaren Spirillen vermehren sich in rapidester Weise und führen im Verlauf weniger Stunden zu einer Ueberschwemmung des Kreislaufs. Ein positiver Impfeffekt läßt sich bei Mäusen noch mit einer Verdünnung des spirillenhaltigen Blute mit physiologischer Kochsalzlösung 1 : 5000 erzielen. Bei Ratten und Hamstern verläuft die Infektion milder, führt selten zum Tode, aber oft zu einem Recidiv. Die Affen erkranken am zweiten Tage nach der Impfung, drei bis vier Tage lang halten sich die Spirillen in ihrem Blute; in Zwischenräumen von fünf bis sechs Tagen kommt es dann meist zu mehreren Recidiven. Diejenigen Tiere, die den ersten Angriff der Spirillen überstanden haben, resp. von den verschiedenen Anfällen geheilt sind, können nachher mit größeren Mengen von frischem, reiche Mengen der Mikroorganismen enthaltendem Blute geimpft werden, ohne daß es zu einer Reaktion kommt; Spirillen sind dann in ihrem Blute nicht nachweisbar. Es entwickelt sich also ein Zustand der Unempfänglichkeit, der erworbenen Immunität, der durch die Zufuhr neuer Spirillen nur noch eine Steigerung erfährt. Auch im Blute läßt sich diese Erscheinung nachweisen; frische Spirillen in ein Tröpfchen Blut von einem so immunisierten Geschöpf gebracht, verlieren sofort die Fähigkeit, Ortsveränderungen vorzunehmen. Die Spirillen des Zeckenfiebers sind durchaus verschieden von denen der Recurrens; das erhellt daraus, daß man die gegen die ersteren immunisierten Tiere leicht mit Recurrens infizieren kann.

2. Mosse, Berlin: **Wirken weiße Blutkörperchen heterolytisch?**

Im Anschluß an die Versuche von Jakoby über die Heterolyse hat M. die Wirkung einerseits von Knochenmarkssaft, andrerseits von Lymphdrüsensaft auf die Spaltung von Lungengewebe untersucht. Die Versuche ergaben, daß weder der eine noch der andere, d. h. also weder Leukocyten- noch Lymphocytensaft den bei der Autolyse der Lunge entstehenden nicht koagulablen Stickstoff vermehrt. Weder Leukocyten, noch Lymphocyten des gesunden Tieres wirken also heterolytisch. Aus den Versuchen irgend welche Schlüsse gegen die Ehrlichsche Scheidung der weißen Blutkörperchen zu ziehen, wäre verfehlt.

3. Huber, Zürich: **Ueber die Heredität beim Ulcus ventriculi.**

Seit zwei Jahren hat H. sein Augenmerk auf die hereditären Verhältnisse beim Ulcus ventriculi gerichtet und in dieser Zeit elf Beobachtungen von gehäuftem Vorkommen von Ulcus und ähnlichen Erscheinungen des Magens in einzelnen Familien gesammelt; das entspricht ungefähr 15% der in dieser Zeit von ihm behandelten Ulcuskranken. Seine Beobachtungen ergänzt er durch neunzehn

weitere, die ihm von Bernhard-Engadin zur Verfügung gestellt sind, der eine Heredität bei etwa ein Drittel seiner Fälle als vorliegend schätzt. Im Anschluß hieran unterzieht er die verschiedenen Theorien bezüglich der Aetiologie des Ulcus ventriculi einer Kritik und kommt zu einer Ablehnung der aetiologischen Bedeutung der Zirkulationsstörungen, der Hyperchlorhydrie, der Anaemie, der Motilitätsstörungen und toxisch-infektiösen Prozesse. Plausibler erscheint ihm die „nervöse“ Theorie, die ihre Begründung in der experimentellen Erzeugung von Ulcera ventriculi durch Vagotomie unterhalb des Zwerchfelles und durch Reizung und Durchschneidung des Plexus coeliacus findet, und nach der das Ulcus als Folge von trophischen Störungen infolge von Reizung des Magensympathicus aufzufassen wäre. Mit der Tatsache der Vererbung würde sich die nervöse Theorie gut abfinden. Vererbt wird die Anlage zu einer bestimmten Innervationsstörung des Magens, welche speziell die trophischen Bahnen befällt und bei dieser oder jener Gelegenheit — äußeres Trauma, innere mechanische oder chemische oder thermische Reize, akute Dyspepsien etc. — das Geschwür erzeugt. Die Tatsache der Vererbung kann über gewisse regionäre Unterschiede in der Häufigkeit des Auftretens des Magengeschwürs Aufklärung geben; die Verschiedenheit der Rassen ist die Ursache.

4. Flesch, Frankfurt a. M.: **Zur Pathologie der Appendicitis.**

Bezüglich der Aetiologie der Appendicitis hat die These viel Anklang gefunden, daß die morphologische Eigenart der Appendix für deren Neigung zu so mannigfaltigen Störungen verantwortlich zu machen sei; sie sei ein Organ von abnehmender Vitalität und biete als solches eine hochgradige Vulnerabilität. Verf. unterzieht diese Auffassung, die namentlich in Metschnikoff einen Verteidiger gefunden, einer Prüfung auf ihre Begründung. In erster Linie läßt an eine konstitutionelle Grundlage denken die Häufung der Fälle von Appendicitis bei Angehörigen einer Familie. F. gibt eine Reihe sehr markanter einschlägiger Beobachtungen. Indessen zeigt die genauere Prüfung dieses Materials, daß es für die Auffassung der Appendicitis als Folge eines morphologischen Degenerationszustandes, die sich in der Häufung der Erkrankungen in erblicher Steigerung äußert, nicht als beweisend gelten kann. Eine Betrachtung der weiteren Anzeigen morphologischer Rückbildung, die den Processus vermiformis als der Degeneration verfallen, als Rudimentärorgan erweisen würden, führt F. zur Ablehnung dieser Auffassung. Die Appendix ist kein in regressiver Metamorphose befindliches Organ; im Gegenteil ist ihr eine aktive Bedeutung im Getriebe des Organismus zuzuteilen. Ihre Rolle ist in Analogie zu setzen zu der der Schleimdrüsen der Mundhöhle. Daraus ergeben sich Parallelen für die Beurteilung des Verlaufs sich darin abspielender Prozesse; der Parallelismus zwischen akuter Appendicitis und akuten, infektiösen Drüsenentzündungen erscheint unverkennbar. Mit dieser Auffassung ergibt sich auch eine Stellungnahme zu der Frage der Möglichkeit eines prophylaktischen Vorgehens. Allseitig anerkannt wird, daß die appendicitischen Erkrankungen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bei Individuen auftreten, die zu Obstipation neigen, weiter, daß die Krankheit relativ häufiger in den wohlhabenden Klassen mit blander, ballastarmer Ernährung auftritt, als in den mit gröberer Kost genährten Proletarierfamilien. Anderseits scheint eine Abnahme der mit Durchfällen verbundenen Krankheiten, Ruhr, Typhus, Kinderdiarrhoen, unverkennbar. All das scheint auf einen Zusammenhang zwischen geminderter Darmsekretion und Appendicitis hinzuweisen. Aus diesen Erwägungen ergibt sich die Nutzanwendung für die Prophylaxe, die Bekämpfung der Obstipation, die aber nicht durch Purgantien, sondern auf physikalisch-diätetischem Wege zu erstreben ist, im Sinne einer Anregung der Darmfunktionen. Das ist jedenfalls mehr, als man von der Degenerationstheorie für die Praxis erwarten kann; diese kann höchstens in der prophylaktischen Entfernung des Wurmfortsatzes beim Kind eine praktische Wirkung zeitigen. Der Degenerationstheorie die eines aktiven Funktionierens des Processus vermiformis gegenüberzustellen, erscheint so voll berechtigt. Die Häufung der Krankheit in einzelnen Familien ist der Ausdruck der Tatsachen, welche die Appendicitis als Folge der allgemeinen Lebensverhältnisse erscheinen lassen. Das hereditäre Moment wird daneben unzweifelhaft unter gleichen Lebensbedingungen soweit zur Geltung kommen, als es den Ausdruck einer anatomischen Familiendisposition darstellt, auf Grund deren größere Längenentwicklung, schlaffere Gekrösbildung, eine Schwäche des Organs bewirken. Eine Ursache aber für die Appendicitis muß auf funktionellem Gebiet gesucht werden.

5. Glänzel, Meiningen: **Ueber einen Fall von geheiltem schweren allgemeinen Tetanus.**

Der Fall betrifft einen jungen Menschen, der sich eine leichte Quetschung der linken Hand zuzog, worauf nach vierzehn Tagen tetanische Erscheinungen einsetzten, die zu einem schweren Krankheitsbild geführt hatten, als er drei Tage später Aufnahme im Krankenhause fand. Trotz hier sofort eingeleiteter Antitoxinbehandlung blieben zunächst die Allgemeinsymptome in voller Schwere bestehen; dagegen zeigte der Puls ein allmähliches Herabgehen der Frequenz. Dieses Verhalten des Pulses ist als günstiges prognostisches Zeichen zu betrachten. Die Behandlung erfolgte mit Narcoticis, von denen sich namentlich Veronal bewährte, protrahierten warmen Bädern und Antitoxin. Zur Beantwortung der Frage, wo am vorteilhaftesten die Antitoxininjektionen zu machen sind, muß man sich vergegenwärtigen, daß beim Tetanus es nicht die Bazillen selbst sind, die die deletäre Wirkung auf den Körper ausüben, sondern ihre Ausscheidungsprodukte, die Toxine; und weiter, daß die äußerst widerstandsfähigen und lebenskräftigen Tetanusbazillen am Orte der Infektion liegen bleiben und solange Toxine produzieren können, so lange sie nicht entfernt oder abgetötet sind. Für prophylaktische Injektionen sofort oder kurze Zeit nach der stattgefundenen verdächtigen Verletzung ist der Ort der Infektion, die Umgebung der Wunde die geeignetste Stelle der Applikation; dabei kann man das pulverisierte Antitoxin in die Wunde einstreuen oder in ihrer Nähe parenchymatöse Injektionen machen; kommt man zu einem Fall von bereits allgemeinem Tetanus, so ist es mehr oder weniger gleichgültig, an welcher Stelle injiziert wird. Aus dem vorher erwähnten Verhalten der Tetanusbazillen ergibt sich weiter die große Bedeutung der Lokalbehandlung. Dieselbe ist in energischster Weise vorzunehmen (Absetzen des infizierten Gliedes, Erweiterung der Wunde mit anschließender wiederholter Desinfektion, Auskratzung, Kauterisation), um die lokalisiert bleibenden Bakterien zu töten; gelingt das nicht, so wird man immer neue Dosen Antitoxin einspritzen müssen, da fortgesetzt neue Toxine gebildet werden. Vielleicht ist ein großer Teil der trotz Antitoxindarreichung ungünstig verlaufenen Tetanusfälle dadurch zu erklären, daß es hier nicht gelang, die fortgesetzte Toxinbildung durch Abtötung oder Schwächung der Bazillen zu verhindern. Was die Menge des zu verabreichenden Antitoxins betrifft, so hat Verf. beim vorliegenden Fall insgesamt 400 A. E. des Höchster Antitoxins und 7 g Tizzonis Antitoxin (= annähernd 230 A. E. des ersteren) gegeben. Man soll mit den Antitoxingaben nicht sparen, sich nicht mit einer einmaligen größeren Dosis begnügen, sondern eventuell wiederholt injizieren und eine gewisse Ausdauer bewahren, da ein Erfolg bisweilen lange auf sich warten lassen kann. Der Wert prophylaktischer Injektionen bei tetanusverdächtigen Verletzungen wird allgemeiner anerkannt, als die Wirkung des Tetanusantitoxins bei bereits ausgebrochener Krankheit. Die für prophylaktische Zwecke empfohlene Schutzdosis von 20 A. E. hält G. für zu niedrig im allgemeinen; um sicherer zu gehen, wählt man eine etwas größere Dosis, die man nach einigen Tagen wiederholt. Treten trotzdem die Anzeichen der Krankheit auf, so injiziere man möglichst noch vor Ausbruch der Allgemeinerscheinungen 100—200 A. E., verwende besondere Sorgfalt auf die lokale Behandlung des Infektionsortes und wiederhole die Injektionen täglich bis zum deutlichen Nachlassen der Symptome.

6. Hochheim, Gotha: **Ein Fall von traumatischer Spätapoplexie.**

Ein, früher immer gesund gewesener, 34jähriger Arbeiter erlitt Mitte Februar 1906 einen Unfall mit Aufschlagen des Hinterkopfes gegen eine Türkante, ohne daß dabei eine schwerere äußere Verletzung zu stande kam oder sich sonstige Erscheinungen einstellten. Von Anfang März an zeigte er eine Aenderung des Wesens und klagte über heftigere Kopfschmerzen. In der Nacht vom 21. zum 22. April arbeitete er auffallend langsam und machte alles verkehrt; ins Krankenhaus gebracht, verfiel er in einen tiefen



Schlaf, und nach zwei Tagen war eine völlige linksseitige Hemiplegie zu konstatieren. Bis zum Ende des Jahres haben sich die psychischen Störungen fast völlig verloren, die körperlichen Lähmungserscheinungen haben sich nur langsam und teilweise gebessert.

7. Rupfle, Landsberg: **Ein Fall von Arteriitis obliterans anscendens nach Trauma.**

Der betr. Patient zog sich ein Trauma in der Weise zu, daß er mit der volaren Seite der Fingerspitzen heftig gegen eine Tischkante schlug, ohne daß dabei eine äußere Verletzung der Haut, Blutunterlaufung oder Schwellung der Finger entstand. Der anfänglich heftige Schmerz ließ bald nach. Erst nach längerer Zeit stellte sich Kribbelgefühl, Einschlafen der betroffenen Fingerspitzen ein; diese Gefühle, sowie spontan einsetzende Schmerzen bei Kälte schwanden bald bei Herabhängenlassen der Hände oder durch Schleuderbewegungen. Allmählich wurden die schmerzfreien Intervalle immer seltener, die abnormen Sensationen erstreckten sich bis auf den Unterarm, so daß Patient etwa fünfviertel Jahr nach dem erlittenen Trauma arbeitsunfähig wurde. Eine antiphlogistische Behandlung (wegen Annahme eines Rheumatismus, Tendovaginitis), sowie eine solche mit Gipsverband erhöhten die Schmerzen noch bedeutend. Schließlich fiel dem Patienten auf, daß er an dem betreffenden Unterarm keinen Puls mehr fühlen konnte, obwohl er denselben zuvor oft selbst geprüft hatte. Eine jetzt eingeleitete Behandlung zur Herbeiführung besserer Zirkulationsbedingungen, Wärmeapplikation, Hautreize, Massage, Strahlendusche, linderte in kurzer Zeit die Schmerzen und machte den Patienten in einigen Monaten wieder arbeitsfähig. Eine etwa zwei Jahre nach dem Beginn der Erkrankung vorgenommene Untersuchung ergab, daß der betr. Unterarm blaß aussah und sich kalt anfühlte; die Muskulatur war leicht atrophisch, die aktive Beweglichkeit nicht eingeschränkt. Weder an der Arteria radialis, noch ulnaris war die geringste Pulsation zu spüren; nur im oberen Teil der Arteria brachialis war ein schwacher Puls wahrzunehmen. Die Berechtigung zu der Diagnose „Arteriitis obliterans“ sieht Verf. in der Unzweideutigkeit des Sachverhaltes und der Bestimmtheit, mit der das Einwirken anderer krankmachender Schädlichkeiten auszuschließen ist, den Zusammenhang mit dem Trauma in der Tatsache, daß zuvor keinerlei krankhafte Erscheinungen bestanden haben.

8. Groedel, Nauheim: **Einseitige Trommelschlegelfinger.**

G. berichtet kurz über zwei ihm aus der englischen Literatur bekannt gewordene Fälle von einseitigen Trommelschlegelfingern, beide Patienten mit intrathoracischem Aortenaneurysma betreffend.

9. Blaschko, Berlin: **Ueber die Häufigkeit des Trippers in Deutschland.**

B. führt die Verschiedenheit der Resultate, zu denen Erb und er bezüglich dieser Frage gelangt sind, zurück auf die Verschiedenheit der Untersuchungsmethoden und die Verschiedenheit des untersuchten Materials. Er zeigt an der Hand einer Anzahl von Statistiken verschiedener Autoren, wie unzuverlässig die Angaben der Patienten bezüglich der Geschlechtskrankheiten sind, daß eine Statistik, die sich auf diese stützt, von vornherein unzuverlässiger sein muß, als die auf Beobachtungen des Arztes gegründete, und daß somit die von Erb befolgte Methode der retrospektiven Statistik absolut ungeeignet erscheint zur Feststellung absoluter Zahlenwerte. Weiter ist das Erbsche Material, das sich wesentlich aus Patienten zahlungsfähiger Kreise, aus Süddeutschen, aus Ausländern (Amerikaner) zusammensetzt und somit viele Elemente aus Schichten mit geringer venerischer Durchseuchung enthält, nicht geeignet zur Verallgemeinerung und kann dem B.schen der Berliner Großstadtbevölkerung entnommenen nicht ohne weiteres gegenübergestellt werden. Dieses unterzieht B. nochmals einer ergänzenden Erläuterung und zeigt, daß sein Vorgehen nicht den Vorwurf der Unvorsichtigkeit und Unwissenschaftlichkeit verdient, daß seine Statistik nicht auf Angaben von Patienten, sondern auf ärztlichen Diagnosen beruht, daß seinen Berechnungen nicht eine Statistik, sondern zahlreiche Statistiken zu Grunde liegen, und daß er die gewonnenen Resultate nie verallgemeinert, sondern stets nur auf das von ihm bearbeitete Material bezogen hat. Er kommt zu dem Schluß, daß sicherlich kein Anlaß vorliegt, gegenüber der Oeffentlichkeit abzuwiegeln, und bei dem großen Publikum die Meinung zu erwecken, der Tripper sei ein harmloses Leiden. Trotz der jahrelangen Bemühungen der Mediciner, dieser Krankheit bei der Männerwelt eine ernstere Beachtung zu verschaffen, ist dieser Glaube nicht auszurotten gewesen, und es wäre verhängnisvoll, wenn durch die Lehre von der Gutartigkeit der Gonorrhoe der Nachlässigkeit und dem Leichtsinn der männlichen Jugend Vorschub geleistet würde. Die Erbschen Zahlen können als absolute Werte keine Gültigkeit beanspruchen; ein relativer Wert ist ihnen zuzusprechen als Minimalziffern.

10. Vörner, Leipzig: **Zur Statistik des Trippers beim Manne und seine Folgen für die Ehefrauen.**

Eine Voraussetzung der Erbschen Statistik ist die Annahme, daß der Tripper nicht leicht übersehen oder vergessen wird, und daß besonders in dem gebildeten Mittelstand bezüglich der gonorrhoischen Verhältnisse sehr präzise und durchaus zuverlässige Angaben zu bekommen sind. An einigen markanten Beispielen zeigt Verf., daß diese Annahme nicht richtig ist, daß es unter dem großen Heer der Gonorrhoekranken eine Zahl von Individuen gibt, die nicht einsehen wollen, daß sie Tripper haben, sei es, daß sie leichtsinnig oder denkfaul sind, sei es, daß sie von der ehelichen und außerehelichen Treue des Weibes derart überzeugt sind, daß sie eine Ansteckung für unmöglich halten, sei es, daß sie selbst alles besser verstehen wollen als der Arzt, und daß noch größer die Zahl der offenbaren Schwindler ist, die genau überzeugt sind, daß sie einen Tripper haben oder gehabt haben, dem Arzt aber auf keinen Fall die Wahrheit zugestehen. Der nicht geringe Prozentsatz dieser Männer fehlt in der Erbschen Statistik. Was die Folgen der Gonorrhoe des Mannes für die Ehefrau betrifft, so gibt V. eine Reihe von Beobachtungen, die zeigen, daß der bedenkliche Einfluß, den der Tripper in der Ehe spielen kann, nicht von der Tatsache abhängt, ob der Mann früher einmal Tripper gehabt hat. In den Fällen, wo er abgelaufen ist, sind die Aussichten günstig; dort aber, wo der Tripper in noch virulentem Zustande in die Ehe gebracht wird, wo er während derselben erworben wird, dort ist der Einfluß auf Gesundheit der Ehefrauen und auf die Kinderzahl nicht zu verkennen.

11. Türk, Wien: **Ueber den Färbeindex der roten Blutkörperchen.**

Die Werte für die Bestimmung des Färbeindex sind die Erythrocytenzahl und der Haemoglobingehalt des untersuchten Blutes. Die Erythrocytenzählung gibt dem erfahrenen, zuverlässigen Untersucher ziemlich genaue, sichere Resultate; anders aber steht es mit der Haemoglobinbestimmung; den verschiedenen Methoden (Fleischl, Fleischl-Miescher, Sahli) haften mancherlei Fehlerquellen an; vor allem sind die gleichen Skalenwerte der verschiedenen Apparate nicht ohne weiteres einander gleich zu setzen und nicht als gleichwertig zur Berechnung des Färbeindex zu gebrauchen. Als ein aus Untersuchungsergebnissen berechneter Faktor, und von der Genauigkeit dieser Untersuchungen abhängig, dürfte danach der Färbeindex auch im besten Falle nur annähernd genau das gegenseitige Verhältnis von Haemoglobin und Erythrocytenzahl angeben. Geringe Abweichungen vom Mittelwerte sind auch im völlig normalen Blute der unvermeidlichen Untersuchungsfehler wegen immer möglich, irgendwie weitergehende Schlüsse dürfen nur aus sicher gestellter und über die mögliche Fehlergrenze hinausgehender Erhöhung oder Erniedrigung des Färbeindex gezogen werden. Die Richtigkeit der Ergebnisse, resp. Schlußfolgerungen in den Arbeiten von Meyer und Heineke (d. W. Nr. 17, 1906) und ganz besonders von Gött (d. W. Nr. 47, 1906) glaubt Verf. danach bezweifeln zu müssen.

12. Mühlens und Hartmann: **Was wissen wir über den Vakzineerreger?**

Berichtigungen zu den Bemerkungen Siegels in Nr. 52, Jahrgang 1906, dieser Wochenschrift.

13. Weil, Wiesbaden: **Ueber die Oberflächenwirkung des Perkussionsstoßes.**

W. zitiert einige Stellen aus seinem Buche „Handbuch und Atlas der topographischen Perkussion“, die zeigen, daß die Behauptung Hamburgers in seiner Arbeit unter obigem Titel in d. W. Nr. 47, 1906, „Weil hat in seinem Buche die Tiefenwirkung

des Perkussionsstoßes nur allein berücksichtigt und nicht die Oberflächenwirkung, welche er gänzlich vernachlässigt", unrichtig ist.

Wiener klinische Wochenschrift. Nr. 3. 1907.

1. Zinn, Chemnitz: **Ueber Hornhautpfropfung.**

Die Bestrebungen, undurchsichtiges Hornhautgewebe durch ein anderes durchsichtiges zu optischen Zwecken zu ersetzen, sind alt. Tierversuche waren bisher resultatlos, ebenso brachte Kaninchenkornea-Ueberpflanzung auf die Augen zweier Kinder nicht den gewünschten Erfolg; Sellerbeck erst gelang es, einen vorübergehenden Erfolg zu erzielen, indem er auf die leukomatöse Kornea eines Mannes die eines 2½jährigen Mädchens pfropfte. Nach zwanzig Tagen aber trübte sich auch dieser Lappen. Diese Operation war infolge andauernder ungünstiger Resultate so gut wie aufgegeben, insoweit sie optische Zwecke verfolgte. Z. beschreibt nun einen Fall, bei dem zum erstenmal ein bleibendes Ergebnis erzielt wurde. Es handelt sich um einen Mann mit schwerer Kalkverätzung auf beiden Augen, das Pfropfmaterial stammte aus dem Auge eines 11jährigen Knaben. Acht Tage nach der Transplantation waren beide Lappen noch klar, doch nur mit dem linken Auge wurden Finger gezählt. Nach weiteren zehn Tagen traten im rechten Auge Schmerzen auf, die dann später eine Operation nötig machten, wobei der frisch aufgepflanzte Lappen wieder entfernt werden mußte. Das linke Auge blieb beschwerdefrei, die Sehfähigkeit hat sich soweit gebessert, daß der Mann ohne fremde Hilfe seiner Beschäftigung mühelos nachgehen kann.

Mangelhafte Reinlichkeit bei der Operation in unserem Sinne, Mangel eines geeigneten Instrumentes zur Transplantation, die noch unbekannte Narkose, waren wohl früher die Ursachen der Mißerfolge. Eine genaue Uebereinstimmung der Größe und Form von Oeffnung und einzusetzendem Lappen sind die Conditio sine qua non eines Erfolges; das Losmachen des austrepanierten Lappens mit Pinzette und Starmesser muß streng vermieden werden, eine weitere Fehlerquelle ist die Verwendung von Tierkornea gewesen. Die normale Kornea ist gefäßlos und bleibt es, so lange sie unter physiologischen Bedingungen steht. Auf jede Veränderung der letzteren reagiert die Umgebung durch Hineinsprossen von Gefäßen, was zur Trübung führt. Die Nahrungsquelle der Kornea ist die diffundierende Gewebsflüssigkeit aus den Randgefäßen; zur Erhaltung ihrer Integrität ist jede Beschädigung der deckenden Zellschichten zu vermeiden, da andernfalls Trübung auftritt. Auch das Kammerwasser kann schädigend einwirken dadurch, daß es vom Rande des Lappens her diesen zum Aufquellen bringt, wenn der Spalt zwischen Lappen und Wundrand nicht fein genug ist. Die Trübung des Lappens wird nur dann vermieden, wenn das umgebende Gewebe noch über eine genügende Saftzirkulation verfügt, um vom Rande her die Zufuhr des Nährmaterials zu besorgen, oder soweit genügend vaskularisiert ist, daß das Nahrungsbedürfnis des Lappens seine Befriedigung findet. Z. faßt die wesentlichen Punkte und die daraus zu ziehenden Schlüsse dahin zusammen:

1. Ausschließliche Verwendung von Menschenkornea, möglichst von einem jugendlichen Individuum und nur von einer Kornea, die sich in günstigem Ernährungszustand befindet.

2. Ausschließliche Verwendung des Trepans von Hippels zur Operation, Eserininstillation vor der Operation, wenn noch die vordere Kammer besteht.

3. Tiefe Narkose, strenge Asepsis, keine Antiseptika.

4. Der Lappen wird zwischen zwei mit steriler, physiologischer Kochsalzlösung befeuchteten Gazeläppchen über warmen Dämpfen bis zur Verwendung aufbewahrt, durch Aufklappen der Gazeläppchen in die Bohröffnung gebracht. Instrumente sind zu vermeiden.

5. Erhaltung des transplantierten Lappens in seiner Lage durch zwei über ihn sich kreuzende Fäden, welche durch die Conjunktion bulbi gezogen werden.

6. Auswahl geeigneter Fälle, ev. vorbereitende Eingriffe. Zentral gelegene Narben, wenn sonstige Komplikationen fehlen. Vielleicht ist die periphere Kornea ein besseres Pfropfmaterial als die zentrale; es müßte dann die Transplantation etwas exzentrisch vorgenommen werden.

2. Benedics, Budapest: **Ueber metamere Sensibilitätsstörungen bei Gehirnerkrankungen.**

Zu den von Schaffer angenommenen drei Typen der Einteilung von Sensibilitätsstörungen bei zentralen Herden, der insulären Form, der wirklichen Hemianaesthesie und der doppelseitigen Hemianaesthesie oder Anaesthesie des ganzen Körpers, lassen sich zwei weitere zufügen, die „pseudopontine" und die „pseudospinale" oder „metamere". B. beschreibt nun einen Fall letzterer Art ausführlich, bei dem die Hemianaesthesie durch vier schmerzempfindliche Gebiete unterbrochen ist, und zwar:

1. das Gebiet des unteren Trigeminusastes,
2. die erste bis dritte Dorsalzone,
3. die siebente bis neunte Dorsalzone und
4. die vierte Lumbalzone.

Durch den sonstigen Befund konnte kein Zweifel darüber bestehen, daß die Hemianalgesie bei Laesion der zentralen, sensiblen Elemente exquisit segmentäre Anordnung aufweisen kann. Eine gewisse Analogie zwischen diesen und den von Horsley u. a. beschriebenen Befunden bestand. Horsley hatte früher festgestellt, daß das Charakteristikum der zentralen Empfindungslähmung darin besteht, daß diese an den Extremitäten distalwärts immer zunimmt, der prägnanteste Ausdruck dafür sind die Lokalisationsfehler bei Berührungen, die „Atopognose". Der Kranke lokalisiert die stattgehabte Berührung an einen dem Rumpfe nähergelegenen Extremitätensegment, z. B. die Berührung des Fingers in der Hohlhand, die der Hohlhand am Unterarm usw., d. h. die Atopognose ist eine „proximale". Neuerdings aber hat man beobachtet, daß Personen, die an Laesionen der Zentral- und Parietalwindungen leiden und deren Oberextremitäten mehr minder anaesthetisch sind, nicht bloß proximal, sondern gleichzeitig postaxial entweder oder praeaxial lokalisieren, d. h. eine vor der entwicklungsgeschichtlich bedeutsamen Extremitätenrichtungslinie gesetzte Berührung wird hinter derselben lokalisiert und umgekehrt. Bei einem und demselben Kranken ist der Lokalisationsfehler immer gleichsinnig. In dem Falle von B. war es gerade die Axiallinie der oberen Extremität, die sich an der Grenze zwischen dem analgetischen und schmerzempfindlichen Gebiete scharf abzeichnete. Doch legt sich B. in bezug auf die Lokalisation der Erkrankung in den höheren sensorischen Bahnen und Rindenfeldern Reserve auf, da es nicht ausgeschlossen ist, daß gewisse periphere Neurone durch ihre eigentümliche Anordnung (größere Faserzahl, stärkeres „Overlapsing") von Haus aus stärker schmerzempfindlich sind. Eine zweite Möglichkeit wäre diejenige, daß ein Teil der sensiblen Rückenmarkssegmente doppelt zentrale Innervation besitzen kann. Diese doppelseitig innervierten Segmentgruppen könnten es sein, die in diesem Falle schmerzempfindlich blieben.

3. von Késly, Budapest: **Ueber chyliforme Trans- und Exsudate im Anschluß zweier Fälle.**

Es gibt zwei Formen von Flüssigkeitsansammlungen in den Pleurahöhlen, die sich sehr ähnlich sehen. Verf. schlägt vor, die ausgesprochen fetthaltigen Trans- und Exsudate „chyliform" zu benennen und „chylös" solche. wo der Ausfluß von Chylus unbedingt nachweisbar ist. Chylöse Flüssigkeitsansammlungen können aus mehrfachen Gründen entstehen. So kann durch Lymphstauung aus dem Ductus thoracicus Chylus in die Flüssigkeit übertreten, ohne daß eine Kontinuitätstrennung der Lymphwege stattfindet. Bei Tuberkulose und bösartigen Geschwulsten können nekrotisierende Prozesse den Ductus ergreifen, und so die Ursache bilden. Eine abnorm durchlässige Wand der Chylusgefäße muß man als eine weitere Erklärung zulassen. Ferner kommen durch Operationen chylöse Ergüsse zu stande. In der Bauchhöhle ist eine Beschädigung des Ductus leichter möglich, wegen der starken Verzweigung, als in der Brusthöhle. Das Alter spielt dabei keine Rolle, wenn auch die meisten Erkrankungen um das fünfunddreißigste Lebensjahr erfolgen. Davon zu unterscheiden ist die chyliforme Form, die so zu stande kommt, daß verfettete Endothelzellen, Eiterzellen und Fibrin mit den Trans- und Exsudaten eine milchartige Flüssigkeit bilden. Die Fetttröpfchen sind hier größer als beim Chylus, immer sind Zellen mit Fetttröpfchen und großen Kernen, sowie runde, teilweise polygonale Zellen mit großen Kernen und Fetttröpfchen. Die auf der Oberfläche schwimmenden Häutchen enthalten enganeinanderliegende Fettnadeln oder Konglomerate von



verschieden großen Fetttröpfchen. Nach Senator kommt dem Zuckergehalt eine entscheidende Rolle zu, was aber nicht richtig ist, da er in chylösen Flüssigkeiten zweifellos fehlen kann, andrerseits gewöhnliche Trans- und Exsudate ihn enthalten können. Für die chylöse Natur spricht er nur dann, wenn er höher als 0,2% ist. Die Trübung kann auch von einem Eiweißkörper herrühren, auch Lecithin soll sie hervorrufen. Im Anschluß daran beschreibt K. zwei Fälle. Beim ersten Falle bestand das Exsudat zweiundeinhalb Jahr in reichlicher Menge in der rechten Pleurahöhle. Tuberkulose, bösartiger Tumor, Trauma war auszuschließen. Die Heilung macht die Diagnose „gutartiges Endotheliom" wahrscheinlich. Sicherheit wird erst die spätere Beobachtung bringen. Im zweiten Fall handelte es sich um ein Lymphosarcoma durum mediastini anterioris mit Metastasenbildung in ausgedehntem Maße, wie die Sektion ergab. Hier ist die Möglichkeit vorhanden, daß der Tumor einen kleinen Ast des Ductus thoracicus zusammendrückte oder verstopfte und so die Transsudation verursachte. Eine exakte Analyse wurde leider nicht angestellt.

4. Spät: **Die Diagnose der typhoiden Erkrankungen des Menschen.**

Mit dem Ausdruck typhoide Erkrankungen bezeichnet man heute eine Reihe von differenten Krankheiten des Menschen und einiger Tiere; Schweinepest und Kälberruhr z. B. gehören zu dieser Gruppe, für den Menschen allein hat man bis jetzt sieben differente ebenfalls hierhin gehörige Erkrankungen festgestellt. Diese sind: der Abdominaltyphus oder Eberthsche, die Paratyphen, von denen wir drei kennen, den Schottmüllerschen, den Brion-Kayserschen und den Longropeschen, und drei verschiedenartige typhoide Fleischvergiftungen, die Holstsche, die Gärtnersche und die Wesenbergsche. Nicht alle Fleischvergiftungen gehören in diese Gruppe, so die von Person zu Person nicht übertragbaren, wie z. B. die Ptomainvergiftungen und der Botulismus. Die hier in Frage kommenden drei verlaufen unter dem Bilde des Typhus mit der charakteristischen Kontinua, Milztumor, Reseola, erbsenbreiähnlichen Stühlen, Enterorrhagien, Recidiven, posttyphösen Thrombosen etc. Von hohem, praktischem Interesse ist die aetiologische Diagnose, da Prognose, Therapie und Prophylaxe davon abhängig sind. Weder die klinische Untersuchung, noch die haematologische, noch die pathologische Anatomie geben uns sichere Anhaltspunkte für die aetiologische Diagnose der typhoiden Erkrankungen. Der Nachweis des Erregers bietet große Schwierigkeiten und ist für die Praxis so gut wie ausgeschlossen; die Reinzüchtung aus dem Stuhle ebenso, da normalerweise Bakterien im Darme des Menschen vorkommen, die schwer von den hier in Frage kommenden zu differenzieren sind. Diese Untersuchungen nehmen außerdem mehrere Wochen in Anspruch. Der Versuch, sie aus dem Blut zu züchten, führt auch nicht immer zum Ziele, da die Erreger nur zeitweise und in sehr geringen Mengen im Blut kreisen. Bakteriolyse und Praecipitation geben auch keine einwandsfreien Resultate. Nun hat man festgestellt, daß eine größere Anzahl von Bakterien eine Reihe von gemeinschaftlichen Merkmalen besitzt hinsichtlich ihrer morphologischen, mikrochemischen und kulturellen Eigenschaften und hat sie in Gattungen und Arten einteilen können. Ferner ergab sich, daß völlig verschiedene aber ausschließlich innerhalb derselben Gattung stehende Arten von ein und demselben Immunkörper beeinflußt werden. Ebenso haben sich die Gifte (Toxine) innerhalb derselben Gattung als identisch oder fast identisch erwiesen. Dadurch wurde bewiesen, daß die bakteriellen Produkte und Gegenprodukte nicht art- sondern gattungsspezifisch sind. So erklärt es sich, daß die hier in Frage stehenden Erkrankungen dasselbe Krankheitsbild bieten, und die Differentialdiagnose mit den bisher angegebenen Mitteln nicht gelang. Die Agglutination — allerdings in einer anderen Versuchsanordnung, als sie bei der Gruber-Widalschen Reaktion geübt wird — gestattet nun eine präzise Ermittlung des vorliegenden Krankheitsprozesses. Obschon sie nicht für eine Art, sondern für die ganze Gattung spezifisch ist, zeigen sich doch bei der Titrierung der Agglutinationskraft eines Serums für alle Arten derselben Gattung quantitative Differenzen; jede Serumart weist einen gewissen konstanten Befund auf, innerhalb der Typhusgattung existieren keine zwei gleiche Serumarten. Daraus ergibt sich, daß das Serum einer jeden Bakterienart eine eigenartige Agglutinationsstruktur besitzen muß, welche sich nur im höchsten Agglutinationstiter deutlich ausprägt. So führt die Ermittlung des höchsten Agglutinationstiters bei Kenntnis der Agglutinationsstruktur, die eine konstante Eigenschaft der einzelnen Serumarten darstellt, zu einer präzisen Diagnose; allerdings müssen dazu gut agglutinable Stämme verwendet werden.

Allgemeine med. Zentral-Zeitung. Nr. 1. 1907.

1. Schweckendick, Lemenau: **Ein Fall von traumatischem Diabetes mellitus.**

Ein sechsjähriger Knabe erlitt beim Spiel einen Fussstoss in die Nabelgegend. Schmerzen stellten sich ein, unaufhörlicher Durst und Entleerung grosser Mengen Urin und Erbrechen. Die Harnuntersuchung am nächsten Tage keinen pathologischen Befund, spez. Gewicht 1020. Am darauffolgenden aber 4³/₄% Zucker, viel Azeton, wenig Azeton-Essigsäure und spez. Gewicht 1030. Wenige Tage darauf trat im Coma der Exitus ein; in den letzten Stunden hatte sich schwarzes Blut mit dem Stuhlgang entleert. Sektion nicht gestattet. Die Wahrscheinlichkeit liegt nahe, dass es sich hier um eine Blutung und eine ausgedehnte Nekrose im Pankreas gehandelt hat oder um eine Splanchnicus-Affektion, da Fettstühle anscheinend nicht vorlagen.

2. Münz, Kissingen: **Kufekes Mehl bei Magen- und Darmerkrankungen Erwachsener.**

Bei chronischem Magenkatarrh, chronischem Dünndarm- und Dickdarmkatarrh, nervöser Dyspepsie mit Hyperacidität des Magensaftes, Achylia gastrica, atonischen Zuständen des Magens und Darms hat sich Kufekes Mehl bestens bewährt; es wurde neben anderer Kost gern und ohne Beschwerden genommen und gut ausgenutzt. Die täglich genommenen Mengen schwankten zwischen 50—120 Gramm und wurden als Zusätze zu Milch, Tee oder Suppen verabfolgt. 100 Gramm erzeugen 368 Calorien, ein Beweis für den hohen Nährwert des Präparates.

Therapeutische Monatshefte. Dezember 1906.

1. Mende, Gottesberg: **Zur Behandlung der vorliegenden Nachgeburt.**

2. Lange, Kopenhagen: **Die Milchsäure in der Otiatrie.**

Schwache Lösungen haben nur geringe Wirkung bei hypertrophischen Zuständen im Mittelohr, das Verfahren ist schmerzhaft. Konzentrierte Milchsäure übt in der Regel keine stärkere Reaktion aus und kann tagaus, tagein benutzt werden. Bei chronischer Mittelohrentzündung nimmt die Sekretion schnell ab, der üble Geruch verschwindet bald unter dieser Behandlung. Die Säure dringt nicht genügend in die Tiefe und erzielt daher bei fibrösen Vegetationen keine günstigen Erfolge; eine haemostatische Wirkung fehlt ebenso. Vorsicht ist bei den Einträuflungen geboten, damit das Mittel nicht in den Rachen gelangt. Eine 40%ige Lösung ist die empfehlenswerteste.

3. Karick, Berlin: **Beiträge zur therapeutischen Verwendung des Jodopyrins.**

4. Schalenkamp, Crombach: **Rheumatismus, Rheumatosen und deren perkutane Behandlung mit 20%igen Salizylsapen-Krewel.**

5. Salfeld, Wiesbaden: **Zur Behandlung chronischer Arthritiden mittels Fibrolysin.**

6 Schourp, Danzig: **Die Wirkung von Fibrolysin-Injektionen bei Harnröhrenverengerung.**

7. Marx, Frankfurt a. M.: **Ueber die Bedeutung der Eiweiß-Eisen-Lecithin-Komposition Bioson, seine Herstellung und Anwendung.**

La Belgique médicale. Nr. 1. 1907.

Verbrugghen: **Un cas de paramyoclonus ou chorée de Friedreich.**

Der Kranke ist 30 Jahr alt, hereditär nicht belastet; nur ein älterer Bruder soll an einer ähnlichen choreatischen Affektion gelitten haben. Die Erkrankung setzte plötzlich ein; die Muskel-

kontraktion in Form klonischer Krämpfe erfolgte anfangs schnell hintereinander an symmetrischen Stellen fast des ganzen Körpers; ihre Intensität hat allmählich abgenommen und ihr Auftreten sich hauptsächlich auf die oberen Extremitäten beschränkt.

Nr. 2.

Schoenfeld: **Les vomissements incoëreibles pendant la grossesse.**

Die verschiedenen Theorien für das Zustandekommen des unstillbaren Erbrechens der Schwangeren werden besprochen. Verf. nimmt als Ursache eine Autointoxikation infolge von Affektionen des Magen-Darmtraktus, einschliesslich der Leber, an. Er berichtet über Beobachtungen bei drei Fällen, die sicher auf die Beteiligung der letzteren schliessen lassen. Für die Auslösung der gastrointestinalen Manifestationen, die Störung ihres Chemismus, dürften wohl reflektorische Einflüsse von seiten des Uterus in Frage kommen. Die Behandlung der Hyperemesis muss diese aetiologischen Momente berücksichtigen. Man versuche eine Entgiftung durch konsequente Darmreinigung, Diät etc.; die nervösen Momente erfordern Beseitigung eventueller Lageanomalien des Uterus, psychische Behandlung, Beeinflussung der Umgebung, Suggestion. Vorzeitige Entbindung soll nur als äusserstes Mittel in Frage kommen. Man soll der Kranken hiervon erst sprechen, wenn man zur Ausführung entschlossen ist.

Gazette médicale de Paris. Nr. 1. 1907.

Reclus, Paris: **Des fraktures de l'extrémité inférieure du radius.**

Die in ihren Symptomen so charakteristische Fraktur des unteren Radiusendes bietet einige Besonderheiten bei ältern Leuten und bei jugendlichen Individuen. Bei den ersteren kommt es selten zu der ausgesprochenen Bajonettstellung, dagegen findet sich meist eine abnorme Beweglichkeit und deutliche Crepitation. Was die Jugendlichen betrifft, so handelt es sich bei diesen viel häufiger um eine Epiphysenabsprengung, als um eine wirkliche Fraktur; diese Erkenntnis hat die Röntgenuntersuchung gebracht, und nur mit dieser ist in entsprechenden Fällen eine genaue Diagnose möglich. Die Epiphysenablösung kann, wie mitgeteilte Fälle zeigen, bis zur Mitte der zwanziger Jahre eintreten.

Nr. 2.

Jullerat, Paris: **Tuberculose et Logement.**

Es wird hingewiesen auf die hohe Bedeutung des Sonnenlichtes für die Vernichtung der Tuberkelbazillen und die enorme Schädlichkeit der kleinen, dumpfen Wohnungen, zu denen Licht und Sonne nur beschränkten Zutritt finden; an der Hand statistischer Daten über Pariser Verhältnisse wird der deletäre Einfluss solcher Häuser auf die Tuberkulosemortalität dargelegt. Unter den Maßnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose ist die Besserung der Wohnungshygiene und die Verbreitung des Verständnisses hierfür gerade in den niederen Volksschichten eine der wichtigsten.

Bücherbesprechung.

Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre, 1893—1906 v. Prof. Dr. Sigm. Freud. Leipzig und Wien, Franz Dentike 1906.

Freuds Theorien über die Aetiologie der Neurosen sind nicht allgemein anerkannt; ebenso hat seine Methode der psychischen Behandlung der Neurosen sich nicht ein weiteres Gebiet erobern können. In der vorliegenden Sammlung findet man den Standpunkt des Autors dargelegt; von wenigen Modifikationen abgesehen, bleibt die Grundlage bestehen: eine wesentliche Ursache für die Entstehung der Neurosen, besonders der als Zwangsneurosen abgeordneten Zustände bilden psychische Traumen der sexuellen Sphäre, die oft in der Kindheit zurückliegen. Die Therapie besteht in der Entladung des Affectes durch Wiederbewusstmachen der unbewußt gewordenen Ursachen. Die Technik der psychoanalytischen Therapie ist schwierig und zeitraubend und setzt ein auch psychisch geeignetes Individuum voraus. Daher hat diese Therapie nur ein beschränktes Gebiet, aber die Erfolge sind auch in alten Fällen gut. G. Flatau, Berlin.

Ueber die Zurechnungsfähigkeit der normalen Menschen. Von Dr. A. Forel. München 1901. 3. Auflage bei Ernst Neuhard.

Auf nur 23 Seiten hat der Vf. seine Ansichten über die Zurechnungsfähigkeit entwickelt. Eine absolute Freiheit gibt es nicht, daher kann es keine absolute Zurechnungsfähigkeit geben. Unsere Motive setzen sich zusammen aus angeborenen Trieben und erworbenen Erfahrungen; letztere beruhen auf der Anpassungsfähigkeit des Gehirns in seinen höhern Centren. Auch die Anpassungsfähigkeit ist eine verschiedene je nach Vererbung und Milieu. Die Anpassungsfähigkeit erscheint nur frei, wenn wir sie mit der unmittelbaren Gebundenheit der Instinkte vergleichen, sie ist also auch nur relativ und nicht absolut. Danach ist der Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit verständlich, wenn die Anpassungsfähigkeit durch irgend welche Umstände eingeschränkt wird. Eine Verantwortlichkeit und Zurechnungsfähigkeit kann es nur anderen Individuen gegenüber geben, es ist aber auch die soziale Seite dabei zu beachten. Zurechnungsfähig im naturwissenschaftlichen Sinne ist jedes normale, adäquat angepasste Glied einer solidarischen Gemeinschaft. Dem gegenüber ist es Pflicht der Gemeinschaft, antisoziale Elemente unschädlich zu machen. Die Zurechnungsfähigkeit erfordert naturwissenschaftlich genommen, keine wirkliche Willensfreiheit, sondern nur eine feine, möglichst komplizierte Anpassbarkeit. Diese zu erreichen, bedarf es der Integrität und Verbesserung des Gehirns, daher muss gefordert werden: 1. Fernhaltung aller Gehirnschädigung (Alkohol!); 2. verständige Zuchtwahl; 3. Beseitigung der korrumpierenden Geldsucht. G. Flatau, Berlin.

Balneologische Mitteilungen.

Achtundzwanzigste öffentliche Versammlung der Balneologischen Gesellschaft zu Berlin. Tagesordnung: Donnerstag, den 7. März 1907, vormittags 11 Uhr: Vortrag des Geheimrat Prof. Dr. Hoffa: „Ueber die Behandlung der Gelenkserkrankungen auf physikalischem und medico-mechanischem Wege" mit Demonstrationen in seinem medico-mechanischen Uebungssaale, Karlstraße 31 (medicinisches Warenhaus). Abends 7 Uhr: Vortrag des Herrn Professor Wassermann über: „Neue Fortschritte in der Diagnostik der Infektionskrankheiten" im physiologischen Institut, Dorotheenstraße 35. Hierauf Begrüßung der auswärtigen Mitglieder im Heidelberger, Zentral-Hotel, Eingang von der Dorotheenstraße. Freitag, den 8. März, vormittags 10 Uhr: Besichtigung des Rudolf Virchow-Krankenhauses. Versammlung im Hofe des Hauptgebäudes, Eingang Augustenburgerplatz. Abends 7 Uhr: Sitzung. Sonnabend, den 9. März, vormittags 9 Uhr und nachmittags 3 Uhr: Sitzungen. Abends 6½ Uhr: Sitzung des Vorstandes und der Gruppenvorsteher. Sonntag, den 10. März, vormittags 10 Uhr: Sitzung. Montag, den 11. März, vormittags 10 Uhr und nachmittags 3 Uhr: Sitzungen.

Die Sitzungen finden statt im Hörsaale des pharmakologischen Instituts der Universität, Dorotheenstraße 34a, nur die Sitzung am Sonntag wird im neuen hydrotherapeutischen Institut der Universität, Ziegelstraße 18/19, Portal V, abgehalten. Das Bureau der Balneologischen Gesellschaft befindet sich Dorotheenstraße 34a.

Vorläufige Ordnung der Vorträge:

1. Herr Liebreich (Berlin): Eröffnungsrede. 2. Herr Brock (Berlin): Bericht über das verflossene Vereinsjahr. 3. Wahl des Vorstandes. 4. Herr Determeyer (St. Blasien): Beeinflussung der Viscosität des menschlichen Blutes durch Kältereize, Wärmeentziehung und Stauung etc. 5. Herr Gräupner (Nauheim): Funktionelle Diagnostik des hohen Blutdrucks bei Arteriosklerose und bei chronischen Nierenleiden. Die Behandlung derselben. 6. Herr Strauss (Berlin): Ueber Pseudoanaemien. 7. Herr Baur (Nauheim): Bildet übernormaler Blutdruck eine Kontraindikation für die Anwendung der kohlensäurehaltigen Soolthermen? 8. Herr Hirsch (Nauheim): Ueber Herzfehler. 9. Herr Franz Groedel (Nauheim): Versuche mit kohlensauren Gasbädern. Ein Beitrag zur Erklärung der physiologischen Wirkung. 10. Scherf (Orb):

Herzkrankheiten und Höhenlage. 11. Herr Rothschild (Soden): Die Stellung der offenen Kurorte im Kampf gegen die Tuberkulose. 12. Herr Immelmann (Berlin): Die Behandlung der chronischen Bronchitis und des Bronchialasthmas nach Schilling mittels Röntgenstrahlen. 13. Herr Burwinkel (Nauheim): Ueber Wechselbeziehungen zwischen Hautleiden und inneren Erkrankungen. 14. Herr Siebelt (Flinsberg): Die balneologische Behandlung der gonorrhoischen Späterkrankung. 15. Herr Ernst Frank und Herr Tobias (Berlin): Ueber Resorption und Ausheilung von entzündlichen Infiltraten im Nebenhoden und Samenstrang. 16. Herr Schuster (Aachen): Die Bedeutung des Spirochaetennachweises für die Diagnose der Syphilis. 17. Herr Krone (Teinach): Ueber die Beziehungen zwischen funktionellen Neurosen und Chlorose. 18. Herr Strasser (Wien): Zur physikalischen Therapie der Nephritis. 19. Herr Brieger (Berlin): Demonstration der neuen hydrotherapeutischen Anstalt der Universität. 20. Herr Frankenhäuser (Berlin): Ueber neuere Methoden der Elektrotherapie. 21. Herr Winternitz (Wien): Thema vorbehalten. 22. Herr Laqueur (Berlin): Ueber künstliche radiumemanatiöns-haltige Bäder. 23. Herr Riedel (Berlin): Zur physikalischen Therapie des Kopfschmerzes. 24. Herr Martin (Berlin): Mitteilungen über die Bedeutung der Feuchtigkeitsmessungen in der Hydrotherapie. 25. Herr Marcus (Pyrmont): Ueber retrofraktometrische Blutuntersuchung mit Demonstrationen. 26. Herr Kisch (Marienbad): Die konstitutionelle Form der Dipomatosis in der Balneotherapie. 27. Herr Fisch (Franzensbad); Entfettungskur unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Herz- und Gefäßapparates. 28. Herr Lenné (Neuenahr): Die neuen Hilfsmittel bei Behandlung der chronischen Nierenerkrankungen in der Praxis. 29. Herr Tobias (Berlin): Ueber die physikalische Behandlung der nervösen Diarrhoe. 30. Herr Munter (Berlin): Die Bedeutung der physikalischen Heilmittel für die Behandlung des Diabetes mellitus. 31. Herr Lenné (Neuenahr): Zur Diätregelung bei Diabetes mellitus. 32. Bericht der Gruppenvorsteher. 33. Anträge aus der Versammlung. 34. Wahl des nächsten Kongreßortes. 35. Herr Martin (Berlin): Historisches aus dem Badewesen. 36. Herr Löbel (Dorna Watra): Ueber die Indikationen der Moorbäder bei Behandlung der Schrumpfniere. 37. Herr Steinsberg (Franzensbad): Ueber die Behandlung der Bleichsucht mit heißen Moorbädern. 38. Herr Nenadovics (Franzensbad): Der elektrische Moorgürtel. (Demonstration.) 39. Herr Margulies (Kolberg): Ein Beitrag zur Lösung der Ferienfrage.

Eisenach. Nach den Angaben des städtischen Meldeamts hatte die Residenzstadt Eisenach im Jahre 1906 in ihren zahlreichen Hotels und Privatpensionen 102,434 Fremde zu verzeichnen.

Besonders auffällig war eine Zunahme gegen 1905 von über 1100 Personen, die zumeist zum längeren Aufenthalt in Privatpensionen verweilten. Es ist nicht zu verkennen, daß das Kur- und Mineralbad Eisenach nicht zum wenigsten zur Hebung dieser Frequenz beigetragen hat. Zahlreiche Anfragen an die Kurdirektion lassen auch für die kommende Saison auf einen guten Besuch rechnen, umsomehr, da der Versand der Großherzogin Karolinenquelle der alten Wartburgstadt viele neue Freunde erworben hat. Die Anzahl der Touristen, die nur vorübergehend dort verweilten, läßt sich nur schätzungsweise ermitteln, doch ist nicht zu bezweifeln, daß die Zahl von 300,000 Personen erheblich überschritten wird, und von Jahr zu Jahr steigt.

Aus der großen Menge von Kongressen und Festlichkeiten im Jahre 1907 möchten wir nur einige hervorheben und zwar:

Im Mai die große Bachfeier, die ein zahlreiches internationales Publikum nach Eisenach führen dürfte.

Im Juni der deutsche Gastwirtstag verbunden mit Ausstellung, im selben Monat ist Eisenach Station der diesjährigen Herkommerfahrt.

Im September der deutsche Apothekertag, sowie der deutsche Bergmannstag.

Die Tage der großen Wartburgfeier zum Andenken der heiligen Elisabeth und des Sängerkrieges auf der Wartburg stehen noch nicht fest, ferner die Tagung der Thüringer Gas- und Wasserfachmänner.

Bad Orb. Dr. Kittsteiner schreibt über die Wirkung der Orber Martinus-Quelle bei Lebererkrankungen. Nachdem er die für die Beurteilung der Mineralwässer wichtigen neueren wissenschaftlichen Feststellungen und Untersuchungsmethoden besprochen, erwähnt er zunächst den Einfluß des Wassers auf Magen- und Darmkanal. Die Erkrankungen dieser Organe gehen häufig Hand in Hand mit denen der Leber und sind oft nicht von ihnen zu trennen. Er bespricht zunächst die von ihm beobachtete günstige Einwirkung der Quelle auf die Fälle von chronischem Magenkatarrh, welche mit einer Herabsetzung der Acidität einhergehen und konstatiert, daß das lästige Gefühl von Völle und Druck am Magen, das Aufstoßen und die geminderte Eßlust in den meisten Fällen schon nach kurzem Gebrauche verschwanden.

Die chemische und motorische Funktion des Magens besserte sich erheblich und die durch den Mangel an Salzsäure und das längere Verweilen der Speisen entstandenen Gärungsprozesse mit ihren Folgen von diarrhöischen Stühlen und Darmkatarrhen wichen. Durch die Spülung des nüchternen Magens werden nach seiner Ansicht die schädlichen Produkte aus diesem und dem Darm entfernt, wodurch die abnorme Reizung des Darmkanals in Wegfall kommt.

Bei erheblicher Schleimabsonderung rät er das Wasser warm zu trinken, in solchen Fällen aber, in denen die Störung mit Verstopfung einhergeht, den Brunnen kalt nach zu trinken.

Bei Hyperacidität der Chlorotischen, bei erheblicher motorischer Schwäche und Dilatation des Magens sah er keine Besserung, was als selbstverständlich erscheint, dagegen sah er in solchen Fällen von Hyperacidität, welche mit nervöser Dyspepsie einhergingen, günstige Erfolge.

Verfasser weist darauf hin, daß die günstige Wirkung der Martinus-Quelle bei allen Zuständen von Leberkongestion sich zum wesentlichen aus der Beseitigung der Störungen in dem Verdauungskanal: der Zersetzungsvorgänge, der Autointoxikationen und der chronischen Obstipation erklären. Durch den Gebrauch der Quelle wird eine ausgiebigere und raschere Durchströmung der Leber mit Pfortaderblut und eine allgemeine Entlastung des Pfortaderkreislaufs erzielt. Die häufig mit den Zuständen verbundenen Erweiterungen der Venen der Regio hypogastrica und namentlich der Hämorrhoidalvenen verschwinden allmählich durch die Besserung der Zirkulationsverhältnisse im Pfortadergebiet und die Regulierung der Darmtätigkeit. Die Hyperämie der Leber auf alkoholischer Grundlage, ja selbst die Anfangsstadien der Cirrhose sind noch ein günstiges Objekt für die Trinkkur, gerade in diesen Fällen von Cirrhose empfiehlt K. den Gebrauch der Martinusquelle gegenüber den alkalisch sulfatischen Quellen, vor welchen er wegen ihres schwächenden Einflusses warnt. Er empfiehlt weiter den Gebrauch bei allen Zuständen von Leberanschoppungen, welche in erster Linie auf Klappenfehlern und Muskelerkrankungen des Herzens und dann auf Verdichtung der Lungen, Emphysem und Pleuraergüssen beruhen. Von den verschiedenen Formen des Ikterus empfiehlt er besonders die auf katarrhalischer Basis beruhenden. Der ausgezeichnete Einfluß der Quelle auf den Katarrh des Magens und Zwölffingerdarms kommt hier voll zur Geltung, die schleimlösende Eigenschaft des Wassers verbunden mit der mildanregenden Wirkung der Kohlensäure, reinigt nicht nur die Schleimhaut von dem anhaftenden Schleim, sondern setzt auch zugleich den entzündlichen Zustand herab, so daß eine Abschwellung derselben erfolgt und der Gallenausfluß wieder frei wird.

Im Schlußteile seiner Arbeit erwähnt der Verfassser seine günstigen Erfahrungen bei der Gallensteinkrankheit. Er ist der Ansicht, daß die harnsaure Diathese eine große Rolle bei der Entstehung der Gallensteine spielt, was besonders von französischen Autoren betont wird.

Die Quelle würde mit ihrer hervorragenden Indikation gegen Gicht (günstige Zusammensetzung in Alkalien und Erdalkalien, hoher Lithiongehalt) hier also eine indikatio causalis erfüllen.

Bad Nauheim. Die Gesamtfrequenz des Bades im Jahre 1906 betrug 27,911 Kurgäste, wovon 19,238 Deutsche und 8673 Ausländer waren. Von den letzten entfallen auf: Afrika 77, Amerika 1138, Asien 32, Australien 10, Belgien 219, Bulgarien 2, Dänemark 73, Frankreich 175, Griechenland 8, Großbritannien 1048, Holland 448, Italien 66, Luxemburg 20, Norwegen 48



Oesterreich-Ungarn 1046, Portugal 9, Rumänien 72, Rußland 3778, Schweden 180, Schweiz 194, Serbien 5, Spanien 31, Türkei 2.

Bäder wurden insgesamt 403,433 abgegeben und zwar wurden gefertigt: 386,785 in den staatlichen Badehäusern, 22,964 im Badehause des Konitzkystifts und 13,648 im Elisabethhaus.

Bad Salzbrunn i. Schl. Eine angenehme Ueberraschung erwartet in diesem Jahre unsere Kurgäste. Die Salzbach-Ueberbrückungs-Arbeiten sind im unteren Kurbezirk fertiggestellt. Das durch die Ueberbrückung gewonnene Terrain wird eine gärtnerische Ausgestaltung erhalten und zu einem breiten und bequemen Promenadenwege verwertet werden, der den Fußgängerverkehr mit den Kuranlagen vermittelt.

Das Kanalisationsprojekt des Ortes liegt der Regierung zur Genehmigung vor. Es ist im allgemeinen hygienischen Interesse Vorsorge getroffen, auch den anliegenden Gemeinden Gelegenheit zum Anschluß an das Kanalisationsnetz zu bieten.

Die Arbeiten für die elektrische Straßenbahn vom hiesigen Kurort nach Waldenburg mit Anschluß an das dortige Straßenbahnnetz sollen, sobald es die Witterung gestattet, energisch in Angriff genommen werden. Die Anfuhr der Masten und eines Teiles der Schienen hat bereits begonnen.

Vermischtes.

Wien. Der erste Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie wird vom 2.—5. Oktober 1907 in Wien im Gebäude der k. k. Gesellschaft der Aerzte tagen. Als Hauptthemen werden in Diskussion gezogen:

I. Diagnostik und Therapie der Nierentumoren. Referenten: Küster-Marburg, v. Eiselsberg-Wien.
II. Diagnostik und Therapie der Nephrolithiasis. Referenten: Kümmell-Hamburg, Holzknecht, Kienböck-Wien.
III. Die Albuminurie. Referenten: v. Noorden-Wien, Posner-Berlin.

Anmeldungen von Vorträgen und Demonstrationen haben, mit einer kurzen Inhaltsangabe versehen, bis spätestens 15. Juli 1907 an die Geschäftsstelle in Wien (Dr. Kapsammer, IX. Maria Theresienstraße 3) stattzufinden. Ebendahin sind auch Anmeldungen zur Diskussion über die genannten drei Hauptthemen zu richten. Unbemittelte Kranke, welche zu Demonstrationszwecken nach Wien kommen, werden für die Zeit des Kongresses an der Wiener allgemeinen Poliklinik unentgeltlich untergebracht. Während des Kongresses wird eine Ausstellung von Präparaten, Instrumenten und urologischen Gebrauchsgegenständen veranstaltet, für welche die Anmeldungen ebenfalls bis spätestens 15. Juli an die Geschäftsstelle in Wien zu erfolgen haben. Nichtmitglieder wollen ihre Teilnahme an dem Kongresse an die Geschäftsstelle in Wien melden, woselbst auch der Teilnehmerbetrag von 10 K. zu erlegen ist. Alle weiteren Mitteilungen über den Kongreß, für welchen auch mehrere Festlichkeiten in Aussicht genommen sind, werden nur jenen Nichtmitgliedern zugestellt, welche dies ausdrücklich verlangen oder den Teilnehmerbetrag bereits erlegt haben. Die Mitglieder der Gesellschaft werden gebeten, den von der konstituierenden Versammlung in Stuttgart festgesetzten Jahresbeitrag von 10 M. an die Zahlstelle in Breslau (Dr. F. Löwenhardt, Karlstraße 1) zu senden.

Patentnachrichten.

Anmeldungen.

290730. Okular mit veränderlicher Vergrösserung, speziell zur Verwendung an optischen Instrumenten zur Untersuchung von Körperhöhlen. Hans Kollmorgen, Berlin.

290905. Halter für Beleuchtungslinsen zu ärztlichen Zwecken. Dr. Hermann Meyer, Brandenburg a. H.

290985. Umschlag, in welchem eine Anzahl Zahnstocher behufs Einzelentnahme gehalten ist. Hans Münsterer, Zürich.

290675. Binde für Krampfadern, mit geschlossenem Fussteil. Albin Benndorf, Zeulenroda.

291052. Automobilschutzbrille, welche das ganze Gesicht bedeckt. Johann G. W. Opfermann, Aachen.

291054 Bettenfahrer mit Exzentern als Hebevorrichtung. H. Barthel, Offenbach a. M.

290766. Induktions-Apparat auf einer Grundplatte aus Papiermaché montiert, in welcher die zur Befestigung sämtlicher Montageteile erforderlichen Löcher ausgestanzt sind. Paul Behrens, Berlin.

290767. Handhabe zum Induktions-Apparat, aus einem zu einer Röhre zusammengerollten Stück Metallblech hergestellt, welche durch Aufsetzen einer Kappe zusammengehalten wird. Paul Behrens, Berlin.

290960. Elektrisiervorrichtung mit symmetrisch zu einem Isolationszylinder angeordneten zylindrischen festen Elektroden. Medicinisch-Technische Gesellschaft m. b. H., Berlin.

291041. Massiervorrichtung mit in der Höhenrichtung beweglich angeordneter, drehbarer Gewichtsvorrichtung. Joh. Chr. Johansen, Kopenhagen.

291044. Gesichts-Dampfbade- und Dusche-Apparat mit auswechselbarer Scheibe. Otto Boerner, Friedenau b. Berlin.

290685 Vorrichtung zur Erzeugung von Gasbädern auf elektrolytischem Wege. Dr. Ludwig von Orth, Wilmersdorf b. Berlin.

291296 Spekulum mit Schlauchtüllen. Otto Bihlmaier, Braunschweig.

291355 Mastdarmuntersuchungs-Instrument mit durch Schraubkonen luftdicht verschliessbarer, auswechselbarer Tube und Kappe. Fa. H. Krüger, Berlin.

291465. Mastdarmuntersuchungs-Instrument mit in seiner Länge verstellbarem Glühlampenträger. Fa. H. Krüger, Berlin.

291675. Auf das Werkzeug zu steckende Schutzkappe für das Handstück an zahnärztlichen Bohrmaschinen. W. Homann & Co. G. m. b. H., Düsseldorf.

291655. Frauenschutzmittel in Muschelform. Richard Ploetz & Co., Berlin.

291657. Saugflasche mit Einteilung, deren Einheiten je 50 Gramm der Füllung anzeigen. Johannes Wilden und Heinrich Wilden, Bonn.

291319. Serumgefäss mit Blutkuchenbeschwerer. F. u. M. Lautenschläger, Berlin.

291456. Mit Kopfwaschpulver gefüllte Gelatinekapsel. Dr. Panajota Wilhelm Hofmann, Ludwigshafen a. Rh.

291720. Elektrische Badewanne für Heilzwecke, mit im Innern senkrecht angeordneten festen und beweglichen Zuleitungselektroden. Karl Jürgens, Essen a. Ruhr.

291297. Reguliervorrichtung für pneumatische Heilapparate. Otto Bihlmaier und Ernst Utecht, Braunschweig.

291298. Konusverbindung für Schläuche. Otto Bihlmaier und Ernst Utecht, Braunschweig.

291299. Luftpumpe für pneumatische Heilzwecke. Otto Bihlmaier und Ernst Utecht, Braunschweig.

291391. Vorrichtung zum Einstellen von Inhalationsapparaten in horizontaler und vertikaler Richtung durch ein Rad mit Rechts- und Linksgewinde, bezw. eine Ueberwurfmutter. J. Braun & Co., Wiesbaden.

291553. Spritze mit vom Kolben lösbarer Kolbenstange. Fa. H. Unger, Berlin.

291695. Zerstäuber mit senkrecht angebrachter Luftpumpe, deren nach unten gerichtete Kolbenstange mit der Zerstäubungsvorrichtung fest verbunden ist. Fa. H. Hauptner, Berlin.

291856. Künstlicher Zahn mit vergoldeten Stiften. Bachrach & Co., Berlin.

291968. Bewegliche Kette mit abgeflachten Kugeln und Federspirale zur Befestigung an ein künstliches Ober- und Untergebiss. Alex Jacobsberg, Hannover.

291816. Klauenspritze mit abschraubbarem, keilartigem Mundstück. Thomas Koidl, Dom. Sittichenbach b. Eisleben.

291914. Auswechselbare Plattfusseinlage für Schuhwerk mit Korkschicht und Lüftungslöchern. Friedrich Weil, Wiesbaden.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Der Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P Meißner

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 18. März 1907. **Nr. 11.**

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Die Behandlung Augenkranker durch den praktischen Stadt- und Landarzt

von Dr. med. **Gustav Freytag,**
Augenarzte in München.

2. Der Altersstar (Cataracta senilis).

Im Gegensatze zu den im vorigen Kapitel besprochenen Fremdkörperverletzungen der Hornhaut, die meist ein ungesäumtes Eingreifen auch von Seite des Nichtspezialisten erforderten, stellt der Altersstar eine Augenerkrankung dar, bei welcher der praktische Arzt beinahe niemals in die Lage kommt, selbständig vorzugehen. Seine Tätigkeit bleibt vielmehr die eines Beobachters und Beraters. Von dieser soll daher vor allem die Rede sein.

Jeder Arzt sollte imstande sein, die Diagnose des Altersstars richtig zu stellen und dem Patienten anzugeben, ob und wann er den Augenarzt aufzusuchen hat. Die letzten Fragen gewinnen besonders auf dem Lande Bedeutung, von wo aus der nächste Spezialist oft nur nach längerer Reise zu erreichen ist. Schon die Rücksicht auf die dadurch älteren, häufig kränkelnden Leuten entstehenden Unbequemlichkeiten und Fährlichkeiten, zu denen sich noch die Kosten für Bahnfahrt, Gasthof und Reisebegleitung gesellen, lassen erkennen, wie wichtig es ist, daß der heimatliche Arzt die Sachlage zu beurteilen vermag.

Wesen und Symptome. Der Altersstar besteht in einer allmählich zunehmenden, ohne Schmerzen und Entzündungserscheinungen einhergehenden Trübung der Linse, wodurch das Sehvermögen des befallenen Auges successive bis zur Erblindung herabgesetzt wird. Die Trübung beginnt am häufigsten in den durch die Regenbogenhaut verdeckten Randteilen der Linse und zwar in Form einzelner grauweißlicher Speichen, die sich allmählich vermehren und nach der Pupillenmitte zu verlängern. Die Speichenform der Trübungen hängt mit dem lamellösen Bau der Linse zusammen. Es kann hierauf sowie auf die pathologisch-anatomischen Veränderungen dabei nicht näher eingegangen, vielmehr zur Orientierung nur auf die einschlägigen Lehrbücher verwiesen werden.

Sobald die Speichen den Rand der Pupille erreichen, beginnt die Sehstörung. Diese äußert sich zunächst in dem Wahrnehmen von dunklen Punkten, Verschleiertsein der äußeren Objekte und Doppelt- bezw. Mehrfachsehen. Entsprechend der mit der Beleuchtung wechselnden Pupillenweite sind die Erscheinungen zu verschiedenen Tageszeiten verschieden. Namentlich in der Dämmerung und am Abend wird das Sehen unverhältnismäßig schlechter. Das Lesen geht, wenigstens bei guter Beleuchtung, häufig noch leidlich von statten, da sich hierbei die Pupille verengt. Nach und nach aber werden alle feineren Arbeiten unmöglich, sofern nicht das zweite Auge noch völlig verschont bleibt. Das ist aber gewöhnlich nicht der Fall, vielmehr pflegt die Linsentrübung desselben der des ersten Auges in nicht zu langer Zeit nachzufolgen. Ein häufiger Fall ist der, daß bei schon weit vorgeschrittener Trübung der einen Linse die andere bereits deutliche Speichenbildung zeigt. Die Trübung kann aber auch beiderseits nahezu gleichzeitig beginnen und fortschreiten, ebenso wie das zweite Auge oft noch verhältnismäßig lange klar bleiben kann. Jedoch ist der gewöhnliche Altersstar immer doppelseitig; bleibt ein Auge dauernd von der Trübung verschont, so ist für die des ersten Auges eine lokale Schädlichkeit anzunehmen.

Die Dauer des Prozesses bis zur völligen Trübung der Linse ist sehr verschieden, sie schwankt zwischen einigen Monaten und mehreren Jahren, im Mittel liegt zwischen dem Auftreten der ersten Beschwerden und der völligen „Reife" wohl $^1/_2$—$1^1/_2$ Jahr.

Diagnose: Jeder Patient über 50 Jahre, der über langsam abnehmendes Sehvermögen ohne Entzündungserscheinungen klagt, erweckt den Verdacht auf beginnenden Star. Bestärkt wird dieser durch Angaben über Doppelt- oder Mehrfachsehen, Nachtblindheit, Nebelsehen. Manche werden auch durch die auffällige Beobachtung zum Arzte geführt, daß sie nach jahrelangem Gebrauche einer Altersbrille nun seit kurzem ohne diese wieder besser in der Nähe sehen. Es ist das eine Myopie, der vermutlich eine Quellung der Linse zu Grunde liegt, welche die Trübung einleitet oder begleitet.

Die objektive Untersuchung beginnt am besten mit der Besichtigung der Augen bei Tageslicht. Schon normaler Weise sieht die Pupille in höheren Jahren nicht ganz schwarz, sondern mehr graulich aus, da die alte Linse, ohne eigentlich getrübt zu sein, häufig ziemliche Mengen Lichts reflektiert. Man hüte sich also, hiernach allein die Diagnose Katarakt zu stellen. Mehr Boden gewinnt diese schon dann, wenn das angeblich schwächere Auge eine hellere Pupille hat als das andere. Ist die Pupille deutlich weißgrau gefärbt und gleichzeitig das Sehvermögen stark herabgesetzt, so ist Katarakt wahrscheinlich.

Es folge nun die „seitliche Beleuchtung" der Augen in der schon an anderer Stelle (s. Med. Woche 1906, Nr. 29 und 30) angegebenen Weise. Hierbei sind häufig die charakteristischen Speichentrübungen zu sehen, ferner werden etwa bestehende Hornhautflecke deutlich, die zu Täuschungen Anlaß geben könnten.

Das für die Diagnose Ausschlaggebende ist aber die Durchleuchtung der Pupille mittels des Augenspiegels. Sie sollte niemals unterlassen werden, da sie äußerlich nicht sichtbare geringere Trübungen der Linse, andererseits aber öfters

den bei Tageslicht diagnostizierten „Star“ gar nicht oder in weit geringerem Maße als vorhanden erkennen läßt. Sie darf nicht bei zu enger Pupille vorgenommen werden, weil sonst Irrtümer möglich sind. Gegebenenfalls muß also 10—15 Min. vorher ein schwaches Mydriaticum (3 % iges Kocain oder $^1/_2$ % iges Homatropin, keinesfalls Atropin) eingeträufelt werden. Zur Erkennung von Linsentrübungen ist die Fertigkeit, sich den Augen**hintergrund** zur Anschauung zu bringen, nicht erforderlich, es genügt die einfache Durchleuchtung mit dem durchbohrten Spiegel. Diese möge, obwohl sie sehr einfach und wohl den Meisten vertraut ist, kurz geschildert werden.

Arzt und Patient sitzen sich im verdunkelten Raume gegenüber. Die Lampe ist in gleicher Höhe mit dem Auge des Patienten seitlich und etwas nach hinten von ihm aufgestellt. Der Arzt hält den Spiegel dicht an sein eines eigenes Auge und beobachtet durch das Spiegelloch die Pupille des zu Untersuchenden, wobei der Spiegel so zu drehen ist, daß der Reflex von der Lampe in die beobachtete Pupille fällt; diese leuchtet dann hellrot auf. Läßt man den Patienten nach einander in verschiedene Richtungen blicken, so werden auch die beim Blick geradeaus durch die Regenbogenhaut verdeckten Randteile der Linse durchleuchtet.

Bei Verwendung des üblichen Hohlspiegels (besser noch mit einem Planspiegel) heben sich nun alle einigermaßen bedeutenden Trübungen der Linse als schwarze Flecken oder Speichen vom hellroten Grunde der Pupille ab. Je dichter die Trübungen sind, um so weniger roten Reflex bekommt man, ihre Menge läßt einen (allerdings nur unsicheren) Schluß auf den Grad des erhaltenen Sehvermögens zu. Wichtig ist hierfür aber auch der Sitz der Trübungen. Periphere Speichen, die nur bei seitlichem Blick des Patienten zu erkennen sind, stören fast gar nicht, um so mehr dagegen, je weiter nach dem Pupillenzentrum zu sie liegen.

Wie schon erwähnt, steht die auf obige Weise gefundene Trübung zuweilen in keinem Verhältnis zu dem grauen Reflex, den die Pupille bei Tageslicht darbot. Stellt sie bei Durchleuchtung eine runde, einheitlich rote Scheibe dar, so ist sicher kein Star vorhanden, und der Grund der Sehstörung muß ein anderer sein. Auch geringe Trübungen bei starker Störung legen eine andere gleichzeitige Erkrankung des Auges nahe. Meist ergibt die Inspektion des Augenhintergrundes dann die Entscheidung (Chorioiditis, Retinitis, Sehnervenatrophie, Glaukom). Beherrscht der Untersucher die ophthalmoskopische Diagnostik nicht, so überweise er den Fall sogleich dem Spezialisten, der ja auch bei richtig gestellter Hintergrundsdiagnose so wie so zuzuziehen ist. Verdunkelungen der Pupille werden unter Umständen auch durch Hornhauttrübungen verursacht, die man jedoch leicht von tiefer gelegenen der Linse unterscheiden lernt, namentlich wenn vorher die Hornhaut mit seitlicher Beleuchtung sorgfältig gemustert wurde.

Das Stadium, in dem sich die gefundene Katarakt befindet, richtig zu erkennen, ist natürlich für die Therapie von Wichtigkeit. Solange noch roter Reflex vom Hintergrunde erhältlich ist, kann von einer „Reife“ des Stars keine Rede sein. Diese gilt vielmehr erst dann als eingetreten, wenn einmal gar kein roter Schein mehr aus der Pupille kommt, und wenn ferner bei auffallendem Licht auch die vordersten Linsenschichten hellgrau getrübt sind, sodaß bei seitlicher Beleuchtung die Regenbogenhaut keinen nennenswerten Schlagschatten mehr auf sie werfen kann, da sie ihnen unmittelbar, nur durch die dünne Linsenkapsel getrennt, anliegt. Das Sehvermögen pflegt in diesem Falle bis auf das Unterscheiden von Hell und Dunkel herabgesetzt zu sein (Finger können nicht mehr gezählt werden). Man läßt zur Prüfung den Patienten gegen das Fenster sehen und das eine Auge geschlossen halten. Der Arzt beschattet dann das andere, starkkranke, mit seiner Hand, ohne den Patienten zu berühren, und entfernt sie wieder. Der Kranke muß dann angeben können, wann die Hand vor dem Auge ist und wann nicht. Noch exakter ist die Spiegelprobe: Man halte den Augenspiegel im verdunkelten Zimmer wie zum Durchleuchten, drehe ihn dann etwas am Stiele, so dass der Reflex seitlich vom Auge auf die Wand fällt, dann beleuchte man wieder die Pupille usf. einige Male. Der Patient hat anzugeben, ob er den Wechsel erkennt, d. h. ob es „hell“ oder „dunkel“ vor seinem Auge ist, dabei muß er das andere geschlossen halten und möglichst geradeaus sehen.

Wird bei dieser Methode kein Licht mehr empfunden, besteht also absolute Amaurose, die durch die Linsentrübung allein nicht eintreten kann, so muß noch eine Hintergrundsveränderung vorliegen. Wird dagegen Hell und Dunkel beim Blick geradeaus, also mit dem Zentrum der Netzhaut, unterschieden, so ist noch die Funktion der peripheren Netzhautteile zu prüfen. Zu diesem Zwecke läßt man den Reflex des ca. $^1/_3$ — $^1/_2$ m vom Auge entfernten Spiegels durch entsprechende Stellungen desselben aus den 4 Richtungen: vorn oben, vorn unten, vorn nasal und vorn temporal in die Pupille fallen, wobei der Blick des Patienten wieder geradeaus gerichtet ist, und fragt jedes Mal, wie vorher, „hell oder dunkel?“ So erfährt man, ob die Richtung des einfallenden Lichtes erkannt wird, d. h. ob die Projektion der Netzhauteindrücke nach außen richtig ist.

Feuilleton.

Zur Bekämpfung des Kurpfuschertums.

Darüber scheint man sich in ärztlichen Kreisen überall einig zu sein, dass „etwas“ gegen das überhandnehmende Kurpfuschertum geschehen müsse. Das ist erfreulich! Aber unter diesem „etwas“ pflegt — wo seiner näheren Bestimmung überhaupt näher getreten wird — in ebenfalls weitgehender Uebereinstimmung gesetzliche und polizeiliche Hilfe verstanden zu werden. Und das ist bedenklich!

Denn diese so einfache Beantwortung der Frage überhebt, indem sie die Ausführung anderen Instanzen zuweist, die eigentlich Interessierten zu schnell der eingehenden Beschäftigung mit dem Gegenstande. Diese Beantwortung, welche schon den Weg der Abhilfe in bestimmten Richtlinien vorschreiben zu können glaubt, täuscht eine Lösung des Problems vor, die noch garnicht gefunden ist. —

Abgesehen von dem prinzipiellen Bedenken, das jede Vermehrung der strafgesetzlichen und polizeilichen Vorschriften hervorrufen muss, liegen auf diesem Wege praktische Schwierigkeiten, welche dem schlechtweg Fordernden garnicht recht zum Bewusstsein kommen, seine Forderung aber tatsächlich vollkommen utopisch machen.

Das Bedenklichste aber ist, dass dieser schnelle Uebergang zur Forderung, — der für die durchschnittliche Behandlung der Kurpfuscherfrage in ärztlichen Kreisen wohl als charakteristisch gelten kann — grosse und wichtige Seiten des Problems der genaueren Untersuchung bislang überhaupt entzogen hat, dass also die vorgeschlagenen Maßnahmen auf nur mangelhafte ätiologische Kenntnisse sich stützend notwendig zu dem Tiefstande einer bloss symptomatischen Behandlung verurteilt bleiben müssen. —

Wie ist diese vorschnelle und einseitige Standpunktfixierung auf ärztlicher Seite zu erklären? Ich glaube aus der selbstverständlichen Ungeneigtheit jedes Kriegszustandes zu gerechter Abwägung von Licht und Schatten. Dann waren es zunächst und vorwiegend materiell egoistische Interessen, die uns auf den Kampfplatz riefen. Wir fühlten den Hühneraugendruck der kurpfuscherischen Konkurrenz und so folgte die Klage und der Schrei nach dem helfenden Messer. Weil wir das Problem vorwiegend und zuerst unter dem Gesichtswinkel des eigenen materiellen Interesses sahen, sehen mussten und auch heute noch in der Hauptsache sehen, deshalb kam die Beantwortung zu schnell und fiel so scharf und gleichzeitig so unbefriedigend aus. Wir haben den anderen Standpunkt, der wesentlich mit in Frage kommt und für etwaige gesetzliche Maßnahmen der einzig entscheidende sein muss: das Interesse des Publikums —



An diese Prüfung des Sinnes für weißes bezw. gemischtes Licht hat sich noch die für farbiges anzuschließen, die nur bei völliger Amaurose unterbleibt. Sie geschieht folgendermaßen: Man setzt den Patienten mit dem Rücken gegen das Fenster und hält in ca. 10 cm Entfernung ein kräftig blaues und danach ein lebhaft zinnoberrotes Papier oder Tuch von mindestens 10 cm² vor das betr. Auge, während das andere geschlossen ist. Man achte darauf, daß die Farbe gut beleuchtet und nicht vom Kopfe des Patienten beschattet wird. Die vorgehaltene Farbe muß vom Kranken genannt werden. Das dunklere Blau wird bei vorgeschrittener Startrübung zuweilen nicht mehr erkannt. Rot dagegen muß auf alle Fälle wenigstens als rötlich angegeben werden, wenn nicht schwere Veränderungen des Augeninnern vorliegen, die den Nutzen einer Staroperation illusorisch machen würden.

Differenzialdiagnostisches: Ueber bei starker Linsentrübung etwa gleichzeitig vorhandene Entartung der lichtempfindenden und -leitenden Organe gibt die oben geschilderte Prüfung des Licht- und Farbensinnes Aufschluß. Verdunkelungen der durchleuchteten Pupille finden sich öfters als Folge von Entzündungen der Regenbogenhaut und des Strahlenkörpers (Iridocyclitis), doch handelt es sich hier häufig um Auflagerungen auf die vordere Linsenkapsel, verbunden mit hinteren Synechien. Diese sind gewöhnlich mit seitlicher Beleuchtung zu sehen. Ein derartiger Fall gehört, selbst wenn er einmal mit Altersstar verwechselt werden sollte, so wie so vor das Forum des Spezialisten. Beim beginnenden Glaukom ist die Pupille während des Anfalles häufig schwer durchleuchtbar, wodurch unter Umständen Katarakt vorgetäuscht werden könnte, doch verhindern hier schon die gewöhnlich vorhandenen Entzündungserscheinungen die Verwechslung. Die Trübung bei entzündlichem Glaukom gehört nicht der Linse, sondern der Hornhaut an, was sich bei seitlicher Beleuchtung herausstellt. Näheres über den so deletären „grünen Star“ wird in besonderem Kapitel zu bringen sein.

Von den meisten anderen Starformen unterscheidet sich der Altersstar durch sein spontanes Auftreten in höheren Jahren. Beiderseits ziemlich gleichmäßig fortschreitende Katarakt diesseits des 50. Jahres spricht für Diabetes. Der Wundstar kennzeichnet sich in den meisten Fällen durch sein einseitiges Auftreten infolge nachweisbarer Traumen (Stoß, Hieb). Die angeborenen Stare sind an und für sich stationär, doch kann natürlich später Altersstar hinzutreten.

Prognose und Therapie. Bei spärlichen Speichen in der Linse, die die Ausübung des Berufes nicht allzusehr behindern, ist es zuweilen zweckmäßig, den Patienten über die Natur seines Leidens noch nicht aufzuklären. Man bestelle ihn in ein bis zwei Monaten wieder, orientiert aber gegebenenfalls seine Umgebung über die zu erwartende Verschlechterung des Sehens.

Ist die Trübung bereits weiter vorgeschritten, so mache man dem Patienten schonend Mitteilung von seinem Leiden und bereite ihn auf die später ja unvermeidliche Operation, unter Betonung ihres gewöhnlich günstigen Erfolges, vor. Sehr vorsichtig muß man aber in der Bestimmung des Zeitpunktes derselben sein, da man niemals wissen kann, wie schnell oder langsam der Star fortschreitet. Erst wenn man den Vorgang einige Zeit beobachtet hat, kann ein ungefährer Zeitpunkt bestimmt werden. Es gibt sehr langsam reifende Stare, wo noch nach mehreren Jahren leidliches Sehvermögen besteht. Eine falsche Voraussage in dieser Richtung erschüttert gewöhnlich das Vertrauen zum Arzte besonders.

Der Termin der Operation an sich muß nicht immer mit der völligen „Reife“ der Katarakt zusammenfallen. Früher pflegte man sie zwar gewöhnlich abzuwarten, in neuerer Zeit werden aber auch unreife Stare häufiger operiert; auch kann die Reife künstlich beschleunigt werden. Bestimmte Leitsätze lassen sich schwer aufstellen, da nicht nur die Chancen für den Operateur, sondern häufig auch die Berufsverhältnisse den Zeitpunkt mit bestimmen. Im allgemeinen wird man wohl operieren, wenn der Patient nicht nur seinen Beruf nicht mehr verrichten kann, sondern auch außerhalb desselben in höherem Grade behindert ist. Ein erst einseitiger Star braucht aus diesem Grunde relativ selten beseitigt zu werden, ja man vermeidet es sogar öfters, weil bei gutem Visus des andern Auges die Trübung des ersten häufig weniger stört als die hohe Hypermetropie oder die einseitige Konvexbrille; erst dann wird die Operation zum Erfordernis, wenn das Sehvermögen des zweiten Auges soweit sinkt, daß feinere Arbeiten nicht mehr verrichtet werden können. Häufig ist dann der Star am zuerst erkrankten Auge gereift, wenn nicht, so kann man noch etwas zuwarten, aber rate jedenfalls zur Operation, ehe völlige Erblindung eintritt. Bei Reife des anderseitigen Stares weist nämlich der erste häufig schon regressive Veränderungen auf, die die Operation beeinträchtigen können, auch ist es für diese günstiger, wenn der Patient noch mit einem Auge fixieren kann. Ist die Trübung beiderseits ziemlich gleichmäßig, was beim reinen Altersstar allerdings die Ausnahme bildet, so muß zuweilen bei noch immaturer Katarakt operiert werden, da sich der Patient nicht mehr ohne fremde Hilfe zurechtfindet.

---

zwar auch genügend im Munde geführt zur Begründung unserer Forderungen, aber wir haben — scheint mir — unser Interesse in das des Publikums hineingeschaut, sein Interesse in unserem Sinne interpretiert. — Sonst hätten wir aus der Kurpfuscherfrage wohl mehr eine Lehre, eine Forderung an uns selbst, als eine Forderung an Regierung und Polizei herleiten müssen!

Das Kurpfuschertum ist doch ätiologisch nicht erschöpfend definiert durch die Existenz der Kurpfuscher, so etwa, dass die Beseitigung dieser, durch bestimmte Merkmale leicht zu erkennenden Leute mit der Beseitigung des Kurpfuscherunwesens gleichbedeutend sein würde. Es sind ja nicht die sogenannten Kurpfuscher, welche durch ihr Angebot die Nachfrage erzeugen, sondern umgekehrt, die Nachfrage erst ruft das Kurpfuschertum ans Licht.

In dieser Nachfrage also, die auf einer Wesenseigentümlichkeit der Volks- oder Kranken-Psyche beruht, ist der gesuchte ursächliche Kern dieser verderblichen oder doch jedenfalls für uns beschwerlichen Erscheinung gelegen. Hier muss angesetzt werden, wenn wirklich geholfen werden soll. Aber hier wiederum ist es mit rohen polizeilichen und gesetzlichen Maßnahmen nicht getan! Derartige Bestimmungen würden das Uebel niemals ausrotten, sondern nur von der sichtbaren und zugänglichen Oberfläche in die Tiefe zu drängen vermögen, sie würden nicht heilend sondern nur schlimmer vergiftend wirken.

Das Publikum braucht keinen besonderen gesetzlichen Schutz gegen das Kurpfuschertum und würde durch einen solchen auch kaum wirklich geschützt werden können. Das Kurpfuschertum ist eben da, weil es einem vorhandenen Bedürfnisse entgegenkommt und wird allen Maßnahmen zum Trotz erst mit diesem Bedürfnis sterben. Aber was das Publikum braucht und was ihm auch zur Erlösung von diesem Uebel einzig nützen kann, das ist die unentbehrliche Dreieinigkeit, der Freiheit, Oeffentlichkeit, Belehrung! Diese Drei gehen an die Wurzel, sie dienen dem bestverstandenen Interesse des Publikums und sie dienen auch unserem Interesse, sobald wir es an uns im Punkte Belehrung nicht fehlen lassen! Je öffentlicher das Kurpfuschertum auftritt, desto leichter seine wirklich radikale Bekämpfung. Im Laufe der Entwickelung setzt sich endlich doch das Bessere d. h. das Lebensfähigere durch, so spricht nicht blosse Hoffnungsseligkeit, sondern alte wohlgeprüfte Erfahrung. Der Kritik preisgegeben wird das Lichtscheue am schnellsten verschwinden!

Um die ärgsten gefahrdrohenden Aeusserungen des Kurpfuschertums zu unterbinden, reichen die vorhandenen Gesetze mehr als vollkommen aus. Giftverordnung, Vornahme von geburtshilflichen und chirurgischen Operationen durch Nichtapprobierte sind schon heute unter Strafe gestellt — und sogar die Veröffentlichung schwindelhafter Anpreisungen ist strafrechtlich belangbar geworden. Was will man mehr? Die Dummen durch das Gängelband des Gesetzes schützen zu wollen, ist völlig verfehlt, auch ein Recht auf Dummheit und auf ihre Betätigung muss unbedingt anerkannt werden.

Es ist, wie schon aus dem Obigen hervorgeht, selbst für den Spezialisten gar nicht so leicht, immer den besten Zeitpunkt für die Operation zu bestimmen. In Zweifelsfällen sende man daher den Kranken lieber etwas früher wie später zur Stadt.

Wenngleich für den praktischen Arzt ein selbständiger Eingriff beim Altersstar wohl niemals in Frage kommt, so ist es doch erforderlich, daß er den Verlauf und die Nachbehandlung desselben einigermaßen kennt, schon um diesbezüglichen Fragen der Patienten gewachsen zu sein.

Die Operation besteht bekanntlich in der Entfernung der trüben Linse nach Anlegung eines Hornhautschnittes; aus verschiedenen Gründen wird häufig auch noch ein Stück der Regenbogenhaut excidiert.

Die Nachbehandlung, die die Zeit bis zur Vernarbung der Wunde und völligen Reizfreiheit des Bulbus umfaßt und gewöhnlich in stationärer klinischer Behandlung verbracht werden muß, dauert zwei bis drei Wochen. Hierauf ist der Patient hinzuweisen, desgleichen auf die durch etwaige Besonderheiten des Falles oder unvorhergesehene, glücklicherweise nicht allzuhäufige Komplikationen möglichen Verzögerungen. Die Nachbehandlung wird ja besonders auf dem Lande in vielen Fällen in ihrem letzten Teil vom prakt. Arzte übernommen werden müssen, doch würde ein Eingehen hierauf jetzt zu weit führen und soll als „Nachbehandlung Operierter“ mit anderem zusammen für später vorbehalten bleiben.

Im allgemeinen kann die Prognose der Operation günstig gestellt werden, sofern der Fall keine Komplikationen aufweist (Hornhauttrübungen, Verwachsungen der Iris mit der Linse oder Hornhaut, Hintergrundserkrankungen usw.). Ist die Projektion von seiten der Netzhaut nicht nach allen Richtungen sicher, so ist die Voraussage sehr vorsichtig zu stellen, ebenso bei Störungen der Farbenempfindung. Doch ist jede Hoffnung auf eine operative Besserung nur dann ausgeschlossen, wenn gar kein Licht mehr wahrgenommen wird. Von üblen Zufällen bei der Operation sind namentlich stärkerer Glaskörperverlust, der zu Phthisis bulbi führt, und Versenkung der Linse in den Glaskörper zu fürchten. Infektionen sind, da selbstredend unter aseptischen Cautelen operiert wird, glücklicherweise nicht häufig.

Das linsenlose (aphakische) Auge ist, falls nicht vorher höhere Myopie bestand, stark hypermetropisch und bedarf zum deutlichen Sehen zweier für Ferne und Nähe verschieden starker Konvexgläser, an die sich der Operierte häufig erst nach einiger Zeit gewöhnt. Besonders bietet anfänglich das Lesen gewisse Schwierigkeiten, da wegen des Verlustes der Accomodationsfähigkeit die Schrift stets in die durch die Brille vorgeschriebene Entfernung vom Auge gehalten werden muß.

Aber unendlich viel mehr als heute müsste von ärztlicher Seite für die medicinische Aufklärung des Publikums geschehen! Aberglauben und Unwissenheit in den einfachsten und natürlichsten Dingen sind entsetzlich gross — hier liesse sich ein langes Sündenregister unserer volksfremden Wissenschaft aufzählen. Das Interesse des Publikums ist da, des sind die zahlreichen Naturheilvereine Zeugen — und auch die Stimme des Arztes würde Gehör finden können! Dass die Aufgabe nicht leicht ist, muss natürlich ohne weiteres zugegeben werden. Sowohl die Auswahl der Themata als auch im besonderen ihre populäre und doch nicht unwissenschaftliche Darstellung bieten erhebliche Schwierigkeiten, noch garnicht zu gedenken der nicht zu umgehenden öffentlichen Auseinandersetzungen mit medicinbeflissenen und zwar gegnerischen Laien. Aber die Schwierigkeit einer Aufgabe kann von der Pflicht ihr zu genügen nicht entbinden. Im Zeitalter der Hygiene ist populäre Gesundheitslehre eins der ersten Erfordernisse. Vielleicht würden Schulen und Fortbildungsschulen die zunächst gegebenen Stätten für eine solche Propaganda sein können. Hier liegt eine nicht abzuweisende Aufgabe des Staates selbst vor!

(Fortsetzung folgt.)

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. Februar 1907.

Tagesordnung:

Ehrlich: Experimentelle Trypanosomstudien.

Die Chemotherapie sucht Mittel ausfindig zu machen, die der Parasit aufnimmt und die ihn abtöten, ohne den Organismus bei den erforderlichen Dosen in erheblicherer Weise zu schädigen; bei den erstrebten Mitteln muß die Aetio- resp. Bakteriotropie stärker sein als die Organotropie. Die ersten Versuche hat E. mit dem Methylenblau schon vor vielen Jahren gemacht; die Pharmakologie hat erst in letzterer Zeit diese Auffassungen anerkannt. Als geeignetes Objekt für erweiterte chemotherapeutische Studien erschienen E. die Trypanosomen, die sich leicht auf kleine Versuchstiere übertragen lassen. Er hat mit dem Trypanosoma des Mal de Caderas gearbeitet. Ueber hundert Substanzen wurden auf ihre Einwirkung auf diese Parasiten geprüft; nachdem eine beschränkte Einwirkung von einem roten Farbstoff gefunden war, wurde dann weiter eine Modifikation dieser Stoffe durch Synthese und damit eine Summierung der Heileffekte versucht. Am wirksamsten zeigte sich das Trypanrot; der Farbstoff ist in Wasser leicht löslich, trotzdem zeigten die Tiere nach einer Injektion lange Zeit Rotfärbung der Haut; eine einmalige Injektion vermag bei Mäusen innerhalb eines Tages die Trypanosomen, die sonst die Tiere in vier bis fünf Tagen töten, zum völligen Verschwinden aus dem Blute zu bringen; die Heilung ist meist eine definitive mit völliger Sterilisierung des infizierten Organismus. Bei Ratten erwies sich das Trypanrot weit weniger wirksam; ebenso gegenüber anderen Trypanosomenstämmen. Die Kombination der Behandlung mit Trypanrot und mit arseniger Säure vermag auf jeden Fall die lebenverlängernde Wirkung zu glatter Heilung zu steigern. Zahlreiche weitere Versuche betrafen Variierungen der Trypanrotfarbstoffe, sowie andere Farbgruppen, unter denen manche wirksamen gefunden wurden, die aber z. T., wie Malachitgrün, wegen zu großer Giftigkeit für praktische Verwertung nicht geeignet sich erwiesen. Am empfehlenswertesten für praktische Zwecke erscheint das Parafuchsin; man kann es bei den Tieren verfüttern als ölsaures Pararosanilin, muß in dieser Form aber stärkere Dosen geben. Diese Methode dürfte auch für den Menschen verwendbar sein. Das Atoxyl, das sich bei der Schlafkrankheit so ausgezeichnet bewährt hat, brachte bei dem von E. benutzten Stamme keine günstigen Resultate, so daß wohl eine große Widerstandsfähigkeit dieses gegenüber dem Atoxyl anzunehmen ist.

Trypanrotmäuse, bei denen noch Keime erhalten geblieben sind, erkranken erst nach zwei bis drei Wochen wieder; bei durch Trypanrot geheilten infizierten Tieren gelingt eine Neuinfektion erst nach zwanzig bis zweiundzwanzig Tagen. Diese Tatsachen weisen auf eine Immunität hin; dieselbe ist aber nur eine vorübergehende und ganz spezifische für den betreffenden Stamm. Je höher die Virulenz der Parasiten, umso kürzer ist die Immunitätsperiode. Wie auch bei anderen Infektionskrankheiten ist die Immunität keine sterilisierende, die für den Träger zeitweilig unschädlich gewordenen Parasiten können für andere Individuen voll virulent bleiben; schließlich können sie auch für den Träger wieder infizierende Kraft gewinnen. Die Immunitätsperioden erschweren sehr die Beurteilung der Wirkung des therapeutischen Chemikals. Eine Heilung darf man erst nach völliger Sterilisierung annehmen.

Sehr interessante Resultate ergaben die therapeutisch-biologischen Versuche mit den Trypanosomen. Bringt man nach der Infektion durch Verfütterung von Fuchsin die Trypanosomen zum Verschwinden aus dem Mäuseblut, so erscheinen sie in entsprechenden Fällen nach einiger Zeit wieder; erneute Fuchsinbehandlung verjagt sie wieder auf einige Zeit und so fort; dabei werden all-



mählich die Pausen zwischen Verschwinden und Wiederauftreten geringer, bis schließlich das Fuchsin wirkungslos erscheint. Es ist anzunehmen, daß entweder auf die Dauer die Versuchsmäuse das Fuchsin festlegen, oder aber daß die Trypanosomen fuchsinfest geworden sind. Daß das letztere der Fall, ließ sich experimentell mit Sicherheit zeigen. Unter großen Schwierigkeiten (achtzig bis hundertundachtzig Passagen waren erforderlich) ließ sich ein Fuchsinstamm züchten, und in gleicher Weise ein gegen Trypanrot, gegen Atoxyl fester Stamm. Schickt man solche Stämme durch frische Tiere, so behalten sie sehr lange ihre respektive Festigkeit. Es ist dies ein seltenes Beispiel langdauernder Vererbung erworbener Eigenschaften. Die in dieser Weise gefestigten Stämme bieten also in biologischer Beziehung Unterschiede dar, in ähnlicher Weise, wie es auch die verschiedenen Trypanosomenstämme tun; die Annahme erscheint gerechtfertigt, daß durch die Farbbearbeitung eine Aenderung des Protoplasmas herbeigeführt wird. Die erworbene Festigkeit der Stämme ist eine streng spezifische; ein Atoxylstamm läßt sich durch Trypanrot in energischer Weise attackieren, ebenso umgekehrt. Das Protoplasma der Trypanosomen scheint verschiedene Angriffspunkte von differenter Angriffsfähigkeit zu haben. Das Ziel der Chemotherapie muß nun sein, eine Kombination von verschieden angreifenden Mitteln zu erstreben; es ist weniger das Optimum des einzelnen Heilstoffs zu suchen, als vielmehr die Optima verschieden angreifender Stoffe zu kombinieren. Wo bei der Schlafkrankheit Mißerfolge mit der Atoxylbehandlung vorgekommen sind, liegt vielleicht eine gewisse Atoxylfestigkeit des betreffenden Trypanosomenstammes vor. In solchen Fällen ist die reine Atoxylbehandlung aufzugeben und eine kombinatorische Behandlung einzuleiten.

Zur Diskussion sprechen Brieger, Uhlenhut, Lassar.

Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur.

Sitzung vom 18. Januar 1907.

Vorsitzender: Herr Garrè.

Nach einem ehrenden Nachruf für den verstorbenen Herrn Prof. Buchwald durch Herrn Geh. Rat Uhthoff spricht Herr Gottstein: Zur Technik der Oesophagoskopie und Bronchoskopie.

Der Vortragende hat für das Instrumentarium zur Oesophagoskopie und Bronchoskopie gewisse Verbesserungen angegeben, die die Untersuchung zu erleichtern geeignet sind. Er verwendet ad 1) eine lange, dünne Sonde, die in das Oesophagoskop eingelegt wird, ad 2) einen biegsamen Mandrin, in das ein dünneres Rohr eingeschoben wird. An zwei Patienten zeigt er praktisch die Erleichterung der Untersuchung und bespricht dann einige einschlägige Fälle aus seinen letzten Erfahrungen.

Diskussion: Herr Mühsam berichtet über Versuche zur Röhrenbeleuchtung, die von ihm in dem Physikalischen Institut der Universität vorgenommen worden sind.

2. Herr Stich: Ueber die zirkuläre Arteriennaht und Nieren-Verpflanzung mit Demonstration.

Der Vortragende bespricht die bisherigen Methoden, getrennte Gefäße wieder zu vereinigen. Man versuchte zunächst durch Einschub das kleinere Gefäßlumen in das größere zu versenken und seitlich zu befestigen, dann wandte man eine Prothese an und schließlich wurde von einem amerikanischen Autor die Naht in die Chirurgie eingeführt. Es wurden in den getrennten Gefäßabschnitten drei Haltefäden derartig angebracht, daß durch entsprechenden Zug eine Dreiecksform hergestellt wurde. Dadurch war eine fortlaufende Naht, möglich. — Es ist zweckmäßig, die erforderlichen Klemmen zur Vermeidung von Gewebsschädigungen mit Gummi zu überziehen. Zur Verwendung gelangen feine englische Nähnadeln. Absolute Asepsis ist Bedingung. Die Seidenfäden werden in Paraffinum liquidum gekocht.

Von sieben circulären Nähten gelangen in Tierversuchen fünf. Thrombose und Stenose konnten vermieden werden. — Von fünf Gefäßtransplantationen (Carotis) glückten drei. — Bei Uebertragung auf eine fremde Tierspecies fielen von sieben Transplantationen vier positiv aus.

Auch der Arterien-Ersatz durch Venen wurde versucht. — Von Organtransplantationen wurden vorgenommen: Uebertragung der Niere in die Halsgegend bei Hunden. Die Tiere gingen durch Scheuern der Halsgegend mit den Pfoten an Pyelonephritis zu grunde. Mehr Erfolg hatte die Verpflanzung der Niere in die Blasengegend, die der linken Schilddrüse auf die rechte Seite.

Die im Vorhergehenden berührten kühnen Eingriffe sind in mancher Beziehung lehrreich, bei ihrer Uebertragung auf den Menschen ist natürlich auch nach der Meinung des Vortragenden besondere Vorsicht geboten.

3a) Herr Garrè: Zwei Fälle von Pankreascysten.

Im ersten Falle war die Ursache ein Trauma: Anschlagen des Leibes auf eine Leitersprosse. Die entstandenen Blutgerinnsel wurden durch Selbstverdauung aufgelöst und es trat eine Cystenbildung auf. Es war möglich, die Diagnose vor der Operation zu stellen. — Der zweite Fall ist durch eine Infektion — Gallensteinkolik, Cholelithiasis, Pancreatitis — zu erklären. — Bei beiden Patienten hatte die Operation günstige Resultate.

Diskussion: Herr Tietze berichtet über drei Fälle von Cysten, in denen er teils Punktion, teils Operation anwandte.

Herr R. Stern fragt an, ob nicht Pankreassteine in dem zweiten der Fälle die veranlassende Ursache gewesen sein könnten.

Herr Garrè verneint das wegen Fehlens von Fettstühlen und von alminentärer Glykosurie.

Herr Küstner spricht über cystische Affektionen des Pankreas bei Frauen in Verbindung mit multiplen Tumoren.

Herr Garrè erwähnt, daß polycystische Tumoren gewöhnlich nicht mit Traumen in Verbindung stünden.

3b) Herr Garrè zeigt ein sehr großes Pyonephrose-Präparat, ferner einen Nierentumor, zu dessen Entfernung die Pyeloplicatio (nach Israel) vorgenommen worden war.

Peritz.

Periodische Literatur.

Münchener medicinische Wochenschrift. 1907. Nr. 6.

1. Gruber und Tutaki, München. **Ueber die Resistenz gegen Milzbrand und die Herkunft der milzbrandfeindlichen Stoffe.**

Die auf Grund der sehr eingehenden, interessanten Untersuchungen ermittelten Tatsachen werden folgendermaßen zusammengefaßt:

Das Huhn besitzt in seiner hohen, dem Milzbrandbazillus ungünstigen Körpertemperatur ein wertvolles Schutzmittel gegen dieses Mikrobiums. Die sehr wichtige Schutzwehr gegen die Allgemeininfektion des Organismus der untersuchten Tierspezies sind die Phagocyten, die sich auch der virulentesten Milzbrandbazillen zu bemächtigen suchen, sowie sie ins Blut gelangen. Die Leucocyten des Huhnes haben die Fähigkeit, Milzbrandbacillen aufzufressen und zu verdauen in ganz hervorragendem Maße; etwas weniger tauglich dazu sind die Phagocyten des Hundes. Die des Kaninchens und Meerschweinchens bringen es nur zur Umklammerung und Kontakttötung der Milzbrandbacillen, eine viel größere Zahl von ihnen als von den Huhnleucocyten ist erforderlich, um eine bestimmte Zahl von Milzbrandbacillen zu vernichten. Das verschiedene Verhalten der Phagocyten steht in bester Uebereinstimmung mit der verschiedenen Empfänglichkeit der untersuchten Tierspecies.

Das wichtigste Schutzmittel der Milzbrandbacillen gegen die Phagocyten besteht in der Bildung von dicken Hüllen, Kapseln. Die Kapselbildung erfolgt in den tierischen Säften. Die gekapselten Milzbrandbacillen sind dadurch gegen die Phagocyten geschützt, daß sie diese nicht mehr zum Fraße locken. Für den schließlichen Ausgang der Infektion erscheint es entscheidend, ob es einem Teile der ins Blut gelangten ungekapselten Milzbrandbacillen gelingt, innerhalb der Blutbahn Kapseln zu bilden, ehe sie von den Leucocyten erreicht werden, bezw. ob die Bacillen schon mit Kapseln versehen ins Blut kommen oder nicht.

In dieser letzteren Beziehung ist bei subkutaner Infektion wichtig, welche Existenzbedingungen die Bacillen im subkutanen Bindegewebe vorfinden. In dem des Meerschweines und des Kaninchens finden sie einen Nährboden, an den sich ein guter Teil von ihnen rasch ohne Schaden adoptiert, so daß bald Kapsel-



bacillen wuchern, die durch den Blut- und Lymphstrom überall hin verschleppt werden. Beim Hunde und Huhn gehen die Bacillen im Unterhautzellgewebe zu Grunde, bevor sie Zeit haben, Kapseln zu bilden. Dieses verschiedene Schicksal der Bacillen ist dadurch bedingt, daß die Lymphe im Unterhautzellgewebe des Meerschweines und Kaninchens keine anthrakocide Substanz besitzt und nur wenig befähigt ist, die Leucocyten zur Abgabe der in ihnen enthaltenen milzbrandfeindlichen Substanz anzuregen. Beim Huhn ist dagegen die Lymphe von vornherein anthrakocid oder wird es bald infolge des Reizes, den sie auf die ins Zellgewebe einwandernden Leucocyten ausübt und die sie dadurch zu einer fast unerschöpflichen Quelle eines milzbrandfeindlichen Sekretes macht. Beim Kaninchen gewinnt die Unterhautzellgewebslymphe erst bei Stauung die Eigenschaft eines solchen Reizmittels für die Leucocyten, und aus dieser Tatsache und aus der Behinderung der Ausschwemmung der Milzbrandbacillen aus dem Zellgewebe durch den Lymphstrom erklärt es sich, daß das Kaninchen eine Milzbrandinfektion in das nach Biers Verfahren oedematös gemachte Gewebe übersteht, der es sonst erliegen würde.

Die Leucocyten des Kaninchens sind viel ärmer an secenierbaren milzbrandfeindlichen Stoffen als die des Huhns, die Leucocyten des Meerschweins scheinen solche Stoffe überhaupt nicht zu enthalten. Die milzbrandfeindlichen Stoffe der Leucocyten, die Leukanthrakocidine, scheinen weder beim Huhn noch beim Kaninchen jemals an das normale Blutplasma abgegeben zu werden. Das Blutplasma des Kaninchens ist überhaupt völlig wirkungslos gegen Milzbrandbacillen. Dagegen enthalten die Blutplättchen des Kaninchens und der Ratte abweichend von denen des Meerschweines und Huhnes in reichlicher Menge eine Substanz, welche Milzbrandbacillen energisch tötet.

Diese Substanz wird bei der Blutgerinnung von den Blutplättchen abgegeben und macht das Serum des Kaninchens und der Ratte bakterizid. Es ist nicht unmöglich, daß dieser Stoff auch schon im zirkulierenden Blute unter dem Einflusse der Infektion in das Plasma ausgeschieden wird und auf diese Weise eine erhebliche Schutzkraft ausübt.

2. Hamburger, Wien. **Ueber Antitoxin und Eiweiß.**

Während man nach den Untersuchungen von Behring, Römer, Dehne, Verfasser, bisher annehmen konnte, daß die Antitoxine chemisch fest und untrennbar an das Eiweiß gebunden seien, ergaben neuere Versuche von Römer und Much, daß in der Milch von Kühen, denen Tetanusserum vom Pferd injiciert war, wohl Tetanusantitoxin, jedoch nicht Pferdeeiweiß nachzuweisen war. Dadurch wurde die Annahme gerechtfertigt, daß das an Pferdeeiweiß gebunden gewesene Antitoxin auf das Rindereiweiß der Kuhmilch übergehe, daß also ein Ueberspringen der antitoxischen Funktion vom Pferde- auf das Rindereiweiß stattfinde. Verfasser hat darauf neue Untersuchungen an Kaninchen angestellt mit der Fragestellung: 1. ist in der Milch von Kaninchen, denen Tetanusserum vom Pferd injiciert worden war, Tetanusantitoxin nachzuweisen und ist dieses Tetanusantitoxin noch an Pferdeeiweiß gebunden oder nicht? 2. ist in dem Blutserum der Jungen, die an einer so vorbehandelten Mutter saugen, Tetanusantitoxin nachweislich und ist auch dieses an Pferdeeiweiß gebunden? Die eingehend geschilderten Versuche haben ergeben: 1. Die Milch von Kaninchen (und Ziegen), denen Tetanusantitoxin vom Pferde injiciert wird, enthält Antitoxin und Pferdeeiweiß, dabei ist das Antitoxin noch immer an das Pferdeeiweiß gebunden. 2. Das in der Milch solcher Kaninchen enthaltene Pferdeantitoxin wird in einzelnen Fällen von den Neugeborenen entweder garnicht oder nur zum geringsten Teil resorbiert, in welch letzterem Falle das Antitoxin noch immer als an Pferdeeiweiß gebunden nachgewiesen werden kann. Danach sind die Versuche ein neuerlicher Beweis für die Richtigkeit der Anschauung, daß die antitoxische Funktion untrennbar an die praecipitable Substanz, also an das Eiweiß gebunden ist. Die Einwände, die man gegen die feste Bindung des Antitoxins an das Eiweißmolekül gemacht hat, dürften durch diese Experimente entkräftet sein.

3. Kehrer, Heidelberg. **Nervöse Erscheinungen beim Uebergang des Mageninhaltes in den Darm.**

Während beim normalen, völlig gesunden Menschen der Uebergang des Mageninhaltes in den Darm fast unmerklich geschieht, treten bei nervösen Menschen, bei Herz-, Lungen-, Magenkranken selbst nach milder Kost öfters quälende Erscheinungen ein, von denen die nach der Abendmahlzeit auftretenden die unangenehmsten sind. Während des ersten Stadiums der Magenverdauung, dem Füllungsstadium, oder kurz nach demselben wird öfters ein Kollern und dergl. im Leib verspürt; während des zweiten für die eigentliche Magenverdauung bestimmten Verdauungsstadiums besteht relative Magenruhe; mit Beginn des dritten, des Austreibungsstadiums, das $1\frac{1}{2}$—6, bei atonischen Magen bis zu 9 Stunden nach der Mahlzeit einsetzt, stellen sich die Beschwerden ein; örtlich äußern sich dieselben in Druck im Epigastrium, Angstgefühl, Druck und Schmerz in der Herzgegend, Herzklopfen, Atemnot, Alpdrücken. Hierfür dürfte es sich um eine mechanisch-chemische direkte Reizung der Vagusäste, oder um reflektische Wirkungen von Magen- auf Herznerven handeln. Eine weitere hierher gehörige Erscheinung ist das Aufwachen aus dem ersten Schlaf infolge von Träumen, die meist einen beängstigenden Charakter haben und den Schlafenden aufseufzen, laut schreien, ja aufspringen lassen. Auf Grund eigener Beobachtung konnte Verfasser das Faktum feststellen, daß beim Einschlafen noch vollkommene Ruhe im Magen und Darm herrscht, daß aber beim Aufwachen infolge eines Traumes die Peristaltik bereits begonnen hat, sodaß man den Anfang des Austreibungsstadiums und damit auch der Träume fast nach dem Schlage der Uhr bestimmen kann. Personen, die öfters an den erwähnten Störungen leiden, sollten die Abendmahlzeit 3—4 Stunden vor dem Schlafengehen einnehmen, auf jeden Fall so spät zu Bett gehen, daß das Uebergangsstadium möglichst bereits vor dem Einschlafen beendet ist. Das Diner zwischen 6 und 7 Uhr, wie es bei manchen Nationen eingeführt ist, ist der bei uns üblichen Abendmahlzeit um 8 von diesem Gesichtspunkt aus vorzuziehen. Anzuraten ist, daß solche Personen abends nicht viel Speisen und Getränke zu sich nehmen, um den Magen nicht völlig anzufüllen; weiter sollten sie abends leicht verdauliche, nicht in Fett gebratene oder stark gewürzte Speisen und Alkohol nur in mäßigen Mengen zu sich nehmen.

4. Schumm, Hamburg. **Ueber den Nachweis von Blut in den Fäces.**

Gegenüber der vom Verfasser angegebenen Modifikation der Weberschen Probe zum Nachweis von Blut in den Fäces, die sich Verfasser bei vielen Untersuchungen stets bewährt hat, haben Schlesinger und Holst (Deutsch. m. W. 1906 Nr. 36) als einfacher in der Ausführung und viel schärfer eine neue Ausführungsform der Bencidinprobe empfohlen. Verfasser erkennt die Vorzüge dieses Verfahrens an und empfiehlt dasselbe als eine empfindliche Vorprobe und für Massenuntersuchungen. Da diese Probe aber bei positivem Ausfall nicht unter allen Umständen als eindeutig gelten kann, wäre im Zweifelsfalle als Kontrollprobe die „verbesserte Webersche Probe“ auszuführen. Diese bietet außer ihrer Verläßlichkeit noch den Vorteil, daß mit dem dargestellten Extrakt gleichzeitig die spektroskopische Untersuchung ausgeführt werden kann, die besonders deswegen von Bedeutung ist, weil sie am ehesten gestattet, die Menge des etwa vorhandenen Blutes annähernd abzuschätzen.

5. Fricker, Bern. **Ueber zwei Fälle von Darmeosinophilie.**

Der erste Fall betrifft ein $2\frac{1}{2}$ Jahre altes Kind, das, seit 1 Jahre etwa, an periodisch auftretenden Diarrhoeen leidet, wobei in letzter Zeit reichlich Schleim, öfters mit Blut vermischt, entleert wird. In dem Stuhl finden sich in Eiterflocken eingebettete rote Blutkörperchen, reichlich Charcot-Leydensche Krystalle, massenhaft eosinophile Zellen und in großer Zahl Eier von Trichocephalus dispar. Da keine Anhaltspunkte für eine tuberkulöse oder eine durch Amoeben hervorgerufene Erkrankung des Darmes zu finden waren, bleibt wohl anzunehmen, daß die schwere Enteritis bei dem Kinde durch eine Ueberschwemmung des Darmes mit Trichocephalen bedingt ist. Der 2. Fall betrifft eine 35jährige Frau, die immer an Stuhlträgheit gelitten und plötzlich mit Durchfall und starkem Tenesmus bei sonst gutem Befinden erkrankte. In den Fäces fanden sich vereinzelte Charcot-Leydensche Kristalle, reichlich rote Blutkörperchen und zahlreiche eosinophile Zellen, dagegen keine Amoeben, Parasiten oder deren Eier. Die Recto-

Romanoskopie ergab eine starke diffuse Rötung und Schwellung der Rektum- und Sromanum-Schleimhaut mit herdförmigen blutig tingirten, schleimig eitrigen Auflagerungen, aber nirgends eigentliche Ulcerationen.

6. Hartmann, Berlin-Wilmersdorf. **Behandlung von 12 Mastitiden mit Saugapparaten.**

7. Krenker, Straßburg. **Ein Fall von subcutanem Emphysem bei Lungentuberkulose.**

Während subcutanes Emphysem nach Traumen, welche die Atmungsorgane treffen, relativ häufig beobachtet wird, ist es selten nach spontenen Lungenzerreißungen infolge heftiger Hustenstöße, so bei Keuchhusten, Kapillarbronchitis, Bronchopneumonie bei Diphtherie. Ein Auftreten bei Lungentuberkulose ist in der Literatur nur ein Mal erwähnt. Der von K. mitgeteilte Fall betraf eine Phthisica in extremis mit starker Dyspnoe, wenige Tage vor dem Exitus trat ein Hautemphysem in der Gegend des Jugulums, das sich allmählich nach der Mitte und Seite des Halses bis zum Acromion und der Wirbelsäule ausdehnte. Unter zunehmender in- und exspiratorischer Dyspnoe trat der Exitus ein. Bezüglich der Entstehung wurde an die Möglichkeit des Durchbruchs einer Kavernenward, welche infolge von Verwachsungen nicht zu Pneumothorax geführt hatte, oder an tiefgreifende Larynxgeschwüre gedacht. Die Autopsie ergab für beide Annahmen keinen Anhaltspunkt. Wahrscheinlich war eine Perforation am Lungenhilus erfolgt, die zunächst zu interstitiellem Emphysem geführt, worauf dann die Luft sich einen Weg nach dem mediastinalen Bindegewebe und dem subkutanen Gewebe des Halses bahnte.

8. Bleibtreu, Köln. **Scheinbare Makrochilie bei Hysterie.**

Bei einem 13jährigen Mädchen stellte sich in kurzer Zeit eine Veränderung des Mundes ein, in der Weise, daß Ober- und Unterlippe stark aufgeworfen und verdickt erschienen, wodurch der Mund eine schweinerüsselartige Form bekam und das Gesicht stark entstellte. Nach dem ersten Eindruck schien es sich um eine echte Makrochilie zu handeln, wie sie sich gelegentlich bei scrophulösen Individuen nach reichlicher Schrundenbildung an den Lippen entwickelt. Der Nachweis hysterischer Stigmata, Hemienaesthesie, Störungen des Muskelsinns, kataleptische Erscheinungen, unilaterale Anosmie und Taubheit, ließen die Affektion aber als hysterische erkennen. Der Verlauf der Erkrankung, Schwinden der Kontrakturen unter faradischer Behandlung, kalten Abreibungen etc., entsprach dieser Diagnose.

9. Brassert, Leipzig. **Halswirbelfraktur und reflektorische Pupillenstarre.**

Bei einem Patienten, der eine Fraktur des 2. Halswirbels erlitten, wurde bei einer Untersuchung etwa $^1/_2$ Jahr nach dem Unfalle Miosis und Lichtstarre der Pupillen bei erhaltener Konvergenzreaktion konstatiert. Mangels irgend eines anderen Zusammenhanges dürfte diese Erscheinung wohl auf die Wirbelfraktur und die durch sie verursachte Läsion des Halsmarks zu beziehen sein, womit die Anschauung, daß die reflektorische Pupillenstarre mit großer Wahrscheinlichkeit als eine spinale Erscheinung, bedingt durch Laesionen im oberen Halsmark, anzusprechen ist, eine Stütze findet.

10. Pickenbach, Berlin. **Pylorustenose durch ein chronisches suprapapilläres Duodenalgeschwür. Nach Gastroenterostomie Heilung.**

Der betr. Patient litt mehrere Jahre an periodisch auftretenden heftigen Schmerzparoxysmen des Magens. Unter der Annahme einer Hyperazidität, eines Gallenleidens, wurde er immer mit nur vorübergehendem Erfolg den verschiedensten Behandlungs- und Badekuren unterzogen. Gelegentlich einer selbst vorgenommenen Magenspülung auftretende Haematemesis führte zur Annahme eines Ulcus und, als sich das Krankheitsbild der Pylorusstenose entwickelte, wurde zum operativen Eingriff geschritten. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose, daß die Stenose des Pylorus durch ein in Vernarbung begriffenes Duodenalgeschwür bedingt sei, wurde bestätigt durch den Befund bei der Operation. Die Anlegung einer Gastroenterostomie retrocolica brachte völlige Heilung.

11. Walther, Ettenheim. **Sollen die Landhebammen mit Gummihandschuhen ausgerüstet werden?**

Bei Einführung von Gummihandschuhen ist eine doppelte exakte Desinfektion, die der Hände und der Handschuhe zu fordern; diese Forderung dürfte bei den ländlichen Verhältnissen kaum durchzuführen sein; es wäre zu fürchten. daß im Vertrauen auf die Handschuhe die Hände lässig gereinigt und die Gummihandschuhe ungenügend desinfiziert würden. Je kleiner die Zahl der Utensilien der Hebammen ist, desto besser können die Frauen ihr Handwerkzeug übersehen und in Ordnung halten. W. glaubt die Einführung der Gummihandschuhe in die Hebammenpraxis, wenigstens für die ländlichen Verhältnisse, als unnötig, teuer und gefährlich dringend widerraten zu sollen.

12. Schiele. **Bleikasten für Röntgenröhren.**

An der Hand von Abbildungen erläutert Sch. die Vorzüge eines von ihm für die Röntgenröhren benutzten Bleiblechkastens, der als Schutzkasten, Blendeneinrichtung und Stativ dient.

13. Weil, Prag. **Zur Erklärung der Tuberkulinreaktion durch Antituberkulin im tuberkulösen Herd.**

Entgegnung auf die von Wassermann und Bruck (d. W. 1906 Nr. 49) gegebene Kritik der Arbeit von Weil und Nakayama „Ueber den Nachweis von Antituberkulin im tuberkulösen Gewebe“.

14. Frank. **Leopold Schrötter Ritter v. Kristelli.** Zum 70. Geburtstage.

15. Apelt, Hamburg. **Ueber Hospitäler der Westküste Süd-, Mittel- und Nordamerikas.**

Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 5. 1907.

1. Loeffler, Greifswald: **Neue Verfahren zur Schnellfärbung von Mikroorganismen, insbesondere der Blutparasiten, Spirochaeten, Gonococcen und Diphtheriebazillen.**

Eine Erhöhung der Färbekraft der jetzt am verbreitetsten Giemsafärbungen und damit eine wesentliche Verkürzung des Färbeverfahrens läßt sich erzielen durch Vorbehandlung der Präparate mit als Beizen wirkenden Stoffen. Nach vielen Versuchen hat B. folgendes Verfahren für Giemsafärbungen als bestes und schnellstes erprobt: Erforderlich sind 1. Präparate, dünn ausgestrichen und mit Alkoholäther fixiert; 2. 0,5% Lösung von Malachitgrünkristalle-Chlorzinkdoppelsalz, 3. 0,5% Lösung von Natrium arsenicosum, 4. 0,5% Lösung von reinem Glycerin, 5. Giemsalösung. Auf das Präparat bringt man drei Tropfen der Arsenlösung, ein Tropfen der Malachitgrünlösung. erwärmt bis zur Dampfbildung und färbt eine Minute; dann spült man mit kräftigem Wasserstrahl ab. In ein Reagenzglas bringt man 5 ccm der $^1/_2$% Glycerinlösung und dazu fünf bis zehn Tropfen der Giemsalösung (Grübler): die Flüssigkeit wird dann bis zum Sieden erhitzt und heiß auf das Präparat gegossen; nach fünf Minuten wird sie abgegossen und kräftig mit Wasser gespült. Die Glycerin-Giemsalösung kann immer wieder aufgekocht und zur Färbung verwendet werden. Der ganze Färbeakt nimmt nur wenige Minuten in Anspruch, die damit erhaltenen Bilder sind ausgezeichnete; Trypanosomen, Recurrenzspirillen, Spirochaete pallida sind damit auf das leichteste nachzuweisen.

Um Blutparasiten aller Art schnell nachzuweisen, empfiehlt L. weiter folgende Methode: Zu vier Teilen Borax(2.5%)-Methylenblau (1%) wird ein Teil polychromen Methylenblaus nach Unna hinzugegeben und die Mischung mit der gleichen Menge einer Lösung von 0,05% Bromeosin B. extra versetzt. Mit dieser Färblösung färbt man unter leichtem Erwärmen eine Minute und taucht das Präparat dann in eine Lösung von Tropäolin 00 (konzentrierte wässrige Lösung) fünf Teile, Essigsäure 0,5, Wasser 100, worauf mit Wasser abgespült wird. In den blaß gefärbten, aber doch deutlich erkennbaren Blutkörperchen, und zwischen ihnen sind die Parasiten mit Leichtigkeit erkennbar. In ganz exquisiter Weise lassen sich mit dieser Färbung und Entfärbung die charakteristischen Polkörner der Diphtheriebazillen darstellen; ebenso sind zahlreiche andere Organismen, wie Rotz-, Pest-, Influenzabazillen auf diese Weise schnell und leicht nachzuweisen. Ausgezeichnet färben sich mit der gleichen Lösung auch Gonococcen nach vorheriger Fixierung der Präparate mit Alkoholäther; das Präparat

ist nach der Färbung überfärbt und wird am besten entfärbt mit einer Lösung von 177 Teilen Alkohol, 20 Teilen 1⁰/₀₀ Bromeosins und 3 Teilen Essigsäure. In den blaßrosa angehauchten, mit blaßbläulichen Kernen versehenen Zellen sind die intensiv gefärbten Gonococcen schon bei schwacher Vergrößerung mit Leichtigkeit zu erkennen.

2. Bosse, Weimar: **Ueber Lumbalanaesthesie mit Tropacocain.**

3. Mäurer, Gießen: **Ueber den Einfluß des Chinins auf die Wehentätigkeit des Uterus.**

4. Alexander, Berlin: **Ueber Fieber bei Carcinom.**

A. berichtet über vier Fälle von Carcinom mit Fieber. Der erste betrifft ein Carcinoma recti ulcerosum; das Fieber hatte einen remittierenden Typus mit Schüttelfrösten alle fünf bis sechs Tage; der zweite ein Carcinoma coli ascendentis ulcerosum, das Fieber war im wesentlichen ein kontinuierliches, nur öfters durch einige fieberfreie Tage unterbrochen; der dritte ein Carcinoma hepatis, das Fieber trat anfangs alle fünf bis sechs Tage anfallsweise mit starkem Schüttelfrost und baldigem Abfall unter Schweißausbruch auf, ging dann nachher in einen ganz unregelmäßigen Typus über; der vierte ein Carcinoma des Pylorus mit Lebermetastasen, das Fieber war remittierend. Die Fälle zeigen, daß es ein von Komplikationen unabhängiges Carcinomfieber gibt. An einen bestimmten Typus ist dasselbe nicht gebunden. Bedingt wird es wahrscheinlich durch Autointoxikation, die durch Stoffwechselprozesse des Carcinoms selbst herbeigeführt wird. In den meisten Fällen handelt es sich bei fieberhaftem Carcinom um Tumoren der Bauchhöhle, besonders der Verdauungsorgane. Das häufigere Auftreten von Fieber bei ulcerierten Carcinomen ist von reinen Zufällen abhängig.

5. Kothe, Berlin: **Ueber eine eigentümliche Form chronischer Stenose der Flexura lienalis coli.**

Zwei Fälle von Stenose der Flexura lienalis coli, deren Ursache in einer Hochzerrung und in einer durch Verwachsung der beiden Colonschenkel bedingten spitzwinkligen Abknickung derselben gelegen war. In einem war es zu ausgesprochenen Ileuserscheinungen gekommen, während im zweiten nur hartnäckige Stuhlverstopfung mit jedesmal auftretendem Tumor in der linken oberen Bauchseite beobachtet wurde. Die Adhaesionen, durch welche die winklige Fixation der Flexur zu stande kommt, werden meist als Reste abgelaufener Peritonitis aufgefaßt, als deren Ausgangspunkt verschiedene intraperitoneale Affektionen (Appendicitis, Ulcus ventriculi, Gallenstein- und Pankreaserkrankungen, Genitalleiden) festgestellt worden sind. Die meist beobachtete Beschränkung der peritonitischen Veränderungen auf die Flexura lienalis und ihre Umgebung läßt aber auch daran denken, daß es unter dem Einflusse der an dieser Stelle häufigen Kotstauungen, welche durch die bei den meisten Fällen vorgefundene Coloptose begünstigt wird, zu einer partiellen mechanischen Peritonitis kommt, oder daß es sich um angeborene Verhältnisse handelt. Das klinische Bild der Erkrankung hat große Aehnlichkeit mit der carcinomatösen Darmstenose; wiederholte Occlusionskrisen wechseln mit relativem Wohlbefinden. Die Therapie kann, wenn es zum Darmverschluß gekommen ist, nur eine chirurgische sein: dabei kommt eine Lösung der Adhaesionen in Frage oder sicherer eine Enteroanastomose zwischen Colon transversum und Colon descendens oder Flexura sigmoidea.

6. Rona, Baja (Ungarn): **Ein Fall von Echinococcus retroperitonealis.**

Die Patientin hatte seit einem Jahr die Entwicklung einer Geschwulst in der linken Bauchseite beobachtet und war seit der Zeit immer mehr abgemagert. Die Untersuchung ergab im Mesogastrium einen kindskopfgroßen, elastischen, von der Milzdämpfung abgrenzbaren Tumor, aus dem sich durch Punktion dicker Eiter entleerte. Bei der Operation entleerten sich etwa drei Liter Eiter, der mit normalen und vereiterten Echinococcenblasen und Chitinfetzen vermengt war, aus einer Höhle, die median bis zur Wirbelsäule, nach oben bis zum Zwerchfell und abwärts bis ins obere Drittel der Beckenschaufel reichte. Die Operation brachte völlige Heilung.

7. Axmann, Erfurt: **Uviolbehandlung und Augenkrankheiten.**

8. Fischer, Trier: **Eine Saugpipette zur Abmessung von Serummengen bei Anstellung der Widalschen Reaktion.**

Bei Anstellung der Widalschen Reaktion werden gewöhnlich die Flüssigkeitsmengen mit den hundertteiligen 1 ccm-Pipetten mit dem Munde angesaugt. Um die damit verknüpften Gefahren für den Untersucher zu vermeiden, empfiehlt F. einen vernickelten Stahldraht am einen Ende rauh zu feilen, mit einem Wattepfläckchen zu umwickeln und so in die Pipette einzuführen, die dann wie eine Spritze gehandhabt werden kann. Das Verfahren bietet die Vorteile, daß man sich nicht leicht infiziert, da man Pipette und Finger nicht an den Mund zu bringen braucht, daß man, ohne das Blutsediment aufzurühren, das Serum unter sicherer Kontrolle des Auges absaugen kann, daß die Sicherheit der Abmessung die größtmöglichste wird und schließlich, daß die Vorrichtung gut sterilisierbar ist.

9. Laser, Königsberg: **Ueber das Vorkommen von Schwerhörigkeit und deren Ursachen bei Schulkindern.**

L. hat systematische Hörprüfungen bei Schulkindern mit dem Politzerschen Hörprüfer vorgenommen und gefunden, daß von den Kindern einer Mädchen-Bürgerschule, Mädchen-Volksschule und Knaben-Volksschule 17,4—19,3% schwerhörig waren. Die Bevorzugung eines Ohres ergab sich nicht, ebensowenig ein Zusammenhang des Alters der Kinder mit der Schwerhörigkeit. Die als schwerhörig befundenen Kinder wurden spezialistischer Untersuchung zugeführt und hier als Ursache der Schwerhörigkeit in den meisten Fällen adenoide Wucherungen, daneben chronische Otitiden, Catarrhe, Ceruminalpröpfe gefunden. Ein Teil der Kinder konnte auch in Behandlung genommen werden; L. hofft, daß es so manchen Kindern ermöglicht wird, dem Unterricht besser zu folgen.

10. Fraenkel, Berlin: **Ein Fall von Gicht bei einem vierjährigen Kinde.**

Anfallsweise auftretende Schmerzattacken im Metacarpophalangealgelenk der großen und zweiten Zehe mit objektivem Befund, der nur als gichtischer zu deuten war. Nach der über Gicht im Kindesalter vorliegenden Literatur dürfte dieser Fall wohl der jüngste beobachtete sein.

11. Prinzing, Ulm: **Die Statistik des Stillens.**

Es werden eine Reihe von Punkten hervorgehoben, die bei statistischen Erhebungen über das Stillen berücksichtigt werden müssen, um genaue und miteinander vergleichbare Resultate zu erzielen.

12. Landsberger, Charlottenburg: **Neue Untersuchungen über Wohnungsmängel.**

Bericht über eine Reihe von Resultaten, die die Erhebungen über die Wohnungsverhältnisse ergeben haben, die in Berlin von der Ortskrankenkasse der Kaufleute, in Breslau von den Ortskrankenkassen und in Bremen und München von den städtischen statistischen Aemtern angestellt worden sind.

Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 5. 1907.

1. Fraenkel, Halle. **Untersuchungen über das Spirillum Obermeieri.**

Entgegen der früher herrschenden Meinung ist die Uebertragbarkeit des Recurrensspirillum nicht auf Menschen und Affen beschränkt, auch andere Tiere, besonders Mäuse und Ratten, sind leicht zu infizieren. Im frisch infizierten Blutstropfen findet man immer reichlich Spirillen mit 5—6, aber auch 12—14 Windungen. Neben der Fähigkeit einer deutlichen Ortsveränderung zeigen die Schrauben noch verschiedenartige Bewegungen, besonders im Sinne einer Rotation. Von einer Phagocytose konnte F. niemals etwas entdecken, dagegen zeigen die roten Blutkörperchen eigentümliche Gruppierungen um die Spirillen. Die Färbung im Deckglaspräparat gelingt leicht mit Fuchsin, Gentianeviolett, Giemsa, im Schnitt gibt die Levaditische Färbung besonders schöne Ergebnisse. Bei den Ueberimpfungsversuchen erkrankten Affen 2-3 mal 24 Stunden nach der Darreichung der Spirillen, am 3. oder 4. Tage waren die Mikroorganismen wieder geschwunden, ein nochmaliges Wiederauftreten derselben, das sich in Uebereinstimmung mit den beim Menschen stets festgestellten wiederholten Anfällen des Recurrensfiebers entwickelt hätte, wurde nicht beobachtet. Ebenso

wurde bei Hamstern nur eine einmalige Vermehrung der Mikroben wahrgenommen; auch bei Ratten erfolgte in der Regel vollkommene Heilung, nur selten machte sich noch ein zweiter Anfall geltend; ein tötlicher Ausgang erfolgte nur ausnahmsweise. Am empfänglichsten zeigten sich weiße Mäuse, noch nach Einspritzung von mit 1000 Teilen physiologischer Kochsalzlösung verdünntem Blut ließen sich die Infektionserreger nachweisen, auch bei Impfung mit erheblichen Quantitäten des Blutes gingen die Mäuse nur selten zu Grunde, nach der Erholung erwiesen sie sich einem abermaligen Versuch der Infektion gegenüber als unempfänglich. Die so erworbene aktive Immunität erstreckte sich aber nicht auch auf die Mikroben des Zeckenfiebers, woraus hervorgeht, daß das amerikanische Recurrensfieber und das afrikanische Zeckenfieber zwei verschiedene Leiden sind, die zwar in enger Verwandtschaft zu einander stehen, von denen aber jedes seine eigenen, durch gewisse Eigenschaften ausgezeichneten Erreger besitzt und eine Unempfänglichkeit entstehen läßt, die nur gegen die betreffenden Mikroorganismen, nicht auch gegen die des anderen Uebels vorhanden ist.

2. Schütze, Berlin. **Experimenteller Beitrag zur Wassermannschen Serodiagnostik bei Lues.**

Die Methode der Komplementbindung hat für das Gebiet der Infektionskrankheiten erst volle Bedeutung durch die Arbeiten von Wassermann und Bruck erlangt, welche statt der bis dahin in der Serodiagnostik verwandten Bakteriensuspensionen Extrakte aus Bakterien, also gelöste Bakteriensubstanzen, wählten. Auf diese Weise gelang es, in den Körpersäften geringste Mengen vorhandener gelöster Bakterienstoffe, sowie deren Reaktionsprodukte (Antikörper) zum Nachweis zu bringen, wie aus den Versuchen von Wassermann und Bruck über Tuberkulin und Antituberkulin hervorgeht. Weiterhin konnten Wassermann, Neißer, Bruck in den Extrakten syphilitischer Gewebsteile spezifisch syphilitische Substanzen feststellen, wodurch der weiteren experimentellen Forschung ein neues Gebiet der Serodiagnostik bei Lues erschlossen wurde. Denn, nachdem es zum ersten Male gelungen, bei Krankheiten, deren Erreger wir bisher in Kulturen nicht gewinnen konnten, in den aus infizierten Organen bereiteten Extrakten spezifische Stoffe aufzufinden, war Aussicht vorhanden, daß durch diese Methode sich klinisch wertvolle Aufschlüsse über die Aetiologie wichtiger Erkrankungen gewinnen ließen. Von diesem Gedanken ausgehend, haben Wassermann und Plaut die Lumbalflüssigkeit von Paralytikern auf das Vorhandensein von syphilitischen Antistoffen geprüft und in der größeren Mehrzahl der Fälle ein positives Resultat erzielt. Bei der Bedeutung der Möglichkeit eines solchen biologischen Nachweises luetischer Antistoffe, welcher den Schluß zuläßt, daß das Individuum, von welchem das Untersuchungsmaterial herrührt, entweder früher eine Lues durchgemacht hat, oder noch eben unter dem Eindruck einer frischen Infektion steht, hat Verfasser eine weitere Bearbeitung dieser Frage unternommen und zunächst die Cerebrospinalflüssigkeit von Tabeskranken auf das Vorhandensein syphilitischer Antistoffe untersucht; auf diesem Wege ist wohl ein Beitrag zu der aetiologisch wichtigen Frage der Tabes zu gewinnen und an der Hand einer reichhaltigen Kasuistik zu entscheiden, inwieweit sich ein folgerichtiger Zusammanhang zwischen Lues und Tabes ergibt. Die Untersuchungen, deren Methode genau dargelegt wird, wurden an 12 Tabeskranken vorgenommen; 4 stellten anamnestisch eine Lues in Abrede, 7 gaben das Ueberstehen einer Syphilis zu, 1, seit $1\frac{1}{2}$ Jahren an Tabes ohne vorangegangene Lues leidend, zeigte eine frisch acquirierte, also mit der Tabes nicht in Zusammenhang stehende Lues. Mit dem klinischen Befund bei diesem und den anamnestischen Angaben der anderen stand nun der Ausfall der biologischen Versuche in vollem Einklang, indem tatsächlich in der Lumbalflüssigkeit der 8 Luetiker unter Heranziehung aller (genau auseinandergesetzten) Kontrollen durch die Komplementablenkung in einwandsfreier Weise syphilitische Antistoffe nachgewiesen wurden, während bei den übrigen 4 Patienten sich ein negatives Resultat ergab. Trotz der Kompliziertheit der Methode, die nur von einem in quantitativen Laboratoriumsarbeiten bewanderten Untersucher ausgeführt werden sollte, dürfte es leicht gelingen, wenn ein wirksamer Extrakt und geeigneter haemolytischer Amboceptor zur Verfügung steht, an einem Tage eine größere Zahl von Lumbalflüssigkeiten auf ihren Gehalt an syphilitischen Antistoffen zu untersuchen. Und trotz der Kleinheit seines Materials glaubt Verfasser sagen zu können, daß die von Wassermann auf Grund der Bordetschen Komplementablenkung angebahnte Serodiagnostik der Lues eine wertvolle Bereicherung der Methoden darstellt, die eine eingehende Nachprüfung und Nutzanwendung für die Praxis verdient.

3. Bauer, Breslau. **Hemiathetose unter der Geburt.**

Bei einer IX para, bei der eine vorzeitige Plazentarlösung mit Absterben des Kindes eintrat, setzten unter der Geburt halbseitige eigenartige Bewegungen der oberen und unteren Extremitäten, besonders der Zehen und Finger, ein, die sich durch Stetigkeit und Langsamkeit, durch eigentümliche Bewegungen, Streckungen und Ueberstreckungen, durch Ab- und Adduktionen als typische Athetosebewegungen charakterisierten, wenige Tage nach der Entbindung sistierten dieselben allmählich. Bezüglich der Aetiologie glaubt sie Verfasser, da andere Anhaltspunkte, Hysterie, Potus, Lues etc., fehlten, mit der schweren Blutung infolge der vorzeitigen Placentarlösung in Zusammenhang bringen zu sollen.

4. Ullmann, Berlin. **Ueber juvenile physiologische Albuminurie.**

U. hat seine Untersuchungen an gesunden Schulkindern angestellt, die ihm gelegentlich einer Art Epidemie von Herpes zugeführt wurden. Von 42 Kindern, die als gesund gelten mußten, hatten 14, also ein Drittel, Eiweiß im Harn. Die Anamnese der albuminurischen Kinder ergab, daß nur 1 Scharlach, die Mehrzahl sonstige leichtere Infektionskrankheiten gehabt hatte, während 3 von den Eltern ausdrücklich als stets gesund bezeichnet wurden. Stärkeren Eiweißgehalt, d. h. von 3 p. M. aufwärts, hatten 3 Kinder, mittleren 5, Spuren 6. Unter den 3 mit starkem Eiweißgehalt befand sich das Kind mit Scharlach in der Anamnese, den stärksten Albumengehalt (bis zu 10 p. M.) aber hatte ein Mädchen von 12 Jahren, das von allen den Eindruck des gesundesten, kräftigsten, bestgenährten machte; es war am meisten entwickelt; noch während der mehrwöchentlichen Beobachtung trat bei ihm die erste Menstruation ein. Daß Anaemie oder schwächliche Konstitution oder vorausgegangene Infektionskrankheiten nicht die Voraussetzung zum Zustandekommen dieser Albuminurien sind, glaubt Verf. wohl aus seinen Beobachtungen schließen zu können. Hält man sich vor Augen, daß verschiedene Beobachter an verschiedenartigstem Material untersuchend — Leube bei jugendlichen Soldaten, Lommel bei jugendlichen Arbeitern, Rapp bei Kadetten, Verf. bei schulpflichtigen und noch jüngeren Mädchen — in einem großen Prozentsatz junger Individuen Albuminurie ohne Nephritis gefunden haben, nur selten hingegen bei Erwachsenen, daß sie ferner in seiner Altersklasse bei Personen jeglicher Konstitution sich zeigt, so muß man zu dem Schluß gelangen, daß es sich um eine zwar abnorme, aber nicht krankhafte, sondern physiologische Erscheinung handelt, die dem jugendlichen Alter eigentümlich ist. Die Erkenntnis der Ursachen für diese Erscheinung ist einstweilen noch verschlossen; man muß sich zunächst mit der Tatsache des gesundhaften, des Physiologischen begnügen. Verf. schlägt deshalb vor, diese Albuminurien nicht orthotisch zu nennen, sondern zu dem Namen der juvenilen physiologischen Albuminurie zurückzukehren und sie als solche differentiell zu diagnosticieren. Eine Therapie gegen sie anzuwenden, ist überflüssig, in den weitaus meisten Fällen schwindet die Erscheinung mit dem Heranwachsen des Individuums. Die Bedenken der Versicherungsärzte gegen Aufnahme von Personen mit dieser Albuminurie sind unnötig.

5. Kromayer, Berlin. **Die Anwendung des Lichtes in der Dermatologie.** (Schluß aus Nr. 3 und 4.)

6. Fiebiger und Jensen, Kopenhagen. **Ueber die Bedeutung der Milchinfektion für die Entstehung der primären Intestinaltuberkulose im Kindesalter.** (Schluß aus Nr. 4.)

In früheren Arbeiten (d. W. 1902 Nr. 38 und 1904 Nr. 6 und 7) haben Verff. Untersuchungen mitgeteilt, die Beiträge zur Aufklärung darüber lieferten, inwiefern die Tuberkelbazillen bei primärer oder wahrscheinlich primärer Tuberkulose im Verdauungskanal des Menschen häufig virulent für das Rind sind. In der Hälfte der zehn zusammengestellten Fälle ergab sich, daß die

Tuberkelbazillen eine Tuberkulose progressiven Charakters bei den geimpften Kälbern hervorriefen; bei 4 dieser Fälle, die Kinder im Alter von 3—12 Jahren mit primärer Darmtuberkulose betrafen, besaßen die Bacillen eine sehr bedeutende Virulenz für das Kind; bei 2 der Kinder war das tuberkulöse Darmleiden mit Wahrscheinlichkeit auf Infektion durch Kuhmilch zurückzuführen. Bei Fortsetzung der Untersuchungen richteten Verfasser ihr Augenmerk besonders auf solche Fälle, bei denen anzunehmen ist, daß die Infektion von Ansteckung durch Milch herrührt, und können über 2 weitere derartige Fälle berichten. Der erste betrifft ein 4 Monate altes Kind, bei dem die Autopsie sichere primäre Tuberkulose des Verdauungskanals (eine Tonsille, Darm und korrespondierende Lymphdrüsen) ergab. Die Tuberkelbazillen waren im höchsten Grade virulent für das Rind. Das Kind war $2^1/_2$ Monate lang mit roher Milch aus nicht kontrollierten Beständen genährt worden. Der zweite Fall betrifft ein $1^1/_2$ Jahr altes Mädchen, auch hier ergab die Autopsie unzweifelhaft primäre Tuberkulose des Verdauungskanals (Schlund, Darm, Peritoneum, Lymphdrüsen, daneben schwach entwickelte sekundäre frische Miliartuberkulose der Lungen und Leber). Die Verimpfung der gewonnenen Reinkulturen ergab dieselbe Virulenz für Kälber, die gewöhnlich bei Tuberkelbacillen, die von perlsüchtigen Rindern isoliert sind, nachgewiesen werden kann. Auch dieses Kind war etwa ein Jahr hindurch mit roher Milch aus verschiedenen Beständen genährt worden, unter denen sich auch ein stark tuberkulöser Bestand befand, in dem ein Fall von Eutertuberkulose vorkam zu einer Zeit, die einen Zusammenhang mit der Krankheit des Kindes wahrscheinlich macht. Verfasser glauben nicht, daß sich bessere Beweise für die Ansteckungsgefahr roher Milch als die mitgeteilten Fälle erbringen lassen. Wenn Verfasser sich der von Weber auf Grund der Arbeiten im Reichsgesundheitsamt geäußerten Ansicht, daß die vom Verdauungskanal ausgehende Perlsuchtinfektion auf Nahrungsmittel, die von tuberkulösen Kühen stammen, insbesondere auf die Milch als Infektionsquelle hinweist, völlig beistimmen, so können sie sich nicht der Weberschen Auffassung anschließen, daß die Invasion von Perlsuchtbazillen nur in einer verhältnismäßig geringen Anzahl von Fällen beim Menschen zur Infektion führe. Eine Uebersicht der einschlägigen Mitteilungen in der Literatur ergibt, daß die früher übliche Doktrin von der Seltenheit der primären Intestinaltuberkulose nicht mehr allgemeine Gültigkeit hat; weiter, daß eine bedeutende Anzahl der Fälle primärer Tuberkulose im Verdauungskanal bei Kindern von Infektion durch Tuberkelbacillen des Rindes herrühren, und daß diese Infektion ziemlich oft einen äußerst verhängnisvollen Verlauf nimmt. In Uebereinstimmung mit früheren Anschauungen muß der Genuß roher Milch jetzt wieder als eine bedeutsame Entstehungsursache der primären Intestinaltuberkulose im Kindesalter betrachtet werden.

7. Hildebrandt, Berlin. **Die Behandlung der penetrierenden Bauchschüsse im Felde.**

Wiener klinische Wochenschrift. Nr. 4. 1907.

1. Oshmia, Wien: **Zur Kasuistik der malignen Tumoren der Nierengegend im Kindesalter.**

Ueber die Entwicklungsgeschichte dieser Tumoren sind die Anschauungen noch keineswegs geklärt. Darüber ist man allerdings einig, daß sie kongenitalen Ursprungs; Birch-Hirschfeld nennt sie „embryonale Adenosarkome". Charakterisiert sind die embryonalen Mischgeschwülste der Niere durch folgende Eigenschaften:

1. Sie gehören fast ausschließlich dem ersten Kindesalter an.
2. Sie zeichnen sich durch exzessiv rasches Wachstum aus.
3. Sie greifen selten auf Nachbarorgane über und haben geringe Neigung zur Metastasenbildung.
4. Der Tumor ist gegen das Nierengewebe scharf abgegrenzt; durch sein Wachstum kann er die Niere zur Atrophie bringen.

Außer diesen embryonalen Mischgeschwülsten der Niere finden sich bei Kindern Tumoren der Nierengegend, die ihren Ausgangspunkt von der Umgebung nehmen (Nebenniere, perirenales Gewebe, retroperitoneale Drüsen), die Niere in ihren Bereich ziehen, mit ihr verwachsen, oder sie vielfach infiltrieren. Diese Tumoren zeigen nicht den charakteristischen Bau der embryonalen Mischgeschwülste, wachsen nicht so exzessiv rasch; greifen häufig auf die Umgebung über und zeigen auffallende Neigung zur Metastasenbildung. Verfasser beschreibt ausführlich einen Fall der ersten, und zwei der zweiten Gruppe. Er betont besonders, daß außer der Geschwulst selbst jegliche Symptome eines Nierentumors fehlten. Der Harn enthielt nichts Pathologisches. In den beiden letzten Fällen war die Zahl der eosinophilen Zellen im Blutbefund außerordentlich hoch. Vielleicht gibt also der Blutbefund einen differentialdiagnostischen Anhaltspunkt, um die kongenitalen Mischgeschwülste der Niere von den echten Sarkomen auseinander zu halten. Für die Therapie kommt nur die frühzeitige Exstirpation in Frage.

2. Bucury: **Ueber einen seltenen Ausgang einer Tubargravidität.**

Es handelt sich um einen unvollständigen Abortus bei Tubargravidität mit Perforation des Fruchtsackes in den Darm und Verblutung aus dem Fruchtsack durch die Perforationsöffnungen. B. gibt folgende Erklärung dafür: Die rechtsseitige Tubargravidität kam bei bestehenden perimetrischen Verwachsungen, vielleicht gonorrhoischer Natur zustande. Dafür sprechen die unentwirrbaren Verwachsungen auch an den linken nicht graviden Adnexen. Bei Fortentwicklung der Schwangerschaft entfaltete das am ampullären Teile haftende Ei das Fimbrienende der Tube und verblieb in dem durch die Verwachsungen der Därme praeformierten, abgeschlossenen Raume, indem es zugleich auch an der primären Stelle in der Tube haften blieb, so daß es fortenährt werden konnte und nicht abstarb. Durch Infektion kam es zu einer purulenten Salpingitis, zur Eiterung des Fruchtsackes, zur eitrigen Einschmelzung des schon durch den Druck des wachsenden Eies geschädigten Darmes und zur Kommunikationsbildung zwischen Darm und dem noch das Ei beherbergenden Fruchtsack, aus welchem die Verblutung erfolgte.

3. Gobies, Orlau: **Ueber Schußverletzungen des Pankreas.**

Nach Mitteilung eines Falles von erfolgreich operierter Schußverletzung des Pankreas und rasch eintretender Heilung und nach Durchsicht der diesbezüglichen Literatur faßt G. seine Ansicht über diesen Punkt dahin zusammen: Der Pankreasschuß ist eine außerordentlich gefährliche Verletzung, welche, sich selbst überlassen, den Tod zur Folge hat. Die Gefahr besteht einerseits in den komplizierenden Verletzungen anderer Organe, anderseits in der spezifischen Pankreasgefahr, d. i. dem Austreten von Pankreassaft in die Bauchhöhle. Unter dem Einfluß des Pankreassaftes entstehen im Fettgewebe Nekrosen und in Gesellschaft der Fettgewebsnekrose findet sich fast immer Nekrose der Drüsensubstanz des Pankreas. Ausgedehnte Fett- und Pankreasnekrose führt zum Tode. Schwere Kollapssymptome stehen dabei im Vordergrunde; der Tod erfolgt unter dem Bilde einer schweren Vergiftung, die vielleicht als Seifenvergiftung aufzufassen ist, hervorgerufen durch Resorption von Seife aus den Nekroseherden. Von andrer Seite ist allerdings die Ansicht ausgesprochen worden, daß die schädliche Wirkung des Pankreassaftes nicht allein auf den Fermenten beruht, sondern auch auf den Zerfallsprodukten der abgestorbenen Pankreaszellen. Diese Gefahren sind abzuwenden nur durch möglichst rasche Operation. Bei Schußverletzungen des Epigastriums soll man prinzipiell das Pankreas untersuchen, falls der Weg durch die Kugel nicht vorgezeichnet ist, nach stumpfer Durchtrennung des Ligamentum gastrocolicum. Im Falle einer Verletzung des Pankreas ist als einfachstes und zur Heilung vollständig genügendes Verfahren die Tamponade der Drüse und der Umgebung derselben zu empfehlen. Eine Naht der Pankreaswunde kann im Falle leichter Zugänglichkeit ausgeführt werden. Eine Naht ohne Tamponade ist unzureichend.

4. Neudörfer: **Penetrierende Schußverletzung des Abdomens durch eine Exerzierpatrone.**

Daß auch Exerzierpatronen sehr ernste Verletzungen erzeugen können, beweist folgender glücklich operierter und geheilter Fall. Bei einem 24jährigen Mann war der Schuß in die linke Inguinalgegend hineingegangen, hatte das Netz verletzt, ebenso das Jejunum und Querkolon, die hintere Magenwand, das Ligamentum gastrocolicum und Mesokolon transversum; in der Bursa omentalis fand sich ein bohnengroßer, verkohlter Rest des Pfropfens, der aus



gepreßtem Filz bestanden hatte und die Gefahr der Tetanusinfektion in sich barg. Prophylaktisch wurde eine Tetanusantitoxin-Einspritzung deswegen gemacht.

5. Siegel, Reichenhall: **Ueber Asthmabehandlung.**

6. Török, Budapest: **Bemerkung zu der Erwiderung Prof. Kreibichs auf meinen Vortrag „Die Angioneurosenlehre und die hämatogene Hautentzündung“.**

(Persönliche Bemerkungen, nicht zum Referat geeignet.)

Die Heilkunde. 1. Heft. 1907.

1. Stadelmann, Berlin: **Der Diabetes insipidus.** (Klinischer Vortrag.)

Das Entstehen des Diabetes insipidus ist in den meisten Fällen ein dunkles; die Befunde, die gelegentlich bei den Kranken zu erheben sind, reichen in den seltensten Fällen dazu aus, das Entstehen der Krankheit zu erklären. Daß eine Verwandtschaft zwischen Diabetes insipidus und Diabetes mellitus besteht, zeigt die Aehnlichkeit der Krankheitserscheinungen und der gelegentlich zu beobachtende Uebergang des ersteren in den letzteren. Die Krankheit entwickelt sich manchmal ganz plötzlich und wird gelegentlich auf eine bestimmte Veranlassung zurückgeführt (übermäßiges Trinken, Erkältung, heftige Gemütsbewegung, Verletzung, Fall), ob mit Recht, steht noch dahin. Manchmal aber entsteht die Krankheit auch allmählich, indem die Kranken bemerken, daß ihr Durst mehr und mehr zunimmt und entsprechend die Urinmenge steigt. Die tägliche Harnausscheidung steigt bis auf acht bis zehn bis zwölf Liter; der Urin ist hell, wasserartig, von geringem spezifischem Gewicht (1004—1001), enthält weder abnorme Harnbestandteile, noch von den normalen zu viel oder zu wenig. Die Frage, was das Ursprüngliche ist, die Polydipsie oder die Polyurie, ist wohl dahin zu beantworten, daß die Vermehrung der Harnausscheidung die erste Erscheinung und der vermehrte Durst die Folge dieser ist. Die inneren Organe sind in der Regel nicht nachweisbar krankhaft beteiligt; das Allgemeinbefinden leidet bei den Kranken über kurz oder lang aber doch in nicht unerheblichem Grade. Der Gesamtverlauf der Harnruhr ist ein ziemlich langer; die Krankheit kann viele Jahre dauern, ohne eine Neigung zu Verschlechterung oder Besserung zu zeigen; manchmal tritt aber auch schneller ein Körperverfall ein, dem die Kranken auch ohne neu hinzutretende Erkrankungen erliegen. Die sicheren typischen Fälle von Diabetes insipidus müssen als unheilbar gelten. Was die Therapie betrifft, so sind bezüglich der Ernährung keine speziellen Vorschriften nötig. Dem Kranken das Wassertrinken zu verbieten, ist unmöglich. Nur wo es sich nicht um den richtigen Diabetes insipidus, sondern um einen auf nervöser Grundlage entwickelten Symptomenkomplex handelt, kann eine mit Ernst und Energie durchgeführte Flüssigkeitseinschränkung bleibenden Nutzen haben. Alcoholica zum Stillen des Durstes sind zu verbieten; am besten trinken die Kranken reines kaltes Brunnenwasser oder saure Limonaden. Von Wichtigkeit ist die Hautpflege; warme Bäder, die die Schweißsekretion anregen, sind empfehlenswert. Die hygienischen Zustände, in denen sich die Kranken befinden, sind möglichst günstig zu gestalten: Ruhe, Wald-, Landluft, Seeaufenthalt, Vermeidung von Aufregungen, Entsagen anstrengender Tätigkeit sind oft von wohltätigem Einfluß. Medikamentöse Therapie erweist sich oft von Nutzen; in Frage kommen Radix Valeriana, resp. die aus ihr gewonnenen Präparate, Belladonna resp. Atropin, Opium, Chloralhydrat, Antipyrin, Aspirin, Acid. salycilic., Strychnin innerlich oder subkutan bei steigender Dosis, Secale cornutum, Bergmannsche Kautabletten. Die Kranken, die syphilitisch infiziert gewesen sind, sollen einer gründlichen spezifischen Kur unterzogen werden. Günstig sind die Aussichten auf erfolgreiche Behandlung beim Diabetes insipidus auf nervöser Grundlage, wo eine allgemeine Behandlung des erkrankten Nervensystems vorzunehmen ist.

2. Kollarits, Budapest: **Die heredodegenerative Krankheit.**

Verschiedene Krankheitsformen werden durch die Heredität als gemeinsames aetiologisches Moment verbunden; so entsteht der Begriff einer Krankheit sui generis, das ist die vererbte Krankheit, die trotz der Verschiedenheit der Symptomatologie das Recht auf Selbständigkeit beanspruchen kann. Der Unterschied, der gemacht wird zwischen familiärer und absteigender Heredität ist nicht von Wichtigkeit, da der Keim der Krankheit in beiden Fällen schon im letzten scheinbar gesunden Familienmitgliede vorhanden war. Bei der Haemophilie ist die Frau die Trägerin des Keimes, trotzdem erkranken meistens nur die Knaben daran; ist der Keim der Krankheit bei beiden Eltern vorhanden, so ist die Belastung natürlich schädlicher. Die Ehe von Blutsverwandten braucht keine bösen Folgen zu haben, wenn sie in einer gesunden Familie vorkommt; in einer belasteten Familie jedoch sind die Abkommen in größerer Gefahr. Ein Kind eines nicht verwandten Elternpaares hat in der zehnten aufsteigenden Generation 1024 Ahnen, sind die Eltern aber blutsverwandt, so besteht dieselbe Generation der Ahnen nur aus 512 Mitgliedern; eine eventuelle pathologische Heredität ist also im zweiten Falle gewissermaßen weniger verdünnt. Zwischen direkter, d. i. similiärer, und indirekter, d. i. transformierender Heredität besteht kein prinzipieller Unterschied; im grunde gibt es nur eine direkte Heredität; bei der transformierenden wird eine Anlage einer oder mehrerer Krankheitsformen direkt übertragen. Die Art der beim Kinde auftretenden Krankheitsform wird dann oft von äußeren Umständen bestimmt. Cumulationen von verschiedenen direkten hereditären Erkrankungsformen kommen häufig vor; die Heredität wählt nicht immer einen Teil eines Organes, z. B. des Nervensystems, und auch nicht immer ein Organ des ganzen Körpers aus, sondern schädigt das Nervensystem in mehreren Hinsichten oder den Organismus in mehreren Organen auf einmal. Großer Altersunterschied der Eltern und das höhere Alter der Eltern scheint die Entstehung der heredodegenerativen Krankheit zu begünstigen. Die heredodegenerativen Krankheitsformen zeigen gewisse gemeinsame Züge: die Gruppierung der Symptome ist eine andere als bei den übrigen Krankheiten, z. B. erhöhte Sehnenreflexe mit Muskelatrophie, Hypertonie mit Ataxie, amyotrophische Lateralsklerose mit Idiotie etc.; die hereditären Krankheitserscheinungen fließen ohne bestimmte Grenzen ineinander. Der Verlauf der heredodegenerativen Erkrankungen ist langsam progressiv und dauert einige Jahre; die ersten Symptome entstehen gewöhnlich in den ersten Lebensjahren oder am Anfang des hohen Alters. Was die einzelnen zusammenhängenden Krankheitsformen betrifft, so hat Erb die verschiedenen Formen der progressiven Atrophie und der Pseudohypertrophie unter dem Namen Dystrophie zusammengefaßt; Jendrassik hat die Paralysis spinalis spastica studiert und gezeigt, daß hier nur eine hereditäre Form vorkommt. In den verschiedenen Familien bleibt sie selten rein; man findet Augenmuskellähmungen, Nystagmus, Zittern, Idiotie, Ungeschicklichkeit; die Fälle mit Incoordination und Mangel der Sehnenreflexe heißen Friedreichsche Ataxie, dasselbe Bild mit erhaltenen Sehnenreflexen Hérédoataxie cerébelleuse. Ein Bindeglied zwischen den Krankheitsgruppen der Muskeldystrophie und der Gruppe der spastischen Formen ist die familiäre amyotrophische Lateralsklerose. Die hereditäre Degeneration kann aber nicht nur das Nervensystem, sondern alle Gewebe treffen: so entstehen Magerkeit, Obesitas, Osteodystrophie, Arteriosklerose, Haemophilie, familiäre Geisteskrankheiten, Hysterie und Neurasthenie. Die Grundlage aller heredodegenerativen Krankheitsformen scheint eine fehlerhafte Entwicklung der schwachen Organe, eine Aplasie, Zurückbleiben oder Schwäche zu sein. Diese schwach entwickelten Teile verfallen in eine einfache Degeneration, welche mit der Altersentwicklung identisch, doch hochgradiger als diese ist. Die gemeinsame Therapie dieser Leiden ist dahin zusammenzufassen, daß die schwach entwickelten Teile einerseits geschont, andrerseits aber schonungsvoll geübt werden sollen.

3. Hecht, Beuthen: **Monotal, ein neues externes Antiphlogistikum und Anaesthetikum.**

4. Klatt, Marienwerder: **Ueber das Digalen.**

5. Hahn, Budapest: **Das neue Arbeiterversicherungsgesetz in Ungarn und die Aerzte.**

Eine Reihe von Punkten, die vom ärztlichen Standpunkt bei diesem Gesetz zu bemängeln sind, werden besprochen.



Bücherbesprechung.

Augenleiden bei Diabetes mellitus. Von Prof. Dr. Groenouw. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde, VII, 2 und 3. Halle, Marhold 1907.

Der Prozentsatz der Augenkranken unter den Diabetikern wird sehr verschieden angegeben. Von einigen Seiten wird behauptet, dass sich Sehstörungen in allen schweren und veralteten Fällen finden. Dem ist aber entgegenzuhalten, dass es Kranke gibt, welche Jahrzehnte lang an Diabetes leiden und niemals über Sehstörungen klagen. Die recht erheblichen Schwankungen in den Angaben beruhen wohl zum grossen Teil auf der Art des untersuchten Materials. Die Zahl der Diabetiker ist unter den Augenkranken der Privatpraxis erheblich höher als unter denen der Poliklinik. Ueber die Häufigkeit der Erkrankung der einzelnen Teile des Auges bei Diabetes liegen zwar eine ganze Anzahl von Mitteilungen vor, doch lässt sich eine genaue Statistik nicht geben, da ein Teil der Autoren nach Krankheiten, der andere nach Fällen rechnet. Am häufigsten unter den diabetischen Augenleiden ist der graue Star vertreten, er umfasst 25—32% der Fälle, dann folgt die diabetische Retinitis mit 19—33%, darauf die Erkrankungen der Sehnerven und der optischen Leitungsbahnen mit 6—26%, endlich noch die Augenmuskellähmungen mit 4—7%, während von den übrigen Leiden keines mehr als 4% der Gesamtzahl erreicht.

Im allgemeinen finden sich Augenleiden keineswegs nur bei körperlich heruntergekommenen Diabetikern, sondern auch bei solchen, die sich eines guten Allgemeinbefindens erfreuen. Zuweilen führt erst das Augenleiden auf die Diagnose, so Accomodationslähmung, spät auftretende Kurzsichtigkeit, rasch sich entwickelnder grauer Star usw.

Die entzündlichen Erkrankungen der Netzhaut haben eine schlechtere Prognose für das Leben, als Katarakt und Sehnervenerkrankungen, doch ist die Prognose nicht so schlecht, wie bei Retinitis albuminurica. Moll, Berlin.

Die Bekämpfung der Kurzsichtigkeit. Von Karl v. Ziegler, Hauptmann a. D. Berlin, Dreyer & Co.

Verf. ist mit Recht ein begeisterter Verfechter eines möglichst häufigen Aufenthalts im Freien während der Schulzeit. In dieser Beziehung decken sich die Mittel zur Bekämpfung der Tuberkulose und der Kurzsichtigkeit, denn dieser so weit verbreiteten Schulkrankheit wird am besten durch Bewegungen im Freien, verbunden mit Sehübungen in der Ferne vorgebeugt. Verf. schlägt vor, bei Gelegenheit der Bewegungsspiele Uebungen im Erkennen kleiner Gegenstände in der Ferne vorzunehmen, bestimmte Entfernungen abschätzen zu lassen usw. Diese Uebungen kommen zugleich dem späteren Militärdienst zu Gute. Ausserdem gibt er in seinem Buche eine Menge von Beispielen, wie die Augen und das Augenmaß geübt werden kann und fügt die Regeln einer Reihe von Volks- und Bewegungsspielen bei.

Das Buch sei allen Schulärzten und Turnlehrern bestens empfohlen. Moll, Berlin.

Ueber Diagnose und Behandlung äuserer Augenerkrankungen. Von Dr. Lange. Halle, Marhold 1906.

Der Vortrag enthält sehr beherzigenswerte Winke für praktische Aerzte. Besonderer Wert wird auf öfter geübte Kunstfehler gelegt und dem Praktiker die Grenze seines Handelns gezogen. Verf. ist im Recht, wenn er sagt, dass in einem Lande wie Deutschland, wo die Augenärzte so dicht gesät sind, dass jeder Augenkranke einen solchen ohne eine grosse Reise machen zu müssen, leicht erreichen kann, z. B. eine sonst gesunde Frau und Mutter mehrerer Kinder nicht an beiderseitigem Glaukom erkranken und unheilbar erblinden dürfe. Moll Berlin.

Vermischtes.

Berlin. Wie nunmehr feststeht, wird die Hygiene-Ausstellung, welche anläßlich des diesjährigen, vom 23. bis 29. Sept. in Berlin tagenden XIV. Internationalen Kongresses für Hygiene und Demographie in Aussicht genommen ist, in der Wandelhalle des Reichstagsgebäudes und den sich anschließenden Nebensälen stattfinden. Die Hygiene-Ausstellung Berlin 1907 wird um so mehr allgemeineres Interesse in Anspruch nehmen, als kürzlich bekannt wurde, daß die Vorarbeiten für die in Dresden im Jahre 1909 geplante Hygiene-Ausstellung eingestellt worden sind. Die Ausstellungsleitung besteht aus Vertretern des Kultusministeriums, der hygienischen Wissenschaft, des Reichsgesundheitsamts, der Medizinalabteilungen der Armee und Marine und der Gesundheitstechnik. Vorsitzender ist Geheimrat Prof. Dr. Rubner, Schriftführer Stabsarzt Dr. Hoffmann, Friedrichstraße 140.

Dresden. Die Gesellschaft deutscher Nervenärzte wird ihre erste Jahresversammlung im September d. Js. in Dresden haben. Die Eröffnungssitzung fällt voraussichtlich auf den 14. September. Die Referate (Krause-Berlin, Bruns-Hannover, Neisser-Stettin, L. R. Müller-Augsburg) beziehen sich in erster Linie auf die chirurgische Therapie der Nervenkrankheiten. Vorträge haben übernommen: A. Pick-Prag, Nonne-Hamburg, A. Schüller-Wien u. a. Weitere Vorträge sind rechtzeitig anzumelden bei Prof. H. Oppenheim-Berlin.

Berlin. Die Verhandlungen der ersten Internationalen Konferenz für Krebsforschung, welche vom 25.—27. Sept. 1906 in Heidelberg und Frankfurt am Main tagte, sind soeben als besonderes Heft der von Prof. Dr. v. Hausemann und George Meyer redigierten Zeitschrift für Krebsforschung im Verlage von August Hirschwald, Berlin, erschienen und durch die Buchhandlung oder das Bureau des Zentralkomitees für Krebsforschung, Berlin, Bendlerstraße 13 zu bestellen. Die Verhandlungen geben ein übersichtliches Bild des gesamten Standes der Krebsforschung.

Berlin. Die furchtbaren Katastrophen, welche sich in den letzten Jahren ereignet und fast jedesmal eine große Zahl von Menschenleben vernichtet haben, weisen dringend auf die Notwendigkeit einer weiteren Förderung und Ausgestaltung des Rettungwesens und der Rettungseinrichtungen hin. Es erscheint besonders wünschenswert, die Bestrebungen für diese Zwecke in einer Stelle fortgesetzt zu beobachten, um aus Vergleichen weitere Erfahrung zu gewinnen und diese wiederum für das Allgemeinwohl zu verwerten. Besonders die Förderung des Rettungwesens an den Küsten ist, wie die letzten Ereignisse bewiesen haben, ein dringendes Erfordernis. Die unter Vorsitz des Ministerialdirektors Dr. Förster begründete Zentralstelle für das Rettungswesen an Binnen- und Küstengewässern hat ganz besonders die weitere Ausgestaltung dieses Zweiges des Rettungswesens zu ihrer Aufgabe gemacht. Das Zentralkomitee für das Rettungswesen in Preußen, an dessen Spitze Exzellenz v. Bergmann steht, ist gleichfalls rüstig bei der Arbeit, auf dem Gebiete des allgemeinen Rettungswesens weitere Fortschritte zu erzielen. Alle einschlägigen Anfragen ist die Geschäftsstelle der beiden Körperschaften Berlin W., Bendlerstr. 13, zu beantworten gern bereit.

Paris. Ein Kongreß der französischen Aerzte wird in Paris im April 1907 zusammentreten, um über zwei wichtige Fragen zu beraten: 1. über Reformen des medicinischen Unterrichts; 2. über die freie Aerztewahl. Der erste Hauptgegenstand umschließt nach dem vorläufigen Programm viele Gebiete, die ein allgemeines Interesse beanspruchen dürften. Es soll unter anderem verhandelt werden über: das Krankenhaus als Mittelpunkt des klinischen Unterrichts, über Ferienkurse und den Fortbildungsunterricht, über die Organisation der Examina, über den Unterricht in den Sonderfächern für den praktischen Arzt und den Spezialisten u. a. Die Erörterungen über die freie Arztwahl erstrecken sich auf die großen industriellen Unternehmungen, auf Staatsbetriebe, Unfallverletzte, Armenpraxis.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Der Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P Meißner

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 25. März 1907. Nr. 12.

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage Therapeutische Rundschau und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Einige experimentelle Untersuchungen über den Nährwert des Eukasin.

Von Dr. J. Winterberg,
emer. Assistent des k. k. allgem. Krankenhauses in Wien.

Wenn wir an die Untersuchung eines Nährmittels herantreten in Bezug auf seine Verwendbarkeit, sowohl beim gesunden als auch beim kranken Menschen, so kann es sich weniger darum handeln, zu zeigen, daß gerade dieses Nährmittel den ausschließlichen Vorzug vor allen anderen verdient oder daß es besser sei als ein anderes, sondern es besteht die Hauptaufgabe des Untersuchers darin, zu beweisen, daß das entsprechende Nährmittel sich zur Ernährung eigne, d. h. daß es imstande sei, beim Gesunden einen wesentlichen Anteil der sonstigen Nahrung zu ersetzen, so daß dieser auch bei Ausfall eines entsprechenden Nahrungsquantums sich mit Hilfe der entsprechenden Menge des Nährmittels im Stickstoffgleichgewichte erhalten kann. Ist ein Nährpräparat dieser Forderung gewachsen, ist es dabei leicht, ohne Widerwillen und ohne sonstige unangenehme Nebenerscheinungen zu erzeugen, einzuführen, dann erfüllt es im großen und ganzen die Aufgabe und wir können dasselbe ebensogut empfehlen, wie alle anderen Nährpräparate. Um dies aber in verläßlicher Weise beweisen zu können, bedarf es einer größeren Versuchsreihe und einer längeren Beobachtungszeit, wir müssen in jedem Falle zunächst einen sogenannten Stoffwechselversuch machen, der uns zeigen soll, ob das Präparat imstande ist, einen gesunden kräftigen Mann im Stickstoffgleichgewichte zu erhalten, und zweitens müssen wir dann an einer Reihe von Kranken zeigen, daß es uns bei diesen mit Hilfe dieses Nährmittels gelingt, sie längere Zeit mit demselben in entsprechender Weise zu ernähren und ihre Körperkräfte und ihr Gewicht trotz ungenügender anderer Nahrung oder bei anderweitigen schwächenden Einwirkungen zu erhalten oder sogar zu heben. Diese Aufgabe habe ich mir stets bei der Untersuchung irgend eines Nährpräparates gestellt. Auch bei dem mir nunmehr zu Versuchszwecken übergebenen Eukasin habe ich in gleicher Weise verfahren. Es zerfällt demnach meine Publikation eigentlich in zwei Teile, wovon der erste die Versuche am Krankenbette umfaßt, der zweite Teil ist dem Stoffwechselversuche gewidmet. In der Praxis habe ich natürlich den umgekehrten Weg eingeschlagen und ich kann jetzt gleich vorweg nehmen, daß ich erst nach günstigem Ausfall dieser Versuche an die praktische Durchführung der Krankenversuche geschritten bin.

Die Krankheitsfälle, die ich mir zu den Versuchen ausgewählt habe, kann ich in zwei scharf umschriebene Gruppen bringen, die eine umfaßt akute Erkrankungen, bei welchen die Ernährung entweder infolge des fieberhaften Zustandes sehr zu leiden hatte oder bei denen wir jede festere Nahrung auch durch längere Zeit vermeiden müssen, um dadurch nicht etwa schwerere oder gar lebensbedrohliche Komplikationen zu veranlassen. In die zweite Gruppe können wir die Blut- und Konstitutionsanomalien sowie andere chronische Erkrankungen rechnen, zur letzteren gehören Anaemien, Chlorosen, Tuberkulose, Syphilis, während in die erste Gruppe alle akuten Infektionen gehören, sowie auch Typhus abdominalis und das Ulcus ventriculi.

Im ganzen habe ich das Eukasin bei 19 Kranken verwendet und will ich in Kürze einige der Krankengeschichten folgen lassen.

1. Fall. G. T., 24jähriges Stubenmädchen, stammt aus gesunder Familie, machte alle möglichen Kinderkrankheiten durch, im 17. Jahre eine ziemlich schwere Chlorose, die sich in den folgenden drei Jahren nochmals in gleich schwerem Grade wiederholte. Seit dem 20. Jahre gesund gewesen, bis vor sechs Tagen sich die Symptome einer neuen Erkrankung geltend machten. Es traten heftigste Schmerzen nach jeder Nahrungsaufnahme auf, die bis ½ Stunde währten, außerdem Brechneigung und einmal wirkliches Erbrechen. Blut im Erbrochenen oder im Stuhle konnte jedoch nicht nachgewiesen werden.

Die genaue Untersuchung ergab ein etwas anaemisches Mädchen, mit leisem weichem Geräusch an der Herzspitze, Lungenbefund normal, die Magengegend auf Druck im ganzen Bereiche sehr empfindlich, auch nach Nahrung keine bestimmte Stelle schmerzempfindlich, sondern die ganze Region des Magens äußerst schmerzhaft, hier und da auch in Form kolikartiger Krämpfe, Stuhl angehalten, Appetit gut, oft saures Aufstoßen. Harn ohne eigentlich pathologischen Befund, weder Albumen noch Zucker; auch die Blutuntersuchung ergab nur leichte Abnahme der roten und Vermehrung der weißen Zellen, keine Chlorose. Es handelte sich also wahrscheinlich um ein Ulcus ventriculi, dessen Sitz mit Rücksicht auf die so diffuse, gar nicht lokalisierte Schmerzhaftigkeit auch gar nicht zu bestimmen war. Da wir also in diesem Falle sofort Ruhediät einführen mußten, so beschloß ich, gleich von Anfang an, die Milch, die als einziges Nahrungsmittel gereicht wurde, nicht rein zu geben, sondern auch etwas Eukasin mit zu verabreichen, wobei ich besonders darauf acht hatte, daß das Eukasin nicht in Klumpen zusammengeballt wurde, sondern daß es recht gut und gleichmäßig verteilt war; als Tagesmenge bestimmte ich zunächst, um mich zu überzeugen, daß das Präparat gut und ohne Beschwerden vertragen wurde, zwei Kinderlöffel pro die, die ich in ganz kleinen Quantitäten während des ganzen Tages verteilen ließ. Nachdem ich mich bald überzeugt hatte, daß diese Menge ohne jeden Nachteil genommen wurde, ließ ich nun die doppelte Menge pro die verwenden und stieg nach acht Tagen auf fünf Kinderlöffel. Um

die Wirkung eines Nährmittels bei Ulcus ventriculi beurteilen zu können, müssen wir genaue Körperwägungen vornehmen. Es ist ja ohne weiteres klar, daß ein erwachsener Mensch unter dem Einflusse einer rein flüssigen Diät, die außerdem nur in kleinen Portionen genommen werden darf, im Gewicht herunterkommen muß, zumal wenn, wie es beim Ulcus ventriculi der Fall ist, das Nahrungsbedürfnis noch mehr gesteigert ist. Gibt man in einem solchen Falle ein Nährmittel und wird dieses nicht nur beschwerdelos vertragen, sondern ist es auch imstande, das Nahrungsbedürfnis zu befriedigen und das Gewicht des Körpers fast im Gleichgewichte zu erhalten, oder keinen bedeutenderen Gewichtsverlust zuzulassen, so hat es gewiß die Aufgabe in erfolgreicher Weise gelöst.

In dem oben erwähnten Falle haben die während vier Wochen durchgeführten Wägungen folgendes Resultat ergeben.

1. Woche:	Vor Beginn der Therapie:	56 kg,
2. „ :	Täglich 2—3 Löffel Eukasin:	55 „
3. „ :	„ 4 „ „ :	$55\frac{1}{2}$ „
4. „ :	„ 5 „ „ :	$55\frac{3}{4}$ „ .

Dabei wurde täglich 2 l Milch, sonst durchaus nichts anderes genommen, das Eukasin wurde, ohne irgendwie Beschwerden zu erzeugen, gegeben. Ich glaube wohl, daß dies ein zufriedenstellender Erfolg ist, der sich im folgenden Falle noch viel deutlicher erkennen läßt.

2. Fall. K. F., 31jähriger Schriftsetzer, aus gesunder Familie, stets gesund gewesen, vor drei Wochen mit den Beschwerden eines Magengeschwüres, Schmerzen nach dem Essen, an immer derselben Stelle, saurem Aufstoßen, Erbrechen, das hier und da mit geringen Blutbeimengungen versehen war, schwarzem Stuhl, erkrankt.

Die Untersuchung ergab einen sonst gesunden, kräftigen Mann, mit ausgesprochener Druckempfindlichkeit in der Pylorusgegend, daselbst auch die Schmerzen nach der Nahrungsaufnahme. Das Erbrochene enthält tatsächlich Blutspuren, die manchmal mehr, manchmal weniger hervortreten. Der Kranke war bereits seit zwei Wochen auf Milchdiät gesetzt gewesen, die Beschwerden waren schon viel geringer, doch konnte der Mann mit der bloßen Milch, die er täglich in der Menge von 3 l nahm, nicht auskommen, und der Versuch, nun nach 14 Tagen zu etwas konsistenterer Nahrung überzugehen, mißlang vollständig, da sich sofort recht heftige Beschwerden einstellten, als Beweis, daß das Geschwür noch nicht verheilt war. Es blieb also nichts übrig als zur Milch zurückzukehren und die Ernährung durch ein künstliches Präparat zu unterstützen. Der Kranke nahm nun täglich fünf Kinderlöffel Eukasin, er vertrug diese Menge ohne jede geringste Beschwerde, nach fünf Wochen dieser Behandlung konnten wir vorsichtig zu etwas festerer Diät schreiten, dieselbe wurde gut vertragen, trotzdem nahm der Kranke noch durch weitere fünf Wochen Eukasin in Suppe, Milch und anderen Flüssigkeiten. Er erholte sich sehr rasch, sah bald blühend aus und hatte sehr an Gewicht zugenommen. Es möge nun zur besseren Illustration die Tabelle der Gewichte folgen.

1. Wägung,	4 Wochen vor der Erkrankung:	$69\frac{1}{2}$ kg,
2. „	14 Tage nach Beginn der Milchkur:	$64\,^{1}/_{1}$ kg,
3. „	14 „ „ „ „ Eucasinkur:	$65\frac{1}{4}$ kg,
4. „	28 „ „ „ „ „	$65\frac{3}{4}$ kg,
5. „	8 Wochen „ „ „ „	$69\frac{3}{4}$ kg.

In diesem Falle hatte also während der bloßen Milchdiät der Patient um $5\frac{1}{4}$ kg abgenommen innerhalb 14 Tagen, als dann das Eucasin gegeben wurde, nahm er in 14 Tagen um fast 1 kg zu, das sich in weiteren 2 Wochen noch um $\frac{1}{2}$ kg steigerte; die letzte Wägung fand bereits zu einer Zeit statt, in welcher schon neben Milch andere Nahrung, allerdings sehr vorsichtig und in geringer Menge gegeben wurde, so daß wohl ein größerer Teil der rascheren Gewichtszunahme auch noch auf Rechnung des noch immer genommenen Eucasins zu setzen wäre.

III. Fall. G. B., 31jähriger Beamter, der aus gesunder Familie stammt, stets gesund gewesen war, erkrankt vor 11 Tagen unter den Erscheinungen allgemeiner Mattigkeit und Kopfschmerzen mit continuierlichem Fieber, das sich meist zwischen 39° und 39,5° hält, bei genauer Anamnese und Durchführung aller diagnostischen Hilfsmittel (positive Diazoprobe und positiver Ausfall der Widal'schen Agglutinationsprobe) wird die Diagnose auf Abdominaltyphus gestellt, welche noch durch das Auftreten von Roseola in schubweiser Reihenfolge am Ende der zweiten Krankheitswoche gesichert erscheint. Es besteht leichte Bronchitis, geringe Bewußtseinstrübung und große, schmerzhafte Milzschwellung. Wie schwer es ist, einen Typhuskranken soweit in dem Ernährungszustande zu erhalten, daß er nicht allzusehr abmagert, weiß wohl jeder Arzt, da wir bei dieser Erkrankung sofort jede feste Nahrung aussetzen und es versuchen, nur mit flüssiger Diät unser Auslangen zu finden; diese Sorge geht bis ins vollkommen fieberfreie Stadium soweit, daß wir uns angewöhnt haben, erst vom 8. Tage nach vollständiger Entfieberung, und auch da noch sehr vorsichtig, mit fester Diät zu beginnen. Da nun ein mittelschwerer Typhus zur Erreichung dieses Zeitpunktes meistens 5—6 Wochen braucht, so ist obiger Satz verständlich, warum es so schwer sei, einen solchen Kranken auch nur halbwegs im Körpergleichgewichte zu erhalten.

Feuilleton.

Zur Bekämpfung des Kurpfuschertums.

(Fortsetzung.)

Das mag am Beispiel der Schutzpockenimpfung klar werden. Es ist meines Erachtens ein unwürdiger und schädlicher Zustand, dass ein ganzes Volk zur Duldung einer Operation gezwungen werden soll, deren Wert niemand einsieht, verhältnismässig wenige glauben, viele bezweifeln, eine stets wachsende Schar direkt ableugnet und propagandastisch bestreitet. Uns allen ist die lebhafte, ziemlich wüste und ziemlich skrupellose Agitation der Impfgegner bekannt, die sich im Uebrigen nicht damit begnügen, gesetzliche Zukunftsforderungen zu stellen, sondern direkt Anweisungen geben, wie durch allerhand Maßnahmen — nach ihrer Nomenklatur: der Schmutzstoff wieder aus dem Körper entfernt, — d. h. also der Zweck der Impfung schon gegenwärtig illusorisch gemacht werden könne. Was geschieht wohl dagegen, wie wehrt sich der Staat mit seinen berufenen Organen gegen diese bedenkliche, strafrechtlich bisher nicht fassbare Durchbrechung unseres so wirksamen Impfschutzes? Ich meine natürlich nicht polizeilich oder gerichtlich und kann auch nicht wünschen, dass diese „Lücke“ des Strafgesetzbuches mit einigen neuen Paragraphen ausgefüllt werde — aber geschieht überhaupt etwas? Und doch wäre es eine selbstverständliche, dazu durchaus nutzbringende Pflicht der Behörden, durch den Mund der Wissenschaft dem Volke Rechenschaft abzulegen, über solche in die persönliche Freiheit des Einzelnen so tief eingreifende Maßnahmen! Ich weiss und verstehe wohl, dass mancher Arzt den öffentlichen Kampf mit Gegnern vom Schlage der Impfgegner scheuen wird. Aber trotzdem und noch einmal: es besteht eine Verpflichtung dazu — und, was das wichtigste ist, dieser Kampf braucht nicht von vorneherein als aussichtslos zu gelten. Wir stehen ja heute mit besserem theoretischen, selbst zum Angriff geeigneten Rüstzeuge da, als vor 10—15 Jahren. Die Entdeckung der Antitoxine und die ihr folgenden haben uns tieferen Einblick in das früher rätselhafte Wesen des Pockenschutzes eröffnet und uns zugleich die Möglichkeit an die Hand gegeben, das Entstehen dieses Schutzes populär plausibel zu machen. Die Gegner gehen aber noch immer mit den alten Einwänden und mit 10jährigen oder älteren impfgegnerischen Aussprüchen einzelner medicinischer „Autoritäten“ hausieren — sind daher ziemlich leicht zu widerlegen oder auf Gebiete zu drängen, wo sie die Antwort schuldig bleiben müssen, da ihre alte Theorie sich den neuentdeckten Tatsachen noch nicht angepasst hat. Man muss sich nur hüten, das höchst zweifelhafte Gebiet der Statistik zu betreten. Hier



Wenn auch die Inanition als solche nur in seltenen Fällen direkt eine Lebensgefahr bedeutet, häufiger dagegen ist sie die Ursache von in der Rekonvalescenz auftretenden Geistesstörungen vorübergehender Natur, so kann man doch nicht darüber hinaus, daß die Widerstandskraft des Organismus gegen sekundäre Infektion viel geringer sein muß, als wenn es uns gelingt, halbwegs einen Ernährungszustand zu schaffen, der keine so große Labilität bedingt. Wir sind aber, wie schon erwähnt, beim Bauchtyphus nur auf die flüssige Nahrung beschränkt und zwar, wie dies ja in den meisten ähnlichen Fällen zutrifft, auf Milch. Es ist daher unser Bestreben, diese Nahrung so konzentriert als möglich zu machen, nicht nur eine medicinische Spielerei, sondern ein Bestreben, das alle Achtung und Aufmerksamkeit verdient, und man sollte an diesbezüglichen Vorschlägen nicht achtlos vorübergehen, denn auch die Therapie, nicht allein die Aetiologie, Pathologie, Symptomatologie und Diagnostik sollten unser Handeln einnehmen, wir brauchen auch das, was die Kranken von uns verlangen, eine Therapie, deshalb sollten derartige Vorschläge nicht ohne Prüfung von vorneherein nicht beachtet oder gar, wie dies ja meist geschieht, verachtet oder mißachtet werden, es finden sich ja doch immer wieder brauchbare Publikationen vor und man darf daher nicht das Kind mit dem Bade ausschütten, sondern muß durch selbständiges Versuchen ebenfalls zur Erreichung der Wahrheit auch auf diesem Gebiete beitragen.

Ich habe nun seit Jahren bereits beim Bauchtyphus alle möglichen Nährmittel versucht und bin ich im allgemeinen zum Resultate gekommen, daß jene Präparate, deren Provenienz die Milch in erster Linie ist, am verwendbarsten zu dem erwähnten Zweck sind. Ich kann nur betonen, daß es auf diese Weise gelingt, ohne jede Nebenbeschwerde den Ernährungszustand des Kranken auf einem gewissen Niveau zu erhalten. Nun habe ich in dem Eukasin, das eine Verbindung des Kaseins, d. h. des reinen konzentrierten Eiweißstoffes der Milch mit Ammoniak darstellt, ein Präparat vermutet, das ebenfalls, oder vielleicht sogar recht gut sich zur Unterstützung der Ernährung eignen könnte und ich versuchte es in dem obigen Falle in entsprechender Menge. Der Patient erhielt davon täglich 3—4 Kaffeelöffel in Milch gelöst, es wurde strenge darauf geachtet, daß das Eukasin sich ja nicht klumpte, sondern daß es eine gute Mischung darstellte; so gelang es auch zur Zufriedenheit, den Körperzustand entsprechend zu halten. Der Kranke, der 14 Tage nach dem Krankheitsbeginn in Behandlung genommen wurde, konnte damals wegen seines großen Prostrationszustandes einer genauen Wägung nicht unterzogen werden, es wurde das Körpergewicht annähernd in raschester Weise festgestellt, und betrug dasselbe damals ungefähr $58^1/_2$ kg. Nach abgelaufenem Typhus, d. h. am ersten Tage des Verlassens des Bettes, d. h. zu einer Zeit, wo noch keinerlei feste Nahrung gereicht worden war, zeigte die Wägung $58^3/_4$ kg. Der Kranke hatte sich also trotz 5 Wochen dauernder Hungerdiät, Milch und 3—4 Kaffeelöffel Eukasin, im Gewichte erhalten. Die weitere Zunahme können wir natürlich nicht mehr auf das Eukasin allein beziehen, denn nun erhielt der Genesende auch allmählich mehr und mehr andere Nahrung; und wir kennen ja alle den charakteristischen Hunger nach Typhus und die rasche Gewichtszunahme. Nach weiteren 4 Wochen wog der Patient bereits $62^1/_2$ kg, und das Gewicht nahm dann noch weiter zu. Das will ich nur bemerken, daß das Eukasin noch lange von diesem Manne genommen wurde, ohne daß nur die geringsten Beschwerden oder auch nur Widerwillen gegen dieses erzeugt worden wäre. Die Albuminpräparate, welche aus Milch dargestellt werden, bestehen gewöhnlich aus unverändertem, wasserlöslichem Kasein in Pulverform, das ist auch der wichtigste Punkt, weil wir durch diese Wasserlöslichkeit den ernährenden Eiweißkörper der Milch in der denkbar leichtesten Assimilationsmöglichkeit besitzen; darauf hat schon Salkowski (Berlin. Klin. Wochenschr. 1894, 47 und Deutsche med. Wochenschr. 1896, 15) hingewiesen und Penzoldt erklärt diese Körper als teilweisen Ersatz der Eiweißnahrung, die auch bei Verdauungskrankheiten angewendet werden können. Wir haben zwei derartige Nährpräparate: Die Nutrose, welche Kasein-Natrium ist und das Eukasin, das Kasein-Ammonium, das letztere ist jenes Präparat, das meinen wenigen Versuchen zugrunde lag und worauf sich auch meine Darlegungen beziehen. Da in diesen Verbindungen die Nucleine, aus welchen im Organismus Harnsäure gebildet wird, fehlen, so empfiehlt sich das Eukasin schon von selbst bei jenen Zuständen, bei welchen sich die Krankheitssymptome aus der übermäßigen Anhäufung von Harnsäure im Blute erklären, wie bei der Gicht und harnsaurer Diathese; ein weiterer, sehr ins Gewicht fallender Vorteil besteht beim Kasein im Fehlen der Extraktivstoffe, was für die Verwendung gerade bei Nierenerkrankungen sowie auch bei Infektionskrankheiten akuter Natur von Bedeutung ist und diese Nährmittel ohne weiteres den Fleischpräparaten bei weitem vorziehen läßt. Besonders wichtig sind sie bei diesen Zuständen dann, wenn wir bei dem Kranken mit der Milchnahrung auf großen Widerstand stoßen oder dieselbe nicht in ausreichender Menge vertragen wird.

(Schluß folgt.)

---

stellt sich Behauptung gegen Behauptung und der gegnerische Sammelfleiss hat einen Haufen unkontrollierbaren Materials zur Stelle. Es genügt, wenn man eine jener statistischen Lügen in ihren Flugblättern, die Nebeneinanderstellung der Erkrankungs- und Sterbeziffern von Geimpften und Nichtgeimpften ohne Angabe der absoluten Zahlen dieser Gruppen in ihrer tendenziösen Taschenspielerei aufweist, dann ausdrücklich auf alle Statistik verzichtet und weiterhin nur Gründe bietet! Ich habe die Erfahrung gemacht, dass man mit dieser Methode sogar in orthodox-impfgegnerischen Versammlungen einen starken Eindruck erzielen kann. Es ist hier nicht der Ort, das angeschlagene interessante Thema weiter zu verfolgen und so mögen diese Hinweise genügen! Kehren wir zur Frage des Kurpfuschertums zurück! Schon die für etwaige gesetzliche Maßnahmen durchaus notwendige Begriffsbestimmung des Kurpfuschers und der Kurpfuscherei ist nicht so einfach, wie es zunächst wohl scheinen mag. Freilich, wenn man sich mit äusseren Merkmalen wie mit der Erwerbung oder Nicht-Erwerbung einer Approbation begnügen will, scheint die Sache vom bureaukratischen Betrachtungsstandpunkte aus sehr leicht zu regeln. Aber hier bereits erheben sich allerlei Bedenklichkeiten. Eine solche gesetzliche Schützung des Approbierten vor unerwünschter nichtapprobierter Konkurrenz würde mit gerechter Notwendigkeit eine erhebliche Einschränkung der Freiheit des ärztlichen Gewerbebetriebes herbeiführen müssen, würde den Arzt — wenn die Konsequenz nicht gerade bis zu seiner völligen Beamtung gezogen wird — in dem unerquicklichen Zwitterzustande beharren lassen, in welchem sich die erhöhten Verpflichtungen und Kontrollierungen des Beamten mit der unsicheren, auf persönliches Risiko gestellten Lage des Gewerbetreibenden sehr unharmonisch vereinigen. Und dann: ärztliche Leistungen werden täglich und überall von Nichtapprobierten, von Laien ausgeübt — auch Leistungen garnicht so unbedenklicher Art — und doch würde hier ein Gesetz, das derartige Leistungen dem Approbierten allein vorbehalten wollte, weit über das Ziel hinaus schiessen und gewiss dem Gesamtinteresse keinen Nutzen bringen.

Auch die Massage, die Verabreichung eines Abführmittels oder die Anlegung eines Umschlages sind ärztliche Leistungen, die sicherlich auch von Laien angewendet in vielen Fällen von grossem Nutzen sein werden, unter Umständen aber bei unrichtiger Ausführung oder noch mehr bei Anwendung am falschen Orte — Massage bei eitrigen Prozessen, Abführmittel bei Darmverschluss und Blinddarmentzündung — von schwerstschädigender Bedeutung sein können. Wie will man aber unsern Vätern, Müttern und Grossmüttern die „Kurpfuscherei des Hausmittels“, die sie täglich üben, mit strafgesetzlicher Hilfe austreiben? Das wird nie gelingen, wäre auch in radikaler Ausdehnung nicht einmal sehr wünschenswert, da die geringe Zahl verhüteter Schädigungen doch wohl zu teuer mit der gänzlichen Verhinderung sehr vieler nützlicher Maßnahmen er-

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

Sitzung am 5. Februar 1907.

Vorsitzender: Herr Kümmell.

1. Herr Manchot spricht über Verabreichung von Hanfmehlsuppe an atrophische und rhachitische Säuglinge unter Vorführung einer großen Zahl damit behandelter Fälle. Die Hanfmehlsuppe, deren Zubereitung Vortr. erläutert, zeichnet sich durch ihren hohen Gehalt an Phosphor aus. Im Gegensatz zum Phosphorlebertran und zur subkutanen Phosphorinjektion nahmen die mit Hanfmehlsuppe ernährten Säuglinge überraschend an Gewicht zu. 2. Herr L. Voigt demonstriert mehrere Fälle von generalisierter Vaccina unter Schilderung des anfangs sehr bedrohlichen Krankheitsbildes bei Kindern, die sich an ihren geimpften Geschwistern infiziert hatten, und spricht 3. über Kombination von Vaccina und Stomatitis aphthosa: das betreffende Kind erkrankte neun Tage nach der Impfung an Stomatitis aphthosa und bekam einen fast über den ganzen Körper gehenden urticariaähnlichen Ausschlag, er heilte unter Desquamation großer Hautfetzen etwa nach 14 Tagen ab. 4. Ferner zeigt er ein tropenärztliches Impfbesteck, das er auf Ansuchen der Kolonialverwaltung zusammengestellt hatte. 5. Herr Sick berichtet über zwei Fälle von Sarcom, die auf Arsen keine, dahingegen nach Atoxylinjectionen eine staunenswerte Besserung zeigten. In dem einen Falle handelte es sich um einen 26jährigen Studenten, der vor einem Jahr mit einer außerordentlich heftigen, doppelseitigen Ischias erkrankte, die große Morphiumdosen erforderte. Da zeigte sich plötzlich am Os sacrum eine Vorwölbung, die, in Narkose freigelegt, ein außerordentlich blutreiches Sarcom ergab. Es mußte tamponiert, und nach einigen Tagen nochmals ein Operationsversuch gemacht werden, der jedoch ebenfalls wieder wegen der Blutung resultatlos verlief. Da Arsen innerlich keinen Erfolg hatte, ging Vortr. zu Atoxylinjectionen über, die einen geradezu überraschenden Erfolg hatten, sodaß Pat. z. Zt. fast schmerzfrei ist und wieder gut herumgehen kann. 6. Herr Preiser stellt einen achtjährigen Knaben vor, der früher gesund war. September 1905 stieß er sich ans Bein und soll sich eine Infraktion der Fibula zugezogen haben. Von da ab sei sie geschwollen. April 1906 trat das Kind in Behandlung: Das untere $^1/_3$ d. r. Fibula stark aufgetrieben und auf Druck schmerzhaft, die Haut gerötet und heiß; kein Fieber, gutes Gehen. Röntgen ergab, daß das untere $^1/_3$ der Fibula stark verbreitert und mit vielkammerigen, cystenartigen Aufschwellungen, z. T. konfluierend, durchsetzt war ohne Beteiligung des Periosts. Leichter Reaktionswall gegen den gesunden Knochenteil. In Betracht kam ein maligner Tumor, vielkammerige Knochencyste oder Gumma. Obwohl gegen letzteres die Intaktheit des Periosts sprach, wurde Hg gegeben, zumal nach schwieriger Anamnese (das Kind war adoptiert) Lues in der Ascendenz vorlag. Zwei Monate später doppelseitige Iritis und Keratitis, die ein Augenarzt für Tbc. hielt, wenig charakteristisch war und auf Hg zurückging. An acht Bildern demonstriert P. den Heilungsprozeß. Jetzt ist nur noch ein einziges, ca. kirschgroßes Gumma bei durchbrochener Spogiosa vorhanden, das erweicht ist. Die Fluktuation ist jedoch bereits auf erneutes Hg und Jod geringer geworden; vielleicht entsteht ein Sequester. Der seltene Fall soll ausführlich veröffentlicht werden. 7. Herr Deutschländer stellt im Anschluß an seinen Vortrag eine größere Anzahl von mit Stauungshyperämie behandelter Fälle von Knochen- und Gelenktuberkulose vor, während 8. Herr Krieg nochmals einen bereits früher gezeigten Fall von angeborener Kyphose zeigt, die mit gutem Erfolg nach Klapp behandelt worden ist.

Schönewald.

Schlesische Gesellschaft für vaterländische Cultur.

Klinischer Abend, vom 1. Februar 1907.

Vorsitzender: Herr Hartung.

1. Herr Brieger: Sinusphlebitis. Vorstellung eines Kindes, das an Meningitis nach Sinus-Thrombose erkrankt war. An der Iugularis waren keinerlei Veränderungen zu konstatieren. Nach Unterbindung war der Verlauf ein guter. 2. Herr Tietze: Demonstrationen: a) Frau, die vor Wochen wegen Invagination des Dünndarms operiert wurde. Vorher war sie von einem anderen Chirurgen wegen Appendicitis operiert worden. Dann trat aber starkes Erbrechen und Aufblähen der Dünndarmschlingen auf, und ein Tumor wurde fühlbar. Erst bei der Operation wurde die Invagination festgestellt und reseciert. Heilung erfolgte glatt. T. demonstriert sodann die Präparate von fünf anderen von ihm operierten Invaginationen. b) Vor einiger Zeit wurde ein blinder, idiotischer Patient aufgenommen mit einem deutlich fühlbaren Tumor im Abdomen. Anamnestische Angaben waren nicht zu erlangen. Bei der Operation wurde in der Flexura Sigmoidea eine etwa orangegroße Holzkugel, wie von einem Treppengeländer, vorgefunden. Ueber die Art, wie der Fremdkörper dorthin gelangt ist, herrscht vollständiges Dunkel. 3. Herr Mertens: Geheilte Leberruptur. Ein 19jähriger Schiffer verlor beim Gehen auf einem Balken das Gleichgewicht und stürzte $2^1/_2$—3 Meter tief auf ein Faß. Er kam selbst in die Poliklinik und bot bei der Aufnahme keinerlei krankhafte Erscheinungen. Erst 16 Stunden nach dem Unfall trat Erbrechen,

---

kauft werden würde. Diesen starken Hilfetrieb nicht zu unterdrücken, sondern durch Aufklärung in richtige Bahnen zu leiten, müsste die Aufgabe sein! Will man dem Kurpfuschertum aber wirklich zu Leibe und zwar im allgemeinen nicht im lediglich materiellen Interesse des ärztlichen Beutels, so wird man an dieser „unentgeltlichen" häuslichen Kurpfuscherei nicht achtlos vorübergehen dürfen Sie stellt im Rahmen des Ganzen vielleicht sogar das grössere und gefährlichere Gebiet dar, denn weniger geübt, unkontrolliert und ohne Scheu vor Verantwortung, die doch immerhin den berufsmäßig „gegen Entgelt" Pfuschenden zügelt, ist gerade sie geeignet, jene Fälle wirklicher körperlichen Schädigung herbeizuführen, die so unmittelbar nach gesetzlichem Schutze zu rufen scheinen. Erst vor wenigen Tagen musste ich bei der ersten Konsultation einen jungen Mann zur Operation ins Krankenhaus schicken (dort gestorben), dessen der Anamnese nach seit 2 Tagen bestehende Perityphlitis sich durch einen von der Mutter verordneten Einlauf ganz plötzlich zu allgemeiner Peritonitis verschlimmert hatte. In ähnlicher Weise sah ich einen Mann an Sepsis zu grunde gehen, dessen geringfügige Fussverletzung von seiner Ehefrau mit einem ekelhaften unreinen Gemisch abergläubischer Zusammensetzung behandelt worden war. Ein bewanderter gewerbsmäßiger Kurpfuscher wird selten so gröblich handeln. Wollte man also nur die gewerbsmäßige bezahlte Ausübung der Heilkunst zum Kriterium des gesetzlich belangbaren Kurpfuschertums machen, so würde man den Kern des Uebels nicht treffen. Das Interesse der Allgemeinheit würde auf diesem Wege nur dürftig gewahrt werden können, der einzige wirkliche Nutzen erwüchse der Börse des Arztes. Nun wäre freilich solche Beseitigung einer unliebsamen Konkurrenz unserem wahrlich nicht auf Rosen gebetteten Stande wohl zu gönnen; es muss aber doch sehr ernstlich in Frage gestellt bleiben, ob solch ein ausnahmegesetzlicher Schutz der Würde unseres Berufes entspräche und ob es überhaupt Sache der Gesetzgebung sein dürfte, lediglich oder doch vorwiegend um Sonderinteressen willen in Aktion zu treten.

Aber je tiefer wir den Dingen nachdenken, eine umso stärkere Häufung der Schwierigkeiten stellt sich ein und zwar schon in der blossen Begriffsbestimmung des Kurpfuschertums. Wer ist, immer das Gesamtinteresse des leidenden Publikums zur Grundlage genommen, wohl mehr ein Kurpfuscher, jener Laie, welcher durch vorsichtiges Nichttun (hübscher bezeichnet als exspectative Behandlung) die Natur sich selbst helfen lässt, oder jener Arzt, welcher im Uebereifer zu weitgehender spezialistischer z. B. chirurgischer oder gynäkologischer Sachkenntnis das Nil nocere vergisst und den Kranken — freilich lege artis — zu Tode kuriert? Wer vorurteilsfrei denkt, wird zugeben müssen, dass diese drastische Gegenüberstellung nichts Unwirkliches oder gar Unmögliches enthält. (Fortsetzung folgt.)

heftiger Schmerz und Collaps auf. Bei der Operation wurde in der Leberkuppe eine Ruptur gefunden. Der 6—7 cm breite Spalt wurde gereinigt und mit Jodoformgaze tamponiert. Mit Campher und Digalen und später mit Kochsalz-Injektionen wurde Pat. über Wasser gehalten und hat auch einen anschließenden Pleura-Erguß linkerseits gut überstanden. 4. Herr Jacobsohn: Kniegelenkresektion bei Arthritis deformans. Vorstellung zweier Patientinnen, bei denen die Krankheit vor mehreren Jahren an der Schulter angefangen und fast sämtliche Gelenke des Körpers befallen hatte. Sie waren seit $2^1/_2$ resp. $1^1/_4$ Jahr wegen heftiger Schmerzen im Kniegelenk ans Bett gefesselt; daher war Operation dringend indiziert. Besonders die Knorpel, aber auch die Knochenenden waren stark usuriert. Heilungserfolg war vorzüglich. Pat. können, wenn auch mit steifen Beinen, sich gut fortbewegen. (Demonstration.) 5. Herr Stern: Raynaudsche Krankheit. Pat. wird vorgestellt, der vor Jahren Wunden am linken Fuße hatte. Später traten dunkle Flecken mit deutlicher Cyanose auf; sodann zeigte sich trockne Gangrän mit Demarkation an einer Zehe, die sich abgestoßen hat; an zwei weiteren Zehen wird dies bald auch eintreten. (Arteriosklerose.) 6. Her Hartung: Spinale Lues: a) Pat., seit 1901 luetisch affiziert, hat mehrere Kuren durchgemacht und erkrankte September 1906 an Unsicherheit im Gehen, sowie an Störungen der Blase und des Mastdarms. Durch Behandlung mit Calomel wurde Zustand wesentlich gebessert. b) Patientin mit vollständiger Lähmung seit drei Jahren wurde durch Calomel ebenfalls günstig beeinflußt. 7. Herr Hartung: Fall von Krauselappen. Demonstration eines Kranken, dem vor sieben Jahren ein Ulcus cruris durch Einheilung eines Hautlappens mit gutem Erfolg behandelt worden ist. 8. Herr Förster demonstriert eine Kranke mit ausgesprochener Bewegungs-Ataxie der Beine, Reflexe fehlen; Verspätung der Schmerzempfindung, reflektorische Pupillenstarre, lanzinierende Schmerzen an den Beinen, Gürtelschmerz. Wegen der Plötzlichkeit der Erkrankung war Verdacht auf Tumor des Rückenmarks. Die Operation ergab aber keinen Befund. Es handelt sich um einen ungewöhnlich verlaufenden Fall von Tabes dorsalis. 9. Herr Hartung stellt ein Kind mit Tub. verrucosa catis vor. 10. Herr Bauer berichtet über einen Fall von Gangrän der Vagina bei einer 23jährigen Luetica. Der Exitus letalis war nicht aufzuhalten. Peritz.

Österreich.

K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 11. Januar 1907.

Eigener Bericht.

Albrecht stellte einen operierten Fall von Kropffistel vor, welche nach aetiologisch unklarer Entzündung einer Struma cystica entstanden ist. Histologisch fand man in der Cystenwand um Kolloidschollen und Cholestearinnadeln gelagerte Riesenzellen.

R. Kraus demonstrierte mehrere Affen mit experimenteller Hauttuberkulose. Die Ueberimpfung geschah mit Reinkulturen von menschlichem und toxinem Bazillenmaterial.

Minassian berichtet über Beckenmessungen, die er an sechshundert armenischen Frauen vorgenommen hat: er fand, daß die Beckenmaße der Untersuchten in etwa der Hälfte der Fälle von den Normalmaßen wesentlich und konstant abwichen und folgert daraus, daß die Armenier aus zwei verschiedenen Rassen, der indogermanischen und der turanischen sich zusammensetzen.

Reitter besprach an der Hand eines Falles von luetischer Haut- und Knochenveränderung die Differentialdiagnose verschiedener Knochenverdickungen.

Sitzung vom 18. Januar 1907.

O. v. Frisch besprach an der Hand einiger operierter Fälle aus der Klinik Eiselsberg die Technik und Resultate der Sehnennaht nach Lange, deren Vorteile in der Einfachheit der Ausführung, der festen Verbindung der Sehnenenden und Vermeidung von Quetschung derselben bestelen. Von dreizehn operierten Fällen ergaben sieben ein vorzügliches Resultat.

Martin Engländer hielt einen Vortrag: Der Harntemperatur einfache Messung und Bedeutung als Körpertemperatur.

Vortr. mißt die Temperatur des Harns während der Miction beim Durchfließen desselben durch einen aus starkem Fließpapier gefertigten Trichter mit abgeschnittener Spitze, wobei das Thermometer im Trichterinnern mittels einer aus der Seitenwand des Trichters gebildeten Spange festgehalten wird. Die praktische Erprobung des Verfahrens unter Kontrolle anderer Temperaturmessungsmethoden ergab eine vollständige Uebereinstimmung ihrer Ergebnisse mit denjenigen der rectalen Messung, während die Achselhöhlentemperatur bis um ein Grad niedrigere Werte ergibt. W. H.

Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung am 10. Januar 1907.

Eigener Bericht.

Kauders hielt einen Vortrag: Zur Kenntnis der Beziehungen zwischen Blutgerinnung und Leber.

Er teilte einen Fall von Cholelithiasis mit, der vor zweieinviertel Jahren inkomplett operiert wurde (Gallenfistel) und sich durch eine beim Husten aquirierte Zerreißung eines kleinsten Muskelgefäßchens innerhalb zehn Tagen in die Bauchdecken, sowie in ein mannskopfgroßes retroperitoneal gelegenes Haematom langsam verblutet hat. Da bei der Sektion nirgends Aneurysmabildung an den größeren Gefäßen, noch beträchtliches Atherom der Gefäße gefunden wurde, war man darauf angewiesen, die Blutungsquelle dort zu suchen, wo in Form eines blauen Flecks in der Rückenhaut, die anfängliche Blutung vermutet werden mußte. Der Umstand, daß bei der Sektion das blutende Gefäßchen nicht direkt nachgewiesen werden konnte, läßt vermuten, daß dasselbe sehr klein gewesen sein muß. Es müssen daher besondere Verhältnisse mitgespielt haben, die es ähnlich wie bei der Haemopholie herbeigeführt haben, daß aus kleinster Blutungsquelle eine tötliche Blutung erfolgen konnte. Kauders glaubt, daß es die Schwergerinnbarkeit des Blutes war, die diesem Zustande Vorschub leistete, und meint weiter, daß diese schwere Gerinnbarkeit hervorgerufen war durch eine schwere Schädigung der Leber. Diese Annahme wird durch die Befunde bei akuter gelber Leberatrophie, Phosphorvergiftungen etc., wo es ebenfalls eine starke Neigung zu Blutungen gibt, bestätigt. Nach französischen Physiologen ist übrigens die Leber das Fibronogen sezernierende Organ, so daß bei schwerer Lebererkrankung das Fibrinogen im Blute fehlt und das Blut seine Gerinnungsfähigkeit einbüßt.

Schnitzler bestätigt es, daß es oft unmöglich ist, die Operation bei Gallenstein bei morscher Beschaffenheit des Gewebes und Neigung zu Blutungen zu Ende durchzuführen.

L. Hofbauer hält einen Vortrag über „Orthopnoe".

Die Eigentümlichkeit, daß Patienten mit schweren Erkrankungen der Zirkulations- oder Respirationsorgane nur im Sitzen genug Luft haben, im Liegen aber von schwerer Kurzatmigkeit geplagt werden, erklärt man damit, daß im Sitzen und Stehen der Thorax vom Körpergewichte mehr entlastet und das Zwerchfell vom Drucke der Baucheingeweide befreit sei, so daß die respiratorische Tätigkeit des Brustkastens und des Diaphragmas sich ausgiebiger gestaltet. Gegen die Richtigkeit dieser Annahme spricht der Umstand, daß viele Patienten nur nachts orthopnoisch sind, trotzdem doch Tag und Nacht dieselben mechanischen Verhältnisse bestehen bleiben. Außerdem sind im Gegensatze zu dieser herrschenden Lehre die respiratorischen Zwerchfellbewegungen im Liegen viel ausgiebiger als im Sitzen und Stehen. Die Exspirationskräfte sind bei den pleuralen Erkrankungen stark geschädigt und diese Schädigung veranlaßt die Atemnot der Patienten. Daher vermeiden die Patienten die weitere Schädigung der Exspirationskräfte der Lungen, welche im Liegen eintritt, und wählen die aufrechte Körperlage. W. H.

Standesfragen.

Von Dr. M. Cohn (Berlin-Charlottenburg).

Die Fürsorgestelle für Lungenkranke in Charlottenburg.

Der uns vorliegende Bericht der städtischen Fürsorgestelle für Lungenkranke in Charlottenburg bietet so viele allgemeininteressante Punkte und so mannigfache Anregung, daß wir glauben, ihn den Lesern dieses Blattes nicht vorenthalten zu sollen. Er lautet: In dem Kampfe gegen die Tuberkulose, den heute alle zivilisierten Länder mit voller Kraft aufgenommen haben, stellen die Fürsorgestellen für Lungenkranke eine der bedeutendsten und wichtigsten Waffen dar. Sie bilden überall, wo sie bestehen, den Mittelpunkt für eine systematische und einheitliche Bekämpfung der Tuberkulose. Ihre Aufgabe ist es, die tuberkulösen Familien zu ermitteln, die von der Krankheit ergriffenen, noch heilungsfähigen Familienmitglieder der Heilung zuzuführen, den nicht mehr heilungsfähigen ein erträgliches Leben zu verschaffen, die von der Krankheit noch nicht ergriffenen, aber von ihr bedrohten Familienmitglieder vor der Infektion zu schützen, und für alle Personen, die mit dem Erkrankten in Berührung kommen, die Gefahr der Ansteckung zu beseitigen oder doch zu vermindern. Die Tätigkeit der Fürsorgestelle ist so in der Hauptsache Wohnungspflege und Familienfürsorge. Alle Mitglieder der Familien, in denen ein Tuberkulosefall festgestellt ist, werden ärztlich untersucht und in dauernder ärztlicher Kontrolle behalten. Die Schwestern suchen die Familien in den Wohnungen auf, belehren und beraten sie, und bemühen sich, sie nach und nach zu einer gesundheitsgemäßen Lebensweise zu erziehen. Für alle Familienmitglieder werden, wo es nötig erscheint, die jeweilig gebotenen prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen eingeleitet und durchgeführt. Alle vorhandenen Einrichtungen werden dazu nutzbar gemacht, öffentliche und private Wohlfahrts- und Wohltätigkeitsorganisationen zur Mithilfe herangezogen; ist es notwendig, so erfolgt auch unmittelbare Unterstützung durch die Fürsorgestelle selbst, namentlich in Gestalt von Milch und Stärkungsmitteln.

In Charlottenburg ist, wie bekannt, die Fürsorgestelle in der Weise organisiert, daß die seit 1902 bestehende „Lungenkrankenfürsorge vom Roten Kreuz" mit der den ärztlichen Dienst versehenden städtischen Fürsorgestelle vereinigt ist, so daß beide gemeinsam die Fürsorge im obigen Sinne ausüben und erst zusammen eine Fürsorgestelle darstellen.

Wie notwendig auch bei uns eine solche zentralisierte Fürsorge für Lungenkranke ist, zeigt die einfache Tatsache, daß bis zum 1. Januar 1907 nicht weniger als 1730 Familien in Fürsorge genommen worden sind. Ein Teil von ihnen ist aus verschiedenen Gründen (Wegzug aus Charlottenburg, Tod usw.) wieder ausgeschieden. Am 1. Januar 1906 befanden sich noch 715 Familien in Fürsorge; im Jahre 1906 sind 528 Familien neu hinzugekommen und 190 wieder ausgeschieden, so daß das Jahr 1907 mit einem Bestande von 1053 tuberkulosen Familien eröffnet worden ist. Dabei ist streng daran festgehalten worden, in die eigentliche Fürsorge nur solche Familien aufzunehmen, in denen wirkliche Tuberkulose festgestellt wurde. Wäre das nicht geschehen, so würde ihre Zahl, da im Jahre 1906 in der Fürsorgestelle nicht weniger als 1784 — seit der Eröffnung am 1. April 1905 bis zum 1. Januar 1907 im ganzen 3163 — neue Personen zum ersten Mal ärztlich untersucht worden sind, noch weit höher geworden sein. Selbstverständlich sind auch für die nicht in die dauernde Fürsorge Aufgenommenen, von der Fürsorgestelle alle im einzelnen Falle notwendig erscheinenden Maßnahmen veranlaßt worden.

Seit dem 1. Oktober 1906 sind in der „Lungenkrankenfürsorge" vier Schwestern tätig. Eine von ihnen führt als Oberschwester die Aufsicht über den ganzen Betrieb, nimmt an den jetzt täglich stattfindenden ärztlichen Sprechstunden teil, und erledigt die umfangreichen schriftlichen Arbeiten. Die drei anderen Schwestern üben, jede in einem abgegrenzten Bezirk, die eigentliche Wohnungs- und Familienfürsorge aus. Soll diese Fürsorge praktischen Erfolg haben, so bedarf es einer ständigen Verbindung und der Herstellung eines gewissen Vertrauensverhältnisses zwischen den Schwestern und den einzelnen Familien. Nur durch möglichst häufige Besuche in der Wohnung läßt sich das erreichen. Besuche nur alle sechs Monate, wie sie hier und da in anderen Fürsorgestellen vorkommen, sind u. E. ohne Zweck. So sind denn bei uns im Jahre 1906 von den Schwestern, neben den Besuchen bei den Armenkommissionsvorstehern, Aerzten usw., nicht weniger als 6976 Besuche in den Familien der Kranken gemacht worden. Bei diesen Besuchen sind die Wohnungsverhältnisse genau geprüft, die Familien an der Hand des von der städtischen Fürsorgestelle herausgegebenen Tuberkulose-Merkblatts über die Ansteckungsgefahr und die dagegen zu treffenden Maßregeln (Reinlichkeit, Zuführung von möglichst viel Luft und Licht, Absonderung des Kranken, zweckmäßige Ernährung, häufige Desinfektion usw.) belehrt und fort und fort auf die genaue Beachtung der gegebenen Ratschläge hingewiesen worden. Wo der Kranke mit einem noch nicht erkrankten Familienangehörigen das Bett zu teilen gezwungen war, wurden zur Verhütung der Ansteckung, wenn eigene Mittel fehlten, auf Antrag der Fürsorgestelle durch die Armenverwaltung vollständige Betten beschafft und den Familien leihweise überlassen. Ließ die große Kopfzahl der Familien bei engen, womöglich noch mit Schlafburschen besetzten Wohnräumen es unmöglich erscheinen, in den Räumen eine weitere Ansteckung zu verhüten, so wurden die Familien veranlaßt, die Schlafleute zu entlassen oder eine geräumigere Wohnung zu beziehen. Fehlten die Mittel dazu, so wurden, um es zu ermöglichen, durch die Lungenkrankenfürsorge Beihilfen von der Armenverwaltung, aus Stiftungsmitteln oder von anderen Stellen erwirkt. Kann die Lungenkrankenfürsorge auch nicht behaupten, daß sie alle unter ihrer Aufsicht stehenden Wohnungen „in bestmöglichen sanitären Zustand versetzt" hat, so darf sie hiernach doch für sich in Anspruch nehmen, mit eifrigem Bemühen an der Besserung der Wohnungsverhältnisse der Lungenkranken mitgearbeitet und manches erreicht zu haben.

Eine nicht unwesentliche Infektionsquelle bildet die Wäsche der Tuberkulösen, die fast immer mit der Wäsche der übrigen Familie zusammengeworfen und zusammen gewaschen wird. Die Fürsorgestelle hat im letzten Jahre einen Versuch gemacht, hier eine Besserung zu erzielen. Sie hat zunächst an 50 zuverlässige Familien, in denen sich ein Schwerkranker befindet, Wäschebeutel ausgegeben, in denen die schmutzige Wäsche des Kranken gesondert gesammelt und vor dem Waschen mit dem Beutel längere Zeit in heiße Sodalösung gelegt wird. Ist das geschehen, so kann sie ohne Gefahr mit der übrigen Wäsche der Familie zusammen gewaschen werden. Selbstverständlich müssen die Schwestern genaue Kontrolle üben, ob mit dem Beutel nach der Vorschrift verfahren wird. Geschieht dies aber, so dürften sich diese Beutel, die nur 40 Pfennig kosten, auch anderwärts zur Einführung empfehlen.

Die gesamte Tätigkeit der Lungenkrankenfürsorge vom Roten Kreuz, mit anderen Worten die gesamte Tätigkeit der Charlottenburger Fürsorgestelle mit Ausschluß der rein ärztlichen, im Jahre 1906 zeigt, soweit es sich in Zahlen wiedergeben läßt, die unten folgende Tabelle. Auch diesmal muß zu dem, was aus ihr ersichtlich ist, alles das hinzugerechnet werden, was auf ihre Anregung von anderer Seite geschehen ist. Auch diesmal läßt sich nur ein kleiner Teil davon unmittelbar aus der Uebersicht entnehmen. Die Lungenkrankenfürsorge vom Roten Kreuz selbst hat, wie früher, mit eigenen Aufwendungen nur dann eingegriffen, wenn geholfen werden mußte, Hilfe von anderer Seite aber nicht zu erreichen war. So hat sie 1906 an 837 Familien nicht weniger als 16 000 (1905: 12 000) Liter Milch ausgegeben, in 46 Fällen Fleischmarken, in 72 Fällen Stärkungsmittel, 5 mal Mietszuschüsse, 14 mal nötige Kleidungsstücke selbst gewährt und dafür über 3000 M. aufgewendet. In der Volksküche des Vaterländischen Frauenvereins standen ihr für ihre Schützlinge täglich 10 Portionen Essen unentgeltlich zur Verfügung. Desinfektionsmittel und Spuckflaschen wurden, wo es nötig erschien, ebenso wie die oben erwähnten Wäschebeutel, von der städtischen Fürsorgestelle ausgegeben.

In Lungenheilstätten sind aus den in Fürsorge stehenden Familien 1906 315 Personen, 120 Männer, 93 Frauen und 102 Kinder, aufgenommen, den Erholungsstätten 283 Personen, 45 Männer, 82 Frauen und 156 Kinder, zum Teil auch auf Freistellen, überwiesen worden. Die Heilstätten- und Erholungsstättenkosten sind, von den Freistellen abgesehen, von den Versicherungsanstalten, Kassen, der Armenverwaltung, in einzelnen Fällen auch



von privater Seite getragen worden. Krankenhäusern mußten 76 Personen überwiesen werden. Die Eröffnung des Pflegeheims „Burg Daber" durch den Brandenburgischen Provinzialverein zur Bekämpfung der Tuberkulose ermöglichte es 1906, 21 nicht mehr für die Heilstättenbehandlung geeignete, eine gefahrbringende Infektionsquelle für ihre Umgebung bildende Personen, 10 Männer und 11 Frauen, dort in geordnete Pflege unterzubringen. Für Frauen bestand in Deutschland eine solche Anstalt bisher überhaupt nicht.

Die gesamten Kosten der Lungenkrankenfürsorge vom Roten Kreuz haben 1906 8368,56 M. (gegen 6183,43 M. im Jahre 1905) betragen. Die Stadtgemeinde hat dazu 5000 M. beigetragen und außerdem die ganzen Kosten der städtischen (ärztlichen) Fürsorgestelle getragen.

Literarische Monatsschau.

Gynäkologie.

Von der therapeutischen Verwendung der Nebennierensubstanz scheint uns eine neue angenehme Ueberraschung bevorzustehen. Bossi in Genua hat in zwei Fällen schwerer Osteomalacie Einspritzungen von Adrenalin 1 : 1000 angewandt und schon nach kurzer Zeit so frappante Erfolge gesehen, daß sie ihm, wie er sagt, unmöglich erschienen wären, wenn er sie nicht mit eigenen Augen beobachtet hätte. Nach sieben im Verlaufe von fünf Tagen applizierten Einspritzungen war die vorher unbeweglich ans Bett gefesselte Patientin imstande, jede Bewegung frei und schmerzlos zu machen, nachdem sie schon am dritten Behandlungstage das Bett hatte verlassen können. Ein sofort zur Kontrolle vorgenommener Tierversuch scheint den supponierten Zusammenhang zwischen Nebenniere und Osteomalacie zu bestätigen. Einem trächtigen Mutterschaf wurde die rechte Nebenniere entfernt; sieben Tage später traten Behinderungen der Bewegungen auf, neun Tage p. op. Verbiegungen der Gelenke am ganzen Körper, Druckschmerzhaftigkeit und Unfähigkeit aufzustehen und zu gehen. Die hochinteressanten Versuche werden selbstverständlich fortgesetzt.

Einen unerwarteten therapeutischen Erfolg bei Uteruscarcinom erlebte Blau. Da neben dem Carcinoma corporis gleichzeitig eine Pyometra bestand, wurde, um vor Ausführung der Radikaloperation die Eiterung zu beseitigen, ein mit 30% Chlorzinklösung befeuchteter Gazestreifen in die Uterushöhle eingelegt und nach vierzehn Stunden entfernt. Acht Tage später lag der ganze Uterus in Gestalt eines nekrotischen Sackes gelöst in der Scheide. Glatte Rekonvalescenz, nach neun Tagen geheilt entlassen.

In dasselbe Gebiet gehören zwei Beobachtungen, die Prochownik in der geburtshilflichen Gesellschaft zu Hamburg erwähnte. Im ersten Falle konnte noch vierundeinviertel Jahr nach der Kauterisation eines inoperabel erschienenen Uteruscarcinoms vollkommene Heilung constatiert werden; im zweiten Falle ist vor sechsundeinviertel Jahren wegen inoperablen Portiocarcinoms eine Auslöffelung und Pacquelinisierung vorgenommen worden; die jetzt achtundvierzigjährige Patientin ist vollkommen gesund.

Die Frage, ob ein Uterus, der sich längere Zeit im Zustande der Inversion befunden hat, nach Ausführung der conservativen Operation sich noch zur Implantation eines befruchteten Eies eignen und wie er eine nachfolgende Geburt überstehen würde, hat Born an der Hand eines selbstbeobachteten Falles entscheiden können. Eine von ihm im Jahre 1901 nach fünf Jahre lang bestehender Inversion konservativ operierte Frau ist schwanger geworden und am richtigen Termin mit einem lebenden Kinde ohne besondere üble Zwischenfälle niedergekommen.

Guasoni berichtet über drei neue Fälle von Anwendung des Bossischen Dilatators bei Placenta praevia. In allen drei Fällen handelte es sich um schwere, lebensgefährliche Blutungen bei nur sehr wenig erweitertem Muttermunde. Es gelang, in za. sieben bis acht Minuten den Muttermund bis auf 8 cm zu erweitern und durch Wendung zu entbinden. Keine Nebenverletzungen, alle drei Frauen genasen. Verf. glaubt, daß keine andere Methode hätte dasselbe leisten können.

Liepmann beschreibt die in der letzten Zeit an der Bummschen Klinik übliche Methode der Ventrifixura, die sich nicht unwesentlich von der Olshausenschen unterscheidet. Um eine festere Fixation bei physiologischer Lage des Uterus zu erzielen, wird das ligamentum rotundum beiderseits durch ein Loch des Peritoneum parietale hindurchgezogen und dann mittels eines auf der Fascie geknüpften Seidenfadens zwischen Peritoneum und submuskulärer Bindegewebsschicht fixiert. (Schluß folgt.)

Periodische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift. Nr. 7. 1907.

1. Zieler, Breslau: **Die Wirkungsweise der modernen Gonorrhoetherapie.**

2. Hildebrandt, Freiburg i. B.: **Zur Aetiologie des Erythema nodosum.**

Das wesentlichste der ausführlichst wiedergegebenen Krankheitsgeschichte ist, daß eine schon als Kind tuberkulöse Person akut an Angina und Stomatitis und zehn bis zwölf Tage darauf an Erythema nodosum erkrankte; auf der Höhe der Krankheit, zu einer Zeit, wo täglich noch neue Eruptionen auftraten, war eine positive Diazoreaktion vorhanden, außerdem gelang es durch intraperitoneale Injektion von Venenblut dieser Kranken bei zwei Meerschweinchen experimentelle Tuberkulose zu erzeugen, während die Untersuchung des Venenblutes auf andere Bakterien negativ ausfiel. In der Folgezeit traten nacheinander eine rechtsseitige, dann linksseitige Pleuritis und endlich eine Perikarditis auf, die durch ihren Verlauf, zusammen mit einer Infiltration der rechten Lungenspitze, tuberkulöser Drüsen am Hals, wohl als tuberkulöse Veränderungen angesprochen werden konnten. Es kreisten also zur Zeit, als das Erythema nodosum sich auf dem Höhepunkte befand, virulente Tuberkelbazillen im Blute. Verf. will aus diesem Zusammentreffen bezüglich der Aetiologie des Erythems keine definitiven Schlüsse ziehen, kommt aber nach einer Uebersicht der entsprechenden Mitteilungen in der Literatur zu dem Standpunkt, daß zwar ein Erythema nodosum, das bei einem Tuberkulösen auftritt, nicht mit der Tuberkulose in Zusammenhang zu stehen braucht, daß es aber sehr wahrscheinlich ist, daß auch durch Tuberkelbazillen eine von dem gewöhnlichen Erythema nodosum nicht zu unterscheidende Krankheitsform hervorgerufen werden kann.

3. Thorspecken, Badenweiler: **Zur Therapie der diabetischen Phthise.**

4. Bab, Berlin: **Nerv oder Mikroorganismus?**

B. hat Versuche mit der Komplementablenkungsmethode angestellt und die benutzten Organe gleichzeitig einer bakteriologischen Kontrolluntersuchung auf ihren Spirochaetengehalt unterzogen; dabei ergab sich eine verblüffende Uebereinstimmung zwischen der biologischen und bakteriologischen Methode. Nicht nur ergaben spirochaetenfreie Organe antigenfreie Extrakte und spirochaetenhaltige Organe antigenhaltige Extrakte, sondern es entsprach auch einem sehr großen Gehalt an Spirochaeten ein sehr starker Antigengehalt des Extraktes, einem sehr geringen Spirochaetengehalt ein sehr geringer Antigengehalt. Damit ist der Schluß unabweisbar, daß die Spirochaete tatsächlich der Produzent der biologisch nachweisbaren syphilitischen Stoffe, mit anderen Worten, der Erreger der Lues ist. B. widerlegt dann noch einige der von Siegel und seinen Anhängern Saling, Schulze, Friedenthal, gegen die aetiologische Bedeutung der Spirochaete pallida erhobenen Einwände. Eine Verwechslung mit Nervenfasern hält er nach seinen Spirochaetenbefunden im menschlichen Auge für ausgeschlossen. Bei einer größeren Zahl von Geschwülsten, Karzinome, Sarkome, Myome, die er mit Levaditis Silbermethode imprägnierte, hat er keine einzige Spirochaete gefunden oder irgend ein Gebilde, das sich mit einer solchen vergleichen ließe. Auch in künstlich mazerierten Organen von nicht syphilitischen Foeten hat er nie eine Spirochaete nachweisen können.

5. Freytag, München: **Ueber die Linse mit doppeltem Brennpunkt.**



Das klinische Bild dieser Affektion, die auch als „falscher Lentikonus", „Scheinkatarakt", „zentrale Linsenmyopie" beschrieben ist, ist folgendes: Bei den damit behafteten älteren Personen zeigt sich beim Durchleuchten mit dem Augenspiegel innerhalb des von Trübungen freien Pupillargebietes eine zentrale, 4—5 mm große, dunkelrote, aber gleichfalls durchsichtige Scheibe, in deren Bezirk die Refraktion eine wesentlich myopischere ist, als peripherwärts davon. F. hat Versuche angestellt, künstlich das Bild der „Linse mit doppeltem Brennpunkt" hervorzurufen und dessen Beziehung zur Katarakt zu eruieren. Er legte Tierlinsen verschiedenen Alters bei Zimmertemperatur in Flüssigkeiten, die teils intensive Katarakt erzeugen, teils nicht, destilliertes Wasser, Kochsalzlösung, Eisessig, Alkohol, Formalin, Olivenöl, Glycerin, Xylol. Die Versuche ergaben, daß es sowohl unter den Katarakt erzeugenden, als auch unter den die Durchsichtigkeit der Linse nicht aufhebenden Substanzen solche gibt, die eine makroskopisch erkennbare, scharfrandige Differenzierung einer „Kernsubstanz" von der „Rinde" hervorrufen. Was von den verhältnismäßig einfachen chemischen Verbindungen gegenüber der isolierten Tierlinse gilt, das kann wohl auf die der Einwirkung sehr viel komplizierterer Stofflösungen ausgesetzte lebende menschliche Linse übertragen werden. Es liegt deshalb die Möglichkeit vor, daß sich unter den auf die Linse älterer Leute einwirkenden Schädlichkeiten auch solche befinden, die, ohne Trübung zu erzeugen, eine optische Differenzierung in eine niedriger brechende Schale und einen höher brechenden Kern hervorrufen, so daß klinisch das Bild der lens in lente auftritt. Die Möglichkeit dieser Differenzierung neben Trübungserscheinungen soll nicht verneint werden; aber für diejenigen Fälle, in denen die „Linse mit doppeltem Brennpunkt" klar blieb, nicht in Katarakt ausging, wird eine selbständige Ursache, somit die Auffassung der Affektion als Krankheitsbild sui generis nahe gerückt.

6. Stern und Hesse, Düsseldorf: **Ueber die Wirkung des Uviollichtes auf die Haut und deren therapeutische Verwendung in der Dermatologie.**

7. Zacharias, Erlangen: **Eine Geburt bei vorgeschrittener Tabes dorsalis.**

Die interessante Kranken- und Geburtsgeschichte wird ausführlich mitgeteilt. Es handelte sich um eine Frau, die seit neun Jahren unzweifelhaft tabische Symptome gezeigt hatte, und sich zur Zeit im ataktischen Stadium befand. Sehr bemerkenswert beim Geburtsverlauf war die absolute Schmerzlosigkeit der Wehen und die Untätigkeit der Bauchpresse bis auf den Schlußakt beim Ein- und Durchschneiden des Kopfes. Weiter hervorzuheben ist die Kürze der Geburtsdauer (etwa vier Stunden), die vielleicht dem durch die Schmerzlosigkeit bedingten Nichteintreten reflektorischer Zusammenziehungen der sonst Widerstand leistenden weichen Geburtswege oder dem Fehlen cerebrospinaler hemmender Einflüsse zuzuschreiben ist. Interessant war ferner die Beobachtung in deutliche Erscheinung tretender Zeichen einer drohenden Uterusruptur; dadurch gewinnt die Anschauung eine Stütze, daß der Uterus allein mit seinen Kontraktionen imstande ist, die Frucht auszutreiben und nicht unbedingt der Unterstützung durch die Bauchpresse bedarf. Auf die Geschlechtsfunktionen der Frau hatte die Tabes, abgesehen von der seit vier Jahren erloschenen Libido und Voluptas sexualis, nicht ungünstig eingewirkt; sie hatte stets regelmäßig und ohne Besonderheiten menstruiert, und sogar zweimal in der neunjährigen Krankheit konzipiert und ohne eingreifendere Kunsthilfe zwei lebende und gesunde Kinder geboren. Die Tabes wurde durch die Schwangerschaft und das Wochenbett in ihrem Verlaufe in keiner Weise ungünstig beeinflußt. Einleitung der künstlichen Frühgeburt bezw. vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft sind daher bei Tabes nicht indiziert.

8. Miller, Startsteinach: **Aus der geburtshilflichen Landpraxis.**

M. empfiehlt für jene Fälle verschleppter Querlage, wo man bei länger abgeflossenem Fruchtwasser die einhändige innere Wendung nicht zu stande bringt und vor die Frage der Embryotomie gestellt ist, einen Eingriff, den er als bimanuelle innere Wendung bezeichnet. Man geht mit einer Hand in die Vagina ein, hebt den ev. vorgefallenen Arm möglichst nach oben und lüftet durch kräftigen Druck mit den Fingern etwas den kindlichen Körper; während dieser Lüftung des kindlichen Körpers mit der einen Hand wird gleichzeitig die andere Hand, Handfläche gegen Handfläche, in die Vagina eingeführt; für diese wird es dann leichter sein, nach dem Fundus zu kommen und einen Fuß der Frucht zu erreichen. In einzelnen Fällen auf dem platten Lande, wo nur unter großem Zeitverlust und sonstigen Schwierigkeiten Assistenz zu erlangen war, hat sich Verf. dieser Handgriff gut bewährt.

9. Roesen, Bonn: **Biersche Stauung bei Seekrankheit.**

10. Lion: **Aus einem südwestafrikanischen Feldlazarett 1905.**

Die interessanten Schilderungen entziehen sich kürzerer Wiedergabe.

11. Meyer und Heineke, München: **Ueber den Färbeindex der roten Blutkörperchen.** (Erwiderung auf den gleichnamigen Artikel von Türk.)

Auf die von Türk (d. W, Nr. 5, 1907) gegenüber den Angaben der Verff. über den Färbeindex der roten Blutkörperchen (d. W., Nr. 7, 1906) erhobenen Bedenken erwidern Verff., daß die ihren Zahlen zu grunde liegenden Haemoglobinbestimmungen mit allen Kautelen angestellt worden sind, daß es deshalb ungerechtfertigt erscheint, an ihren Haemoglobinwerten willkürliche Korrektur vorzunehmen.

12. Heil, Darmstadt: **F. A. Kehrer.**

Zum siebzigsten Geburtstag.

Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 6. 1907.

1. E. Meyer, Königsberg: **Hysterie und Invalidität.**

Bezüglich der Begutachtung Hysterischer in bezug auf Erwerbsfähigkeit und speziell Invalidität ist vor allem zu betonen, daß die Hysterie eine psychische Erkrankung ist, und daß daher die psychischen Erscheinungen in erster Linie zu beobachten sind; die körperlichen dürfen nicht einseitig überschätzt werden, wenn sie auch bei ausgesprochener Ausbildung unter Umständen die Begutachtung wesentlich erleichtern können, wie an einem ausführlich wiedergegebenen Gutachten gezeigt wird. Mit dem Ausdruck Simulation muß man sehr zurückhaltend sein und Erscheinungen, die als solche imponieren, mit den übrigen psychischen Symptomen in Einklang zu bringen versuchen. In allen zweifelhaften Fällen ist eine stationäre Beobachtung angezeigt; wird eine Hysterie mit psychischen und auch körperlichen Erscheinungen konstatiert, so ist ein Heilverfahren notwendig, und zwar so bald als möglich. Die Kranken zuerst ohne jede Behandlung abzuweisen, von der Ansicht ausgehend, daß Arbeit und Nichtbeachtung das beste Heilmittel der Hysterie sei, hält Verf. für durchaus unrichtig; ebenso zu verwerfen ist eine zu frühe Rentenerteilung, da frischere Hysterien einer stationären psychotherapeutischen und physikalischen Behandlung wohl zugänglich sind und dadurch auf längere Zeit erwerbsfähig gehalten werden können. Ungünstiger liegen die Dinge bei den Formen der Hysterie, die auf dem Boden lang anhaltender körperlicher Erschöpfung entstanden sind oder im Klimakterium; hier ist die Krankenhausbehandlung oft ungünstig. Um der baldigen Invalidität derartiger Kranken vorzubeugen, wäre es erwünscht, auch wenn die Erwerbsunfähigkeit $66^2/_3$ nicht erreicht, eine Rente zu geben, etwa durch Schaffung einer Halbinvalidität, um den Kranken bei leichter Beschäftigung eine gewisse Unterstützung zu gewähren. Vor allem aber müßte die Möglichkeit gegeben sein, ihnen eine lange Erholung und Kräftigung am geeigneten Ort zu geben; dazu erscheint die allgemeinere Schaffung von Nervenheilstätten erforderlich.

2. Krieger und v. d. Velden, Marburg: **Zur Beruhigungs- und Einschläferungstherapie.**

3. Frey, Lublinitz O.-S.: **Beitrag zur Frühdiagnose chronischer Bleivergiftung.**

Mit Hilfe der klinischen Symptome bezw. der chemischen Urinuntersuchung ist man nicht immer imstande, frühzeitig eine Bleivergiftung in jenem Stadium zu erkennen, wo die ersten Allgemeinerscheinungen, wie leichterer Blutmangel der Haut und Schleimhaut, die ersten Verdauungsstörungen bestehen und der Bleisaum sich ausbildet. Nach zahlreichen an Zinkhüttenarbeitern angestellten

Untersuchungen glaubt Verf., daß sich diese diagnostische Lücke durch den Grawitzschen Nachweis der gekörnten roten Blutkörperchen im Blute chronisch Bleivergifteter nahezu ausfüllen läßt, und er erkennt diesem Nachweis auch eine große Bedeutung für die Kontrolle des Heilerfolges und zur Einrichtung einer persönlichen Prophylaxe zu.

4. Schuckmann, Rybnik: **Zwei Fälle von Hirschsprungscher Krankheit bei Erwachsenen.**

Im ersten Falle handelte es sich um eine siebenundvierzigjährige, von Geburt an hochgradig schwachsinnige Person, die während ihres achtzehnjährigen Aufenthaltes in der Pflegeanstalt Rybnik niemals Anzeichen einer Erkrankung des Darmtraktus dargeboten hatte. Sechs Wochen vor dem Tode erkrankte sie an plötzlich einsetzender ängstlicher Verstimmung; dabei mangelhafte Nahrungsaufnahme und hochgradige Obstipation; zunehmender körperlicher Verfall erweckte den Verdacht einer malignen Geschwulst. Die Autopsie ergab eine kolossale Erweiterung und Hypertrophie des gesamten Dickdarms vom Coecum an bis zum Rectum; nirgends bestand eine Stenose oder sonstige Behinderung der Darmpassage. Die hochgradige Hypertrophie und das Fehlen jeder formativen Reizerscheinung spricht dafür, daß der Befund einen stabilen, mindestens jahrelang bestehenden Zustand darstellt; wahrscheinlich dürfte es sich bei dieser abnormen Dickdarmgestaltung um eine angeborene Disposition handeln, da die durch chronische Koprostase, die bei blöden Geisteskranken eine häufige Erscheinung ist, verursachten Darmerweiterungen fast immer auf das Rectum beschränkt sind. Daß das Leiden völlig beschwerdelos ertragen wurde, ist wohl nur bei einer von Jugend auf blöden und psychisch anaesthetischen Person denkbar.

Der zweite Fall betraf einen achtundsechzigjährigen, erst im zweiundsechzigsten Jahre psychisch erkrankten Mann, in dessen Wahnvorstellungen das Erfülltsein mit Kot eine große Rolle spielte; über Druck im Leib und anfallsweise auftretende Leibschmerzen klagte er häufig. Der Patient erkrankte plötzlich unter den Zeichen eines tiefsitzenden Darmverschlusses, wobei Anlegung eines anus praeternaturalis notwendig wurde. Die Sektion ergab eine ganz excessive Vergrößerung und Hypertrophie der Flexura sigmoidea; eine eigentliche Stenose fehlte. Der Verschluß war in der Weise zu stande gekommen, daß sich an der Grenze zwischen dilatiertem und normalem Darm eine Abknickung gebildet hatte; der distale, normale Darmabschnitt hatte infolge seiner Fixation an der Beckenwand seine normale Lage beibehalten, während der proximale, an einem langen Mesenterium frei bewegliche, dilatierte Abschnitt ins kleine Becken hinuntergesunken war und damit nicht nur eine spitzwinklige Abknickung an der Umbiegungsstelle, sondern infolge seines enormen Umfanges, der in gefülltem Zustande den Umfang des kleinen Beckens weit übertraf, auch noch eine direkte Kompression des nicht dilatierten Abschnittes bedingt hatte. Aus denselben Gründen wie im ersten Falle und wegen der während der Beobachtungszeit häufig vorgekommenen Beschwerden von seiten des Abdomens ist anzunehmen, daß der gefundene Zustand ein stabiler, jahrelang bestehender war. Bei der scharfen Lokalisation der Hypertrophie und Dilatation auf die Flexura sigmoidea (die Hypertrophie beginnt unvermittelt dort, wo das Colon descendens ein freies Mesenterium bekommt, und hört dort auf, wo der Anfang des Rectums sein freies Mesenterium verliert) scheint es bezüglich der Aetiologie der Erkrankung weniger auf die Länge der Flexur als solcher, als vielmehr auf die Länge ihres Mesenteriums anzukommen, und diese dürfte wohl als eine angeborene zu betrachten sein.

5. Rosenthal, Berlin: **Die Narkose mit dem Roth-Draegerschen Tropfapparat.**

Die Technik der Narkose, wie sie in der Landauschen Klinik geübt wird, ist folgende: Von einer vorherigen Morphiuminjektion wird abgesehen. Zu Beginn der Narkose läßt man erst reinen Sauerstoff einatmen, wobei die Aufregung des Patienten bald schwindet; dann werden fünfundzwanzig Tropfen Chloroform pro Minute, nach einer halben Minute etwa dreißig gegeben und gleichzeitig siebzig bis hundert Tropfen Aether eingeschaltet, wobei die Atmung tiefer und der Puls voller wird. Schlafen die Patienten leicht, nach etwa fünf Minuten, werden sie auf den Operationstisch gelagert und desinfiziert; ist dann das Toleranzstadium noch nicht erreicht, gibt man etwas mehr Chloroform, aber nicht über vierzig Tropfen pro Minute. Bei Beginn der Operation ist dann die Narkose so tief, daß der Cornealreflex schwach aber noch deutlich vorhanden ist. die Pupillen eng, aber noch gut reagieren, die Bauchdecken erschlafft sind. Nach Eröffnung des Peritoneums bei Laparotomien kann man das Chloroform völlig ausschalten und kommt dann mit hundert bis hundertundzwanzig Tropfen Aether pro Minute in der Regel gut aus; spannt der Patient, so wird mit kurzer Einschaltung von dreißig Tropfen Chloroform pro Minute die Narkose bald wieder tief. Gegen Ende der Operation geht man langsam mit dem Aether zurück, so daß die Naht bei etwa dreißig Tropfen Aether oder bei reinem Sauerstoff gemacht wird. Meist reagieren dann die ins Bett gebrachten Patienten auf Anruf sofort wieder. Der durchschnittliche Verbrauch bei Laparotomien beträgt 15 g Chloroform und 85 g Aether pro Stunde, zu vaginalen Operationen entsprechend weniger. Bei vierhundert Operationen unter dieser Art der Narkose schliefen die Patientinnen fast ausnahmslos ohne jede Excitation ein: an Zwischenfällen ergaben sich nur in zwei Fällen Asphyxien, die schnell nach Ausschaltung der Narcotica und unter reiner Sauerstoffzufuhr schwanden; sie waren jedenfalls auf nicht ganz einwandfreie Beschaffenheit des verwandten Aethers zurückzuführen. Da die Gesichtsmaske durch einen dünnen Gummischlauch befestigt ist, hat der Narkotiseur eine Hand zur Bedienung des Operationstisches frei; mit der andern kann er nötigenfalls den Kiefer vorhalten und den Puls kontrollieren. Der Operateur kann jederzeit die Narkose, d. h. die Menge des zugeführten Narcoticums überwachen, indem er die Tropfenzahl pro Minute auf der Skala abliest; die Atmung wird mit dem Ohr kontrolliert, da das Schlagen des Ventils an der Maske die Tiefe der Atemzüge und ihre Frequenz deutlich hörbar macht. Auf keine andere Weise ist eine so regelmäßige Zufuhr des Narcoticums wie mit dem nicht ermüdenden Apparat möglich. Was die Nachwirkungen der Narkose betrifft, so wachen die Patienten sehr schnell wieder auf, da die Menge des eingeatmeten Narcoticums gering ist und der am Schluß der Operation zugeführte Sauerstoff die Ausscheidung von Aether und Chloroform begünstigt. Bei Verwendung von Chloroform-Anschütz und Scherings Aether puriss. absol. pro narcosi wurde Erbrechen nur noch ausnahmsweise beobachtet. Schädigung der Nieren, des Herzens, der Leber wurde in keinem Falle gesehen; eine Affektion der Lungen trat nicht ein einziges Mal auf, obwohl sich unter den Operierten recht dekrepide alte Patienten befanden. Der einzige Nachteil des Apparates ist der, daß er wegen seiner Größe nur schwer transportabel und daher nur für Kliniken und Krankenhäuser geeignet ist.

6. Stern, Düsseldorf: **Ueber die „Reizwirkung" des Protargols.**

7. Stein, Königsberg: **Eine dreijährige Virgo.**

Bei dem Kinde stellte sich im Alter von sieben Monaten Blutabgang aus den Genitalien ein, der sich seitdem in regelmäßigen, monatlichen Intervallen wiederholt; dabei Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit, deutliche Schwellung der Mammae. Jetzt im Alter von dreiundeinhalb Jahren bietet das Kind körperlich den Anblick einer Jungfrau, reichliches Fettpolster, weibliche Rundung der Oberschenkel, starke Entwicklung der Labien, Behaarung des Mons und der Achselhöhlen, die mammae gleichen der einer sechzehnjährigen mit dunkel pigmentierten Höfen der Areola und deutlich tastbarem Drüsenkörper, die Stimme ist laut und ausdrucksvoll wie bei einem fünfzehn- bis sechzehnjährigen Mädchen, intellektuelle Entwicklung des Kindes und die Gesichtszüge dagegen entsprechen dem Alter des Kindes. In letzter Zeit hat sich Neigung zur Onanie und eine gewisse Neigung zum anderen Geschlecht eingestellt.

8. Winkler, Bremen: **Entfernung eines Knochenstückes aus dem rechten Bronchus mit Hilfe der oberen Bronchoskopie.**

Bald nach Verschlucken eines Knochenstückes stellte sich bei der betr. Patientin eine sehr heftige putride Bronchitis ein. Der Nachweis des Knochenstücks durch Röntgenstrahlen gelang nicht. Dagegen ließ sich durch die Bronchoskopie der wahrscheinliche Sitz im rechten Bronchus feststellen. Nachdem es gelungen war,



ein hinreichend weites Bronchoskop durch das Tracheoskop tief einzuführen, konnte ein 13 mm langes und 7 mm breites Knochenstück mit der Zange extrahiert werden, worauf durch heftigen Hustenstoß noch ein zweites 9 mm langes und 2 mm breites Stück herausbefördert wurde. Danach erfolgte prompte Heilung.

9. Tomarkin und Heller, Bern: **Ueber die Formaldehyd-desinfektion mit Autan.**

Eingehende Versuche zeigen, daß die Autandesinfektion den bisher geübten Methoden, dem Verfahren nach Flügge, Lingner, Proskauer-Elsasser, im Desinfektionseffekt gewachsen ist; eine Reihe von Vorzügen zeichnet dasselbe vor allen anderen aus: 1. das Autan ermöglicht eine außerordentlich rasche Entwicklung feuchter Dämpfe, die Formaldehyd in starker Konzentration in den Räumen anhäufen; 2. es ist zur praktischen Benutzung außerordentlich einfach, ohne besondere Apparate und Gefäße anwendbar; 3. die Autandesinfektion bedarf keinerlei Vorbereitung; alles was gebraucht wird, befindet sich in der Verpackung; sie ist bequem durch Laienhand ausführbar und geeignet auch für alle Verkehrsmittel, Eisenbahnwagen, Droschken, Möbel- und Krankenwagen etc.; 4. das Autanverfahren bedingt keinerlei Feuersgefahr; 5. der Gehalt der Luft an feuchtem Formaldehyd durch Anwendung des Autans erreicht in kurzer Zeit eine hohe Konzentration, führt aber dennoch nicht zu einer Belästigung in den angrenzenden Räumen; 7. das Autanverfahren erspart die bei anderen Formaldehydverfahren notwendigen Unkosten der Abdichtung etc. Bei Ausführung nach den Angaben der Fabrik ist der Desinfektionseffekt den bisher üblichen Formaldehydmethoden völlig gewachsen. Die Vorzüge des Autans dürften wesentlich zur Popularisierung der von Flügge inaugurierten Verfahren der Wohnungsdesinfektion mittels Formaldehyds beitragen.

Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 6. 1907.

1. Veit, Halle: **Die Stellung der künstlichen Frühgeburt in der Praxis.**

Beim Vergleich der chirurgischen Operationen am Ende der Schwangerschaft mit der künstlichen Frühgeburt ist ohne weiteres zuzugeben, daß die Kinder bei der Beckenerweiterung eine gewisse Mortalität haben, die aber bei richtiger Auswahl der Fälle und bei richtiger Technik sehr gering ist, und daß die Kaiserschnittskinder eine völlig gute Prognose darbieten. Die Kinder dagegen, welche durch künstliche Frühgeburt geboren werden, sind zweifelsohne gefährdet; sie sind kleiner, schwächer, ihre Ernährung ist mühsamer, ihre Widerstandskraft geringer. Der geringeren Kindermortalität bei den chirurgischen Eingriffen steht aber als bedenklich zur Seite eine gewisse Mortalität der Mutter. V. zweifelt nicht, daß bei sachverständiger Anwendung der Operationen, bei weiterer Ausbildung der Technik, sich die Gefahren, die hauptsächlich von der Infektion und unbeabsichtigten Verletzungen, besonders bei der Beckenerweiterung, drohen, immer sicherer beherrschen lassen, und sieht deshalb in diesen Operationen einen sehr segensreichen Zuwachs zu den Operationen beim engen Becken. Er geht aber nicht so weit, daß nun die künstliche Frühgeburt aufzugeben sei; den Standpunkt von Herff, daß Klinik und Praxis sich in die Operationen teilen sollen, daß die Frühgeburt die Operation der Praxis werde, diese aber nichts mit der chirurgischen Geburtshilfe zu tun haben solle, kann er nicht teilen. Die künstliche Frühgeburt ist beizubehalten, weil es Fälle gibt, die mit dieser Operation außerordentlich bequem und sicher behandelt werden. Um die Stellung der künstlichen Frühgeburt für die Praxis zu bestimmen, dazu gehört in erster Linie die Kenntnis der Fehler dieser und der anderen mit ihr konkurrierenden Operationen. Der Hauptfehler liegt bei der künstlichen Frühgeburt in der Bedrohung des Lebens des Kindes durch den mechanischen Geburtshergang, durch seine Kleinheit und Lebensunfähigkeit bei der Geburt. sowie durch die verminderte Widerstandsfähigkeit im ersten Lebensjahre. Die Gefahr des Kaiserschnittes in der schon vor dem Entschluß zur Operation erfolgten Infektion, sowie in der Operationsinfektion; die der Beckenerweiterung, in den schweren Verletzungen der Weichteile, wie sie besonders bei Erstgebärenden beobachtet sind. Die Bedrohung des Kindes durch den mechanischen Vorgang der Geburt ist bei der künstlichen Frühgeburt dann besonders gering, wenn der Kopf in Schädellage vorliegend spontan durch die Wehen ausgetrieben wird; alle diejenigen Fälle, in denen mit Mühe endlich Wehen eintreten, in denen das Kind querliegt, oder in denen irgend eine weitere Operation notwendig wird, geben für das Leben des Kindes eine schlechtere Prognose. Diese Fälle muß man möglichst vorher erkennen. Das kann man nicht im Beginn der Schwangerschaft, sondern erst zu der Zeit, zu der die Einleitung beginnen soll. Liegt hier das Kind schlecht, oder läßt sich der Kopf nicht mehr hereindrücken, so ist auf die Frühgeburt zu verzichten. Weil ein zu kleines Kind nur schwer am Leben zu erhalten ist, soll die Frühgeburt in nicht zu früher Zeit eingeleitet werden; V. rät, die Einleitung erst nach Beginn des zehnten Monats zu beginnen. Ist das Becken zu eng, als daß um diese Zeit noch ein gutes Resultat zu erwarten wäre, so verzichtet man besser auf die Frühgeburt und wartet das Ende der Schwangerschaft ab. Die besten Resultate erreicht man in den eigentümlichen Fällen, in denen bei mäßiger Beckenverengerung habituell die Kinder übertragen werden und daher abnorm groß sind; hier läßt sich mit bestem Erfolg am ausgerechneten Termin künstlich die Geburt einleiten. Will aber eine Schwangere mit voller Sicherheit die Geburt eines lebenden Kindes herbeigeführt wissen, so wartet man das Ende der Schwangerschaft ab. Durch die gute Prognose der modernen Operationen hat die Indikationsstellung der künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge eine wesentliche Einschränkung erfahren. Erst im zehnten Schwangerschaftsmonat und nur dann, wenn Lage des Kindes und Eindrückbarkeit des Schädels einen guten Ausgang garantieren, ist sie einzuleiten. In geeigneten Fällen wird sie aber stets eine segensreiche Operation bleiben.

2. Edens, Berlin: **Ueber primäre und sekundäre Tuberkulose des Menschen.** (Nicht abgeschlossen.)

3. Skschivan und Stefansky, Odessa: **Zur Frage der Serotherapie bei Dysenterie.**

4. Rheinboldt, Kissingen: **Ueber ein Sphygmoskop.**

Bei Blutdruckuntersuchungen mit dem Riva-Rocci'schen Apparat macht die Konstatierung des Verschwindens des Radialpulses oft Schwierigkeiten, besonders wenn ein Pulsus parvus vorliegt oder das Feingefühl des Untersuchers durch viele Untersuchungen ermüdet ist. Um diese Schwierigkeiten zu umgehen und überhaupt dem Messungsverfahren einen möglich objektiven Charakter zu geben, hat schon Sahli bei der Blutdruckbestimmung den gewöhnlichen Sphygmographen verwendet; der Apparat ist aber zu teuer und für die Verwendung in der Sprechstunde zu kompliziert. Verfasser hat deshalb einen einfachen Apparat konstruiert, der, basierend auf dem Volumpuls der Fingerbeere, nur die Existenz oder Nichtexistenz des Pulsschlages machinell manifestieren soll. An einer Abbildung wird die einfache Vorrichtung beschrieben. Neben der Verwendung bei der Blutdruckmessung nach Riva-Rocci hat sich das Instrument noch auf einem anderen Gebiete sehr nützlich erwiesen, nämlich für die Beobachtung der Frequenz, Regelmäßigkeit und Aequalität des Pulses in der Sprechstunde. Ohne weiteres lassen sich mit dem Sphygmoskop Arythmien jeder Art, der physiologischen, respiratorischen bis zur schweren Arythmie der Herzmuskelerkrankungen objektiv feststellen; besonders schätzbare Dienste leistet der Apparat in den Fällen, in denen eine lang dauernde Pulsbeobachtung erforderlich ist, bei den in einem sonst regelmäßigen Pulse ganz vereinzelt auftretenden Extrasystolen und Intermittenzen, die für die Diagnose mancher Herzneurosen von Bedeutung sind. Man kann hier die Beobachtung beliebig lang ausdehnen, und die Störung manifestiert sich dabei unabhängig vom Gefühl, das bei so langer Beanspruchung ermüden wird. Bei einiger Uebung lassen sich auch eine Reihe anderer Anomalien der Pulsbeschaffenheit leicht erkennen. Der Apparat wird geliefert von H. Biel, feinmechanische Werkstätte, Leipzig.

5. Rülf, Bonn: **Das Problem des Krebses.**

Mit Rücksicht auf die von B. Fischer experimentell erzeugten atypischen Epithelwucherungen. (Nicht abgeschlossen.)

6. Lewin, Berlin: **Zur Frage der Säuglingsernährung.**

Daß die Unterschiede in der Wirkung zwischen Frauen- und Kuhmilch nicht mehr in den verschiedenen Kaseinen und deren

leichter und schwerer Verdaulichkeit zu suchen sind, erscheint sichergestellt. Wenn die Kuhmilch größere Ansprüche an die Verdauungstätigkeit des Magens stellt als die Muttermilch, so ist doch der Säuglingsmagen diesen größeren Anforderungen gewachsen. Und es erscheint zweckmäßiger, ihm die größere Arbeitsleistung zuzumuten als ihm Mehle zu geben, die durch verschiedenartige Prozesse die Haupttätigkeit des Magens: die weitere Umwandlung der Stärke in Zucker, Verwandlung der Albumine in Peptone außer Funktion setzen. Der Grundsatz, daß die Organe durch erhöhte Inanspruchnahme sich kräftiger entwickeln, gilt für den Magen ebenso wie für die andern Organe. Von diesen Erwägungen ausgehend hat Verfasser in konsequenter Weise das Prinzip durchgeführt, den Säuglingen schon von vier Wochen an reine, d. h. unverdünnte Kuhmilch zu geben, und dabei hat er vorzügliche Erfolge erzielt. Die Kinder erhalten anfänglich 200 ccm Milch und die gleiche Menge Wasser; von Woche zu Woche werden je 50 ccm Milch zugesetzt und dieselbe Wassermenge weggelassen; damit kommen die Kinder am Schluß des ersten Monats auf 400 ccm reiner Milch. Im weiteren Verlauf werden von Monat zu Monat 100 ccm Milch mehr gegeben; der einzige Zusatz zur Milch, der gemacht werden soll, ist Milchzucker und zwar zwei Eßlöffel auf 1 l Milch. Verfasser hat diese Ernährungsweise nicht nur bei Kindern besserer Familien vornehmen lassen, sondern auch in der Armenpraxis, ohne Mißerfolge zu sehen, durchgeführt. Während man bei Päppelkindern so oft mit hartnäckiger Verstopfung zu kämpfen hat, reguliert sich bei reiner Milchnahrung der Stuhlgang ganz von selbst und es bedarf keiner Abführmittel. Die Kinder zeigen auch nicht die Aufgetriebenheit des Magens und des ganzen Leibes, wie man sonst bei Päppelkindern zu sehen gewohnt ist, weil die Flüssigkeitsmengen in Wegfall kommen, die zu atonischen Zuständen der Magen- und Darmmuskulatur führen. Die relativ kleinen zugeführten Flüssigkeitsmengen haben den weiteren Vorteil, daß die Kinder nicht so häufig urinieren und sich deshalb seltener durchnässen, womit das häufige Wundsein an den Nates vermieden wird. Eine weitere bedeutsame Tatsache ist, daß bei dieser Ernährung sich keine Zeichen von Rhachitis eingestellt haben; alle Kinder lernten frühzeitig, schon zum Jahre laufen. Verfasser empfiehlt, den Kindern von vornherein des Nachts keine Nahrung zu reichen; sie sollen anfänglich sieben Mahlzeiten und zwar alle 2½ Stunden, die letzte um 10 Uhr erhalten. Mit der Zunahme der Milchmengen kann man die Anzahl der Mahlzeiten allmählich verringern, bis schließlich auf vier heruntergehen. Die Milch wird in einem irdenen Topf im Wasserbade einmal aufgekocht, dann in demselben Topf, mit einem überhängenden Deckel zugedeckt, im Sommer auf Eis, im Winter an einen kühlen Ort gestellt; bei Bedarf wird die Milch in die einfache, gewöhnliche Milchflasche getan und im Wasserbad erwärmt. Je weniger Gefäße, je weniger Manipulationen bei der Zubereitung der Milch beansprucht werden, je einfacher die Reinigung der Gefäße ist, umso sicherer kann man darauf rechnen, die Milch vor Infektionskeimen zu schützen; nicht zum mindesten, wenn man das umständliche Mischen mit Wasser umgehen kann. Die Beobachtungen B.s reichen etwa 5 Jahre zurück, und alle Kinder, die in dieser Weise ernährt wurden, sind bisher weiter gut gediehen.

Allgemeine med. Zentral-Zeitung. Nr. 2. 1907.

Drewitz: **Ueber die im Wenzel-Hanke'schen Krankenhause behandelten Variola-Fälle.**

Wenn in Breslau trotz seiner exponierten Lage in der Nähe der Grenze zweier Staaten, die einen obligatorischen Impfzwang nicht eingeführt haben, seiner besonderen kommerciellen Verhältnisse mit diesen Staaten und trotz des Durchzuges und Aufenthaltes von Tausenden von Personen aus diesen Staaten bisher nur selten und wenige Fälle von Variola beobachtet wurden, so ist den Vorsichtsmaßregeln und Maßnahmen der staatlichen und städtischen Behörden die Anerkennung nicht zu versagen. In letzter Zeit ist nun infolge Einschleppung von Bettfedern aus dem Ausland eine Häufung von einzelnen Pockenfällen aufgetreten. Nach der Infektion erfolgt das Inkubationsstadium von 10—13 Tagen, meist ohne besondere Symptome, darauf das 2—4 Tage dauernde Prodromalstadium, das besonders durch heftige Kreuzschmerzen ausgezeichnet ist, worauf D. großes Gewicht legt. Dann beginnt das Eruptionsstadium, mit dem die Fiebererscheinungen, die nervösen Beschwerden zu verschwinden pflegen, das Allgemeinbefinden sich bessert. Nach dem 9. Tage setzt das Suppurationsstadium ein mit großen Beschwerden und Schmerzen, bis am 12. Tage das Exsiccationsstadium eintritt. Drei abweichende Formen der Erkrankungen lassen sich aufstellen: 1. die konfluierenden Pocken, die unter Komplikationen von Seiten der Nieren oder des Brustfells gewöhnlich zum Tode führen; 2. die hämorrhagischen Pocken, die als Purpura variolosa oder als hämorrhagische Pusteln auftreten und 3. die Variolois oder besser Variola levis. Verfasser schildert eingehend 13 Fälle von Variola, die alle geheilt wurden. Er betont besonders, daß auch im Eruptionsstadium hohes Fieber bestehen kann. Die Blutuntersuchung ergab keine ausgesprochenen Leucocytosen. Auffällig war die Zahl der mononucleären Zellen, die auch im Pustelinhalt nachzuweisen waren, und die sporadisch gefundenen eosinophilen Zellen. Milzschwellung war in 8 Fällen vorhanden. Die Impfung hatte keinen Erfolg, eine Beeinflussung des Verlaufes konnte nicht konstatiert werden. Die Schutzmaßregeln waren streng, die Isolierung möglichst vollkommen.

In Deutschland kommt kein Pockenfall zum Ausbruch, der nicht eingeschleppt ist. Die Einschleppung erfolgt durch Personen, die erkrankt sind, und deren Effekten. Bettfedernreinigungsanstalten und Lumpenpapierfabriken sind Herde von Pocken. Variola und Variolois haben denselben Erreger und sind nur graduell verschiedene Krankheiten. Die gesetzliche Schutzpockenimpfung gewährt keinen absoluten Schutz gegen eine erneute Infektion. Da viele Personen nicht geimpft werden können, so kann unter besonderen Umständen eine Pockeninvasion gefährlich werden, zumal der Schutz durch Impfung erst nach 7 Tagen — wenigstens bei Affen — eintreten soll, und die Frühdiagnose der Pocken schwierig ist. Deswegen schlägt Verfasser vor:

1. die sofortige Bekanntmachung des ersten Pockenanfalls am Ort, nicht nur in ärztlichen, sondern auch in politischen Zeitungen;
2. die erneute Impfung aller derer, die nach dem Auslande reisen wollen;
3. die wiederholte Impfung der Aerzte, besonders der Krankenhausärzte;
4. die Verlegung der Revaccination vom 12. auf das 10. Lebensjahr.

Differentialdiagnostisch kommen folgende Erkrankungen der Variola gegenüber in betracht:

1. im Prodromalstadium: Masern, Scharlach, Purpura hämorrhagica;
2. im Anfang des Eruptionsstadiums: Masern und Flecktyphus, der ebenfalls auch nur eingeschleppt sein kann;
3. in den letzten Tagen des Eruptionsstadiums und im Suppurationsstadium: Varicellen, Vaccine generalisata, Impetigo contagiosa, Akne und Syphilis.

Varicellen kommen aber nur im Kindesalter oder höchstens bis zum Ausgang des zweiten Dezenniums vor, und zeigen kaum je die Symptome des Pocken-Prodromalstadiums.

Die Erreger der Variola sind bis jetzt noch nicht einwandsfrei gefunden, geschweige denn einwandsfrei gezüchtet.

Nr. 3.

Ucano, Berlin: **Ueber den Einfluß des Kreosots auf den Eiweiß-Stoffwechsel.**

Durch die Darreichung von Kreosot wird bei reiner Eiweißnahrung Eiweißansatz bewirkt, während zu gleicher Zeit Körperfett verbrannt wird und das Körpergewicht abnimmt. Andrerseits ist es möglich, durch kleine Zugaben von Fett Eiweißansatz ohne Gewichtsabnahme zu erzielen, weil so das Körperfett vor Verbrennung geschützt wird. Nach Kreosotgaben ist die Ausscheidung von Kotstickstoff vermindert, was für eine bessere Ausnutzung des eingeführten Eiweißes spricht. Die Versuche sind bei einem Hunde angestellt, dürften aber doch den Beweis erbracht haben, daß der Stoffumsatz durch das Kreosot auch bei Tuberkulösen unter Umständen günstig beeinflußt werden kann.

Neurologisches Zentralblatt. Nr. 3. 1907.

1. Dexler, Prag: **Zur Frage der Hysterie bei Tieren.**

Kritische Besprechungen der als Hysterie der Tiere veröffentlichten Beobachtungen besonders von Hipier und Mainzer. D. kommt zu dem Schluß, daß es bei unserem derzeitigen Erkenntnisstandpunkte der normalen Psychologie der Tiere, der noch nicht genügend ausgebildeten Semiologie der tierischen Nervenkrankheiten, nicht motiviert ist, bei Bewegungsstörungen aus fehlenden Erklärungsmomenten auf Hysterie bei Tieren zu schließen.

2. Nauke, Wiesbach: **Ueber die Gewebsveränderungen im Gehirn luetischer Neugeborener.**

Noch nicht beendet.

3. Haller, Heidelberg: **Zur Wahrung meiner Priorität in Sachen der Kontinuitätslehre des Zentralnervensystems.**

Polemik, in welcher gezeigt wird, daß zuerst Gerlach bei Wirbellosen das kontinuierliche Zellfasernetz bei Wirbellosen fand, daß Haller die Befunde bei Knochenfischen bestätigte und gegenüber der Kontiguitätslehre, bezw. der Neurontheorie an der Kontinuitätslehre festhielt, die heute von Apatly und anderen bestätigt wird.

4. Adaniewiz: **Zur Funktion der Schweißsekretion.**

Im Anschluß an den Artikel von Higier (vgl. das Referat in der Med. Woche) wird darauf hingewiesen, daß A. grundlegende Studien über die Rolle des Nervensystems bei der Schweißsekretion gemacht hat. Dr. S. Flatau, Berlin.

Deutsche Aerzte-Zeitung. Nr. 1.

1. Fellner, Franzensbad: **Zur physiologischen Wirkung der Kohlensäurebäder.**

Es wurde die Wirkung des Kohlensäuregases für sich allein auf Puls, Respiration und Blutdruck festgestellt, und zwar in einer Gasquelle in Franzensbad, die 7,2 cbm in der Stunde liefert und vorwiegend Kohlensäure enthält mit nur geringen Beimengen von Schwefelwasserstoffgas. Die Versuchsperson mußte vor jedem Bade 10--16 Minuten in derselben Position verharren, in welcher sie sich im Bade befinden muß, ehe Puls- und Respirationsfrequenz und Blutdruck gemessen wurde. Die Untersuchungsergebnisse sind folgende. Sowohl im Vollbade wie im Gaswannenbade nimmt die Pulsfrequenz bis zu 10—16 Minuten zu, die Respiration bei einer Badedauer von 10—13 Minuten ebenfalls, der Blutdruck nach 15 bis 25 Minuten auch; im Kohlensäure-Mineralbade nimmt die Frequenz des Pulses und der Respiration ab und der Blutdruck nicht. Dies entgegengesetzte Verhalten ist durch die verschiedenen Indifferenzpunkte der Kohlensäure und des Wassers zu erklären und stützt die Lehre von der thermischen Kontrastwirkung im kohlensauren Mineralbade. Außer dem thermischen Reiz übt die Kohlensäure aber auch einen chemischen aus. Sie wird durch die Haut resorbiert, reizt das Atemzentrum, das Zirkulationszentrum, bewirkt Herzstillstand in der Diastole, wirkt lähmend wie erregend auf die sensiblen und motorischen Nerven, erhöht die Tastempfindlichkeit, verfeinert den Raumsinn, hemmt die Bakterien- und Flimmerbewegung etc.

Als Indikationen für das kohlensaure Gasbad stellt F. auf:
1. Alteration des Nervensystems;
2. funktionelle Störungen der Sexualorgane.

Als Kontraindikationen:
1. Neigung zu Blutungen;
2. Herzkrankheiten;
3. Erkrankung der Respirationsorgane.

2. Hirschkron, Wien: **Ueber die Verwendung des Ichthyols als schmerzstillendes Mittel.**

Sehr gute Erfolge erzielt man mit der Ichthyolbehandlung bei allen schmerzhaften rheumatischen Uebeln, Myalgien infolge von Refrigationen, Exsudaten, Gichtanfällen, Tripperrheumatismus, Neuralgien der Rückenmarkskranken, bei Juckreiz der Haut und dem Eczem. Man benutzt am besten 10%iges Ichthyol-Glycerin oder eine 6%ige Ichthyolsalbe mit 1% Mentholzusatz; auf ein Vollbad setze man 10 g Ichthyol zu. Innen wirkt das Ichthyol ebenfalls schmerzstillend; man gibt es in Kapseln, Pillen und wässeriger Lösung und sieht gute Erfolge bei schmerzhaftem, chronischen Magen- und Darmkatarrh, weil es die Gasansammlung beseitigt. Auch bei Asthma, Tuberkulose, Autointoxikation und Haemorrhoiden ist es sehr zu empfehlen. Ersatzpräparate sind nicht so zuverlässig und wirksam wie das Ichthyol.

3. Fessler, München: **Die Torsionsfestigkeit des Gelenkbandapparates.** (Torsionsversuche an den Extremitätengelenken des Menschen.)

(Nicht beendet, Fortsetzung folgt.)

Bücherbesprechung.

Ein Vorschlag zur Trachombehandlung. Von Dr. G. Hirsch, Halberstadt. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Augenheilkunde, VI. Band, Heft 5.) Verlag von Carl Marhold in Halle a. S. 1906.

Nach der Ansicht des Verf. ist das Verfahren, welches den Sitz der in Rede stehenden Krankheit rasch, ohne Opfer, mit Schonung des gesunden Gewebes endgültig und überall vernichtet, in Gestalt der antiseptischen conjunctivalen Injektionen oder Infiltrationen gegeben.

Verf. benutzt die conjunctivalen Injektionen in folgender Weise: Zunächst wird die Bindehaut mit 3%iger Cocain- oder 1%iger Acoinlösung betropft, dann werden sieben Teilstriche einer Pravazspritze mit Sol. Hydr. oxycyanat. 1 : 3000, die übrigen drei Teilstriche mit 1%iger Acoinlösung gefüllt. Diese Mischung injiziert man langsam an je zwei Stellen der oberen und unteren Uebergangsfalte in die Conjunctiva, bei späteren Injektionen auch in den palpebralen Teil der Bindehaut.

Diese Behandlung wird in Zwischenräumen von zwei bis sechs Tagen wiederholt, je nach der Stärke der Reaktion und dem Stande der Krankheit. Nach sechs bis acht Injektionen zeigten die behandelten Fälle nach dem Abklingen der Reaktion erhebliche Abflachung und Kontraktion des Conjunctivalgewebes.

Ueber die Dauer des Erfolges kann Verf. keine Angaben machen. Er empfiehlt daher seine Methode zur Nachprüfung in trachomreichen Gegenden. Moll, Berlin.

Die Chirurgie des Auges. Von Terrien. Uebersetzung von Dr. Eugen Kauffmann. Verlag von Reichardt, München. 1906.

Mit der Herausgabe des vorliegenden, im Original bei Steinheil in Paris erschienenen Werkes hat sich die deutsche Verlagsbuchhandlung ein Verdienst erworben. Der bekannte französische Verfasser hat sich bemüht, alles recht anschaulich zu schildern und deshalb mit den Abbildungen nicht gegeizt, denn ein Lehrbuch der operativen Heilkunde wirkt weniger durch den Text als durch gute Bilder. Namentlich war hierbei das Augenmerk auf die Lage der Hände des Operateurs bei den verschiedenen Operationsakten gerichtet, einen Punkt, der dem Anfänger besonders viel Schwierigkeiten zu bereiten pflegt.

Um dem Lernenden die Arbeit zu erleichtern, sind zunächst die Operationen nach dem Verfahren, das sich dem Verf. am besten bewährt hat, dargestellt. Anhangsweise findet der Leser die Beschreibung seltener Operationen und spezieller Methoden.

Die vorliegende Uebersetzung entspricht inhaltlich genau dem französischen Originale, nur wenige Worte über die Cocain-Adrenalinanaesthesie, sowie über die öligen Collyrien, die in Deutschland noch wenig bekannt sind, sind hinzugefügt worden. Auch das Kapitel über Staroperation zeigt auf Veranlassung des Verf. gewisse Abweichungen, die zum mindesten für den Anfänger empfehlenswert sind.

Das Buch darf allen Fachgenossen bestens empfohlen werden. Moll, Berlin.

Die Syphilis der Regenbogenhaut. Von Krückmann. Augenärztliche Unterrichtstafeln, XXV. Kerns Verlag, Breslau. 1906.

Eine Sammlung von vorzüglichen Abbildungen typischer syphilitischer Affektionen der Iris. Moll, Berlin.

Balneologische Mitteilungen.

Von der achtundzwanzigsten Versammlung der Balneologischen Gesellschaft zu Berlin (7.—11. März 1907). Berichterstatter: Dr. O. Burwinkel, Bad Nauheim (Winter San Remo).

Von den zahlreichen Vorträgen seien nur die kurz wiedergegeben, welche allgemein ärztliches Interesse beanspruchen können.

Ueber die „Beeinflussung der Viskosität des menschlichen Blutes durch Kältereize, Wärmeentziehung, Stauung etc." hat Determann, St. Blasien, neuerdings wieder Versuche angestellt. Mittels einer sehr vereinfachten Methodik, die auf dem bevorstehenden Kongreß für innere Medicin erklärt werden soll, gelang es ihm, Viskositätsbestimmungen in wenigen Minuten auszuführen und unter Berücksichtigung der natürlichen Schwankungen der Blutzähigkeit einwandsfreie Resultate zu erzielen. Gleich den übrigen Eigenschaften des Blutes ist auch seine Zähigkeit (Fluidität) bis zu einem gewissen Grade abhängig von äußeren und inneren Reizen (Lebensweise, Ernährung, Tageszeit, Außentemperatur, Muskeltätigkeit, Blutdruck, Vasomotoren usw.). Bei Anwendung von Kältereizen, Wärmezufuhr und Stauung verhält sich die Viskosität einigermaßen gleichsinnig wie die roten Zellen, das spezifische Gewicht und der Haemoglobingehalt des Blutes. Kurze kalte Bäder, kalte Duschen und Ganzwaschungen steigern die Viskosität bis zu 15%, vorausgesetzt, daß hinterher eine gute Reaktion erfolgt. Dasselbe ist auch örtlich durch lokale kalte Prozeduren zu erreichen, wie ja auch Zahl der Blutkörperchen, spezifisches Gewicht und Haemoglobingehalt vermehrt werden. Man muß deshalb bei jeder Blutentnahme berücksichtigen, ob der betreffende Körperteil vorher mechanisch oder thermisch gereizt gewesen ist. Im heißen Bade sinkt die Viskosität bis zu 16%, ebenso Haemoglobingehalt, spezifisches Gewicht und Blutkörperchenzahl. Doch haben alle derartigen Eingriffe nur einen vorübergehenden Einfluß. Im Gegensatz zum Heißwasserbade ist im elektrischen Lichtbade das Blut mehr viskös, wohl infolge Wasserverlustes. Hinterher gleicht sich dies infolge kompensatorischer Bestrebungen mehr als aus. Lokales heißes Blut verändert anscheinend auch die Viskosität. In der Einpackung wurde sie zweimal vermindert und einmal erhöht gefunden. Nach dem dieser Packung folgenden kühlen Eingriff war ein erhebliches Ansteigen jedesmal zu konstatieren. Der Grad der Blutzähigkeit ist gewissermaßen der Ausdruck der osmotischen Spannung zwischen Blutkörperchen und Serum. Je mehr diese ihren hochviskösen Inhalt an das Serum abgeben, um so visköser wird das Blut, wie dies aus Beobachtungen an einem Fall von Haemoglobinaemie hervorging. Weiter steigt die Blutzähigkeit ganz bedeutend bei Kohlensäurezusatz infolge Quellung der Formelemente. Diese Steigerung bis zu 90% und mehr tritt besonders hervor bei in verschiedenem Grade ausgeführter Stauung eines Gliedes. Viele Gründe und Versuche (an Vegetariern) lassen die Viskosität abhängig erscheinen vom Gehalt des Blutes an colloidalen Substanzen. Die Viskosität des Blutes verdient weit mehr Beachtung, als sie bisher gefunden hat. Sie ist für die haemodynamischen Verhältnisse und für die Funktion der Organe von großer Wichtigkeit und ist der therapeutischen Beeinflussung sehr zugänglich. In der Diskussion erklärte der Vortragende noch, daß durch Flüssigkeitsaufnahme die Viskosität vermindert würde.

Die Frage „bildet übernormaler Blutdruck eine Kontraindikation für die Anwendung CO_2-haltiger Solthermen" wird von Baur, Nauheim, verneint, soweit es sich um Herzinsufficienz mittleren und mäßigen Grades handelt. An der Hand zahlreicher die ganze Kurzeit umfassender Kurven wird demonstriert, daß beim Gebrauch dieser Bäder der Blutdruck in 75% eine Senkung und nur in 25% ein Steigerung erfährt. Auch im letzteren Falle war doch stets eine Besserung der Herzfunktion zu beobachten. Durch vorsichtige Abstufung der Bäder, zumal hinsichtlich der Temperatur und bei fortlaufender Kontrolle des Blutdruckes läßt sich jede bedenkliche Blutdrucksteigerung vermeiden. Groedel I. schloß sich durchweg den Ausführungen an, riet aber zu vorsichtigem Beginn mit Halbbädern, welche nicht im gleichen Maße wie Vollbäder den Blutdruck erhöhen. Zeigt der Blutdruck Werte von 200 mm Hg. und darüber, so sind CO_2-Bäder kontraindiziert, ebenso bei parenchymatöser Nephritis.

„Versuche mit kohlensauren Gasbädern" von Groedel III., Nauheim, ergaben, daß Blutdruck und Respiration unbeeinflußt bleiben, der Puls dagegen sehr beschleunigt wird. Man kann also diese Bäder den milden Wärmeprozeduren zuzählen. Gleichzeitig wird durch die angestellten Versuche der experimentelle Beweis geliefert für die Richtigkeit der Senator-Frankenhäuserschen Kontrasttheorie. Die bei CO_2-Bädern, besonders in kühler Form hervorgerufene Drucksteigerung ist durch den thermischen Kontrast bedingt und kann durch Verminderung resp. Ausschaltung desselben gemildert und auch ganz vermieden werden. Hierdurch wird die Ansicht von Groedel I. gestützt, daß CO_2-Mineralbäder sowohl zur Herzübung als zur Herzschonung dienen können.

Die „funktionelle Diagnostik des hohen Blutdruckes bei Arteriosklerose und bei chronischen Nierenleiden" ist durch Gräupner, Nauheim, vervollkommnet. Die Methode der Messung der Herzkraft beruht darauf, daß die Regulierung der Gefäßspannung nach ganz bestimmten physikalischen Gesetzen erfolgt. Auf Grund dieser Gesetze können wir das Maß der Herzkraft, d. h. das Maß der Anpassungsfähigkeit des Herzmuskels an dosierte Arbeitsleistungen feststellen. Wir müssen einen hohen Blutdruck therapeutisch bekämpfen, so lange der Herzmuskel anpassungsfähig und so lange der Blutdruck durch arteriosklerotische Veränderungen bedingt ist. Häufig aber stellt der hohe Blutdruck nur einen regulatorischen Vorgang der Selbsthilfe des Organismus dar, den wir nicht künstlich herabsetzen dürfen (Krehl). Beispielsweise bei Nephritis spannt der Organismus das Gefäßsystem, damit das Blut möglichst schnell durch die noch funktionsfähigen Teile der Nieren strömen und seine toxischen harnfähigen Substanzen abgeben kann. Determann weist darauf hin, daß für diese Zustände eine Beeinflussung der Viskosität des Blutes von hohem Nutzen für Verbesserung der Zirkulationsbedingungen sein muß.

Die „klinischen Beobachtungen der Herzvibration" veranlassen Selig, Franzensbad, diese neue Behandlungsmethode bei Herzinsufficienz infolge mangelhafter Kontraktion oder erhöhter peripherer Widerstände zu empfehlen. Die Resultate bezüglich des Blutdruckes, Pulses und der Respiration waren bei Herzkranken, wie auch bei Herzgesunden sehr schwankend. Dagegen ergab die orthodiographische Herzmessung, wenigstens bei Herzkranken, ziemlich einheitliche Ergebnisse und es war eine bedeutende Verkleinerung des Herzumfanges bei Herzdilatationen oft schon nach einer einzigen solchen Massage zu konstatieren. Die Symptome von Asthma cardiale und Angina pectoris erfuhren dabei wesentliche Besserung.

In seinem Vortrag „Entfettungskur unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Herz- und Gefäßapparates" empfiehlt Fisch, Franzensbad, neben anderen Maßnahmen den Gebrauch von Essentia Spermini Poehl, dreimal täglich 15 — 20 gtt in 100 ccm eines alkalischen Säuerlinges. Burwinkel, Nauheim, empfiehlt das Luftbad, welches die Oxydation mächtig fördert und die Fettleibigen von dem lästigen Schwitzen, und damit von dem beständigen Durstgefühl befreit. Ebenso wichtig sind systematische Atemübungen, welche den für die Oxydation notwendigen Sauerstoff liefern und die Zirkulation im kleinen und im Pfortaderkreislauf fördern.

Pseudoanaemien kommen nach Straus, Berlin, gar nicht selten vor. Es handelt sich meist um anaemisch aussehende Leute, bei denen die Blutuntersuchung normale Verhältnisse ergibt. Die chronische Nephritis zeigt oft das Bild der Pseudoanaemie, ebenso die Bleivergiftung. Dabei handelt es sich um Angiospasmen. Am häufigsten begegnet man der angiospastischen Blässe bei nervösen grazilen Damen, die gleichzeitig über leichte Ermüdung, Migräne und Beschwerden von seiten des Herzens und Magens klagen. Blutdruckbestimmungen ergaben normale Werte, meist nach der oberen Grenze zu. Eisen versagt hier vollständig, während Arsen gut bekommt. Am wichtigsten ist die physikalisch-diätetische Allgemeinbehandlung (Ruheliege-, Mast-, klimatische, Badekur in CO_2 haltigen Stahlbädern, lacto-vegetarische Diät). Wichtig ist die psychische Beeinflussung durch die bestimmte Erklärung, das Blut sei gesund und die Blässe habe nichts zu bedeuten.

„Ueber die Behandlung der Bleichsucht mit heißen Moorbädern" spricht sich Steinsberg, Franzensbad, lobend aus. Die Chlorose ist eine gynäkologische (? Ref.) Erkrankung.

Durch mangelhafte Sekretion der Eierstöcke fehlt der normale Reiz auf die haematopoetischen Organe. Kann man das entsprechende Serum auch nicht als Spezifikum bezeichnen, so liegen doch schon beachtenswerte Mitteilungen von verschiedenen Seiten vor. Bis eine genaue Dosierung bekannt ist, sind Moorbäder (39° C) mit nachfolgendem leichten Schwitzen noch das beste.

Loebel, Dorna Watra, betont die günstige „Wirkung der Moorbäder bei Behandlung der Schrumpfniere". Im Bade (37—39° C) sinkt der Blutdruck um 35 mm Hg. und kehrt erst nach vierundzwanzig Stunden auf den Anfangswert zurück.

„Die Behandlung der chronischen Bronchitis und des Bronchialasthmas nach Schilling mittels Röntgenstrahlen" leistete Immelmann, Berlin, bei zehn Patienten ganz auffallend günstige Dienste. Die vorderen, hinteren und seitlichen Thoraxpartien werden etwa zehn Minuten der Bestrahlung ausgesetzt. Schon nach wenigen Sitzungen nahmen Auswurf und Zahl der Anfälle erheblich ab. Mehrere der vorgestellten Patienten hielten sich für ganz geheilt. Auch Burwinkel, Nauheim, beobachtete im verflossenen Sommer eine solche ungewöhnliche Besserung bei einem alten Asthmatiker durch Röntgenbestrahlung. Goldschmidt, Reichenhall, weist noch darauf hin, daß Asthmatiker während der ganzen Dauer fieberhafter Erkrankungen beschwerdefrei zu sein pflegen.

Vor der „Behandlung des Asthmas mit Morphium" wird in den Lehrbüchern gewarnt, wegen der Gefahr des Morphinismus, etwa 50% aller Morphinisten betreffen Asthmatiker. Goldschmidt, Reichenhall, versteht unter Asthma alle Atembeschwerden, die mit einer kurzen geräuschlosen Inspiration und mit einer prolongierten geräuschvollen Exspiration einhergehen. Im akuten Anfall greift jeder Arzt zur Morphiumspritze. Aber auch beim Asthma permanens ist diese Therapie völlig ungefährlich, wenn man nur mit kleinen Dosen (3, höchstens 5 mg) operiert. Wann soll man mit dem Morphium aufhören? Sobald Symptome des Morphinismus auftreten, d. h., wenn der Patient nicht mehr auf diese kleinen Dosen reagiert. Dann verordnet man Chloralhydrat, Jod oder ähnliches, versucht aber immer, ob die kleinen Dosen Morphium noch nicht wieder wirksam geworden sind. G. behandelte viele Patienten mit täglichen Morphium-Injektionen, ohne daß sie morphiumsüchtig geworden sind.

„Künstliche radiumemanationshaltige Bäder" nach Angabe von Dr. Reitz-Elster hat Laqueur, Berlin, bei hartnäckigen chronisch-rheumatischen und gichtischen Erkrankungen nützlich gefunden. Das Bad bekommt radioaktive Eigenschaften, wenn das von den Höchster Farbwerken hergestellte „Radiosal" in kleinen Mengen zugesetzt wird. Der subakute Gelenkrheumatismus paßt nicht für diese Bäder.

„Ueber die Behandlung der nervösen Diarrhoe" spricht Tobias, Berlin. Die Diagnose ist nur per exclusionem zu stellen. Unterschieden werden drei Formen, bedingt durch Idiosynkrasieen in der Nahrung, durch nervöse Einflüsse (Schreck, Angst, kalte Füße, Basedow) und durch Reizübertragung von anderen Organen (Tabes, Sexualerkrankungen). Das Hauptsymptom ist mehrmaliger wässriger Durchfall. Es handelt sich meist um jugendliche Studierte (Mediciner und Juristen!) und um bleichsüchtige Mädchen. Nutzen bringt nur eine Allgemeinbehandlung mit Halbbädern, Regenduschen, Packungen und Diät. Wärme und kalte Sitzbäder sind ebenso zu widerraten, wie Sport, Massage, Brunnenkuren und verweichlichende Maßnahmen (Leibbinde). Luftkurorte bis zu 1200 m werden mit Nutzen versucht. Von Medikamenten versuche man im Anfang Opium mit Tannin, später Arsen.

Die „physikalische Therapie des Kopfschmerzes" hat nach Riegel, Berlin, vor allem die Aetiologie zu berücksichtigen. Bei hyperaemischem Kopfschmerz empfehlen sich fließendes Fußbad, Wassertreten, Barfußlaufen, kurze kalte Kopfwaschung, Naegelescher Handgriff. Beim anaemischen Kopfschmerz, wie er so oft bei Pubertätschlorose vorkommt, ist dagegen Wärme an Kopf und Nacken anzuwenden. Der rheumatische Kopfschmerz sitzt extrakraniell in der Kopfschwarte und geht oft auf Hals- und Nackenmuskeln über. Hier bringen Massage, Heißluftduschen und warme Umschläge Linderung. Die anfallsweise auftretenden Kopfneuralgien verlangen ebenfalls Wärme, Massage und Vibration der Druckpunkte. Beim neurasthenischen Kopfschmerz ist der Gesamtorganismus zu behandeln. In der sehr lebhaften Diskussion wurde auf den großen Nutzen des Luftbades für die Behandlung des Kopfschmerzes hingewiesen.

„Resorption und Ausheilung von entzündlichen Infiltraten im Nebenhoden und Samenstrang" erreichte Frank, Berlin, am besten durch lokale Wärmeapplikation und durch warme Moorbäder (40—48° C). Dagegen bekämpft er energisch die noch immer übliche Eisapplikation.

Hiermit dürfte kurz das wiedergegeben sein, was praktisches Interesse hat. Für das nächste Jahr ist Breslau als Kongreßort in Aussicht genommen.

Vermischtes.

XIV. Internationaler Kongress für Hygiene und Demographie 23.—29. September in Berlin. Das Organisations- und Orts-Komitee haben beschlossen, den Kongreßteilnehmern Gelegenheit zu geben, in umfangreicher Weise sich über die zahlreichen hygienischen Einrichtungen von Berlin und seinen Vororten zu unterrichten. Die wissenschaftlichen Sitzungen sollen im allgemeinen nicht über 2 Uhr nachmittags ausgedehnt werden, damit die Nachmittage für die Besichtigungen frei bleiben. Im Einverständnis mit den Vorsitzenden der einzelnen Sektionen sind über hundert Anstalten ausgewählt worden, die teils während der Kongreßtage je nach Belieben besucht werden können, teils unter fachmännischer Führung gruppenweise besucht werden. In einem „Hygienischen Führer" wird in drei Sprachen eine kurze Beschreibung der Anstalten gegeben, so daß die Kongreßteilnehmer von vornherein die einzelnen für sie interessanten Besichtigungen auswählen können.

Dem unter Leitung des Geh. Regierungsrates Dr. Eilsberger aus dem Kultusministerium stehenden Ortskomitee gehören an: Vertreter der beteiligten Reichs- und Staatsämter, des Magistrats der Stadt Berlin, Mitglieder der Fakultät, der Aerztekammer, die Leiter der verschiedenen hygienischen Gesellschaften und zwar Aerzte, Techniker und Industrielle sowie Mitglieder der Fachpresse.

Friedberg i. H., Gewerbe-Akademie. Die Stadtverwaltung hat der hiesigen Akademie ein neues Maschinen-Laboratorium erbaut, welches unter der Leitung des Herrn Dozenten Immerschitt dem Stand heutiger Technik und Wissenschaft entsprechend eingerichtet wurde.

Dieses neue Laboratorium wird im Sommer-Semester unseren Studierenden zur Verfügung gestellt werden.

Der Kongress der französischen Aerzte wird, wie nunmehr endgültig feststeht, am 12. April zusammentreten. Die Teilnahme deutscher Aerzte an dem Kongresse ist sehr willkommen. Anfragen sind zu richten an Herrn Dr. Leredde, Paris, 31, Rue La Boetie.

Der Aerztetag 1907 wird in der zweiten Hälfte des Juni zu Münster i. W. stattfinden. Auf die Tagesordnung sind vorläufig folgende Gegenstände gesetzt: 1. Die von der Krankenkassenkommission zu erwartende und vorzubereitende Vorlage; 2. der Bericht der Kommission über die von Prof. Dr. A. Hartmann-Berlin aufgestellten Leitsätze über Unterweisung und Erziehung der Schuljugend zur Gesundheitspflege, sowie über die hierzu gestellten Anträge; 3. eventuell der bis dahin fertiggestellte Entwurf der revidierten Vereinbarungen zwischen dem Deutschen Vereinsbunde und den Lebens-Unfallversicherungsverbänden. Dagegen hat der Geschäftsausschuß zurzeit noch davon abgesehen, die sogenannte Spezialistenfrage auf dem Aerztetag zur Erörterung zu stellen, zumal diese Angelegenheit im Dezember dieses Jahres zunächst innerhalb der preußischen Wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen behandelt werden wird.

Abonnementszahlung betr.

Es wird höfl. ersucht, die dieser Nr. beiliegende Postanweisung zur Entrichtung des fälligen Abonnementsbetrages zu benutzen.

Hochachtungsvoll
Verlagsbuchhandlung Carl Marhold.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Der Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P. Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

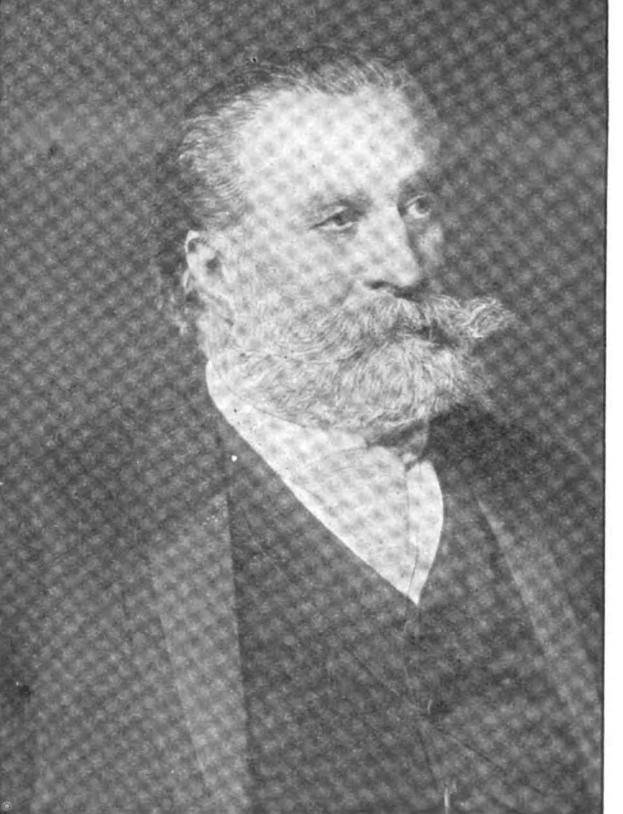
VIII. Jahrgang. 1. April 1907. Nr. 13.

Die „Medicinische Woche“ erscheint jeden Montag mit der Beilage Therapeutische Rundschau und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne vorherige Genehmigung nicht gestattet. — Nachdruck der Rundschau und der Mitteilungen ist nur mit Quellenangabe gestattet.

Ernst von Bergmann, † 25. März 1907.

Von Dr. **Hermann Engel**, Berlin.

Noch webt in unserer frischen Erinnerung der zauberhafte Festglanz vom Geburtstage unseres Altmeisters, den die ganze Welt zu feiern sich wetteifernd bestrebte, schon rüstete man, den Tag würdig zu begehen, der vor nunmehr 25 Jahren Ernst von Bergmann unserer Hochschule als eine der leuchtenden Zierden schenkte, da tönen dumpfe Trauerklänge von der Taunusstadt Wiesbaden: Ernst von Bergmann ist nicht mehr. Der Allbezwinger, dem er mit reich gesegneter Hand unzählige Opfer entrissen hat, hat nunmehr ihn selbst dem unabänderlichen Naturgesetz den Zoll entrichten lassen. Ein starker Held im Leben, war er es auch in den kurzen Tagen der Krankheit, die ihn dahinraffen sollte. Seit einer Reihe von Jahren machten sich bei dem immer rüstigen und stets arbeitsfreudigen Manne wiederholte ileusartige Erscheinungen bemerkbar, die seine engere Umgebung mit banger Besorgnis erfüllten. Aber ungebeugt blieb seine Tatkraft und sein Schaffensdrang. Alle, die an seinem Ehrentage, dem 70. Geburtstage am 16. Dezember vorigen Jahres, in seiner Nähe weilen durften, erfreute die unerschütterliche Frische, mit der er sich den Strapazen der Empfänge und Festlichkeiten unterzog.



Als nichts furchtbares mag ihm der Tod erschienen sein; er hatte nach einem Leben, das eins der köstlichsten gewesen ist, weil es Mühe und Arbeit gewesen ist, das ausgesprochene Verlangen nach Ruhe. Noch vor einiger Zeit erklärte er uns, wenn er wohl auch an äußeren Erfolgen alles erreicht habe, was ein Arzt auf dieser Welt sich erhoffen dürfte, einen ungestillten Wunsch hege er doch noch: Zeit für sich selbst und einmal Ruhe. In der Zeit, wo er sein siebentes Dezennium vollendete, da schaffte er eine Familienchronik seines Hauses. An nahezu 500 Jahre läßt sich die Geschichte des Geschlechtes v. Bergmann zurückverfolgen. Der erste nachweisbare Vorfahre, Ambrosius, war Schiedsmann in Ostpreußen, wo ihm durch besonderes kurfürstliches Privilegium die Schankkonzession verliehen war. Dessen Sohn promovierte in Königsberg zum Magister der Theologie und zog nach Livland, sich eine neue Heimat zu gründen, in der auch dessen Nachkommen als Geistliche sich betätigten. Rühmend erwähnt wird ein Oberpastor v. Bergmann in Riga, der in schwerer Pestzeit nicht nur durch Gotteswort Trost spendete, sondern auch in praktischer Krankenpflege körperlicher Not zu steuern verstand. Erwähnung verdient es, daß ein Gustav Bergmann in Leipzig mit Goethe wegen eines Streites um Käthchen Schönkopf auf der Mensur stand und den späteren Dichterfürsten verwundete. Derselbe Bergmann gab später in der Heimat ein lettisches Gesangbuch heraus und machte sich sonst um die Letten verdient; ihm gelang es als erstem, in Rußland das Impfen einzuführen. Eine v. Bergmann wurde wegen ihrer Schönheit und ihres Geistes von Alexander I. in Riga auf einem Balle in Aufsehen erregender Weise ausgezeichnet. Der Großvater unseres dahingegangenen

Meisters unterrichtete den wissensdurstigen Knaben in Griechisch und Latein im stillen Pastorhaus zu Rujen. Nur ein der Menschheit gütiger Zufall hat Ernst v. Bergmann das Studium der Medizin als Lebensberuf erwählen lassen. Wie alle seine Ahnen seit Jahrhunderten, wollte auch er sich der Theologie widmen. Es existierte aber ein Ukas von Nikolaus I., wonach zu den einzelnen Disziplinen nur soviele Studenten zugelassen wurden, als Beamte und Geistliche benötigt wurden, nur die Zahl der Medizinstudierenden war unbeschränkt, und so trat Ernst v. Bergmann, der Not gehorchend, in die Reihen der letzteren. Nach bestandenem Examen führte ihn seine Neigung fernab von der Ausübung der Praxis in das Forschungsgebiet der biologischen Chemie, das er in Amsterdam unter Kühnes Leitung erfolgreich bearbeitete. Hatte er schon im Feldzuge von 1866 Bemerkenswertes als Chirurg geleistet, so sollte der Krieg von 1870 ihn wieder zur Chirurgie zurückführen.

In edler Selbstbescheidenheit sagte der große Mann in seiner Dankrede an seine Freunde beim 70jährigen Geburtstage: Wenn seine Lebensfahrt eine glückliche gewesen sei und er jeder einzelnen Station dieser Fahrt mit Freuden gedenken könne, so sei es in erster Reihe die große Zeit, in der er habe leben dürfen, diese habe ihn vorwärts geführt. In seine erste Zeit fiel Listers Aufsehen erregende Antiseptik. Vor ihm glich der Operateur dem Kartenspieler, nur das Glück zeitigte Erfolge. Der von ihm stets hochverehrte Pirogoff schrieb noch im Jahre 1854 eine Abhandlung über das Glück in der Chirurgie. Wer in Rußland sich Doktor der Chirurgie nennen wollte, mußte drei mit glücklichem Erfolge ausgeführte Operationen aufweisen können. Pirogoff zeigte, daß selbst bei vollendetster Technik des Operateurs unabwendbare Störungen im Wundverlauf das tadelloseste Operieren illusorisch machen konnten. Und so folgten dann die epochemachenden Entdeckungen Schlag auf Schlag bis hin zu den wunderbaren Beobachtungen eines Robert Koch, deren praktische Verwertung in der Wundbehandlung allein schon Bergmanns Namen für ewige Zeiten unvergessen sein lassen wird.

Er ist nicht mehr, der warmherzige Menschenfreund, der gütige und väterliche Freund seiner Assistenten, von denen er, wie er behauptete, mehr gewonnen habe, als er je ihnen gegeben habe. Er ist dahingegangen, der unvergleichliche Mann, dessen Herz in heiliger Liebe zu seiner schönen Wissenschaft erglühte und der auf den Höhen des Aerztetums niemals der Fürsorge für die weniger beglückten, in harter Frone ringenden Kollegen vergaß. Und wenn wir ihn einst unter dem Jubel der ärztlichen Festversammlung den Bismarck Deutscher Chirurgen nennen durften, so vergleichen wir ihn heute nach seinem weisen Dichten und Trachten, nach seiner schönen ritterlichen Erscheinung mit dem Siegfried der Deutschen Sage.

Originalien.

Einige experimentelle Untersuchungen über den Nährwert des Eukasin.

Von Dr. **J. Winterberg**,
emer. Assistent des k. k. allgem. Krankenhauses in Wien.

(Schluß.)

So möchte ich den Fall einer akuten Nephritis bei einem 38jährigen Bauarbeiter anführen, die sich im Anschlusse an eine Angina tonsillaris herausgebildet hatte.

G. L. stammt aus gesunder Familie, er selbst litt schon in der Kindheit wiederholt an Angina, die aber stets nach wenigen Tagen ohne Folgen vorüber war, sonst war der Kranke immer gesund, leichter Bierpotus zugegeben, keine Lues. Neuerliche Angina vor sechs Tagen, mit heftigem Fieberanstieg und starken Schluckbeschwerden. Nach vier Tagen war die Angina geheilt, dafür aber stellten sich Oedeme um die Knöchel herum ein, die bald die Knie und nach einem weiteren Tage auch Oberschenkel bis zur Mitte erreicht hatten. In diesem Zustande präsentierte sich der Kranke, da er vorher keinen Arzt nötig zu haben glaubte. Bei der Aufnahme des Status zeigen sich neben den oben beschriebenen Oedemen noch leichte Schwellung der Augenlider und Flüssig-

Feuilleton.

Zur Bekämpfung des Kurpfuschertums.

(Fortsetzung.)

Ein akademischer Lehrer der Geburtshilfe und Gynäkologie zu Königsberg pflegte in seinem Einleitungskolleg dem Sinne nach zu sagen: „Meine Herren, es ist eine befremdende aber statistisch feststehende Tatsache, dass in Gegenden, wo das Kurpfuschertum blüht, viel weniger Unglücksfälle bei Geburten vorzukommen pflegen, als da, wo approbierte Aerzte die Geburtshilfe ausüben." Dieser paradox klingende, mir unvergesslich gebliebene Satz, dessen Berechtigung oder wenigstens Möglichkeit dem Kundigen sofort einleuchtet, gibt reichlichen Stoff zu kritischen Bedenken auch unserem Thema gegenüber.

Wenn nicht ein äusseres Merkmal wie das der Approbation zum Kriterium des Kurpfuschers gemacht werden soll, wenn man vielmehr das Wesentliche der beabsichtigten und geforderten Leistung: das Heilen oder die möglichst lange Lebenserhaltung in den Vordergrund rückt, wie stellt sich dann wohl die Sachlage? Man denke einmal an die Resultate der Entbindungsanstalten vor Semmelweiss und, um ein moderneres Beispiel zu gebrauchen, an die Erfahrungen, auf welche die neuerdings sehr gemäßigten Indikationsstellungen früher äusserst radikal-fordernder Gallensteinoperateure (auch an „ungeschminkte" Recidivstatistiken) schliessen lassen!

Wer ist der Kurpfuscher (im Sinne des allgemeinen Interesses): der Heilende oder der Nichtheilende, der Nützende bezw. wenigstens Nichtschädigende oder der Nichtnützende und event. gar Schädigende? Doch zweifellos der Nichtheilende, Nichtnützende oder gar Schädigende, während im entsprechenden Gegensatze dazu der Heilende, Nützende, der zum wenigsten Nichtschädigende den Typus des „Arztes" repräsentieren müsste. Aber wie mancher Arzt und durchaus nicht immer der unwissenschaftlichste und ungeschickteste würde bei solcher Betrachtung, die doch die Kernbetrachtung des Allgemeininteresses genannt werden dürfte, im Orkus der Kurpfuscherverdammnis verschwinden, wie manchem Nicht-Approbierten würde der Ehrentitel des „Arztes" beigelegt werden müssen! Hier eröffnen sich seltsame und unerwartete Perspektiven, die trotz ihrer stilisierten Uebertreibungen sich doch niemals in das Wolken-Blau der Unwirklichkeit verlieren.

Man denke doch einmal an die vielfache Verwendung neuhergestellter Präparate am Krankenbette, eine Verwendung, die ganz deutlich den Charakter des Experimentierens trägt. Was wir von diesen Mitteln zu kennen pflegen, ist abgesehen von ihrer chemischen Zusammensetzung, die Angabe der Mengen,



keit in der Bauchhöhle, Harnmenge bis auf 500 cm^3 pro die vermindert, der Harn selbst sehr trüb, blutig gefärbt, Albumen und Blut enthaltend, Albumen bis zu 4‰ nach Essbach, im Sediment zahlreiche hyaline und granulierte sowie Epithelcylinder nebst vielen roten Blutkörperchen und Leukocyten. Es handelte sich also um eine akute Nephritis im Anschlusse an eine infektiöse Angina, wie wir sie öfters entstehen sehen, worauf besonders in letzter Zeit unsere Aufmerksamkeit gelenkt worden ist. Es wurde natürlich sofort die entsprechende Therapie, Bettruhe, Schwitzbäder und Fernhaltung jedes Reizes von der erkrankten Niere veranlaßt und Milchdiät vorgeschrieben. Diese letztere Maßregel jedoch stieß auf großen Widerstand des Kranken, er konnte zwar eine geringe Menge dieses Nahrungsmittels nehmen, weiter aber als bis zu $1^1/_2$ l pro die brachte er es nicht; da also eine Entkräftung zu befürchten war, mußte ich danach streben, Nährmaterial in anderer Form einzuführen, und ich kann wohl behaupten, daß mir das Eukasin in diesem Falle wesentliche Dienste geleistet hat, indem es mir gelang, durch die Gabe von fünf Kaffeelöffel voll täglich den Patienten in gutem Ernährungszustand zu halten. Allerdings konnte das Gewicht in diesem Falle nicht als Maß dienen, indem sich ja Oedeme und Ascites langsam verminderten und die Gewichtsdifferenzen daher nicht zu verwerten waren, immerhin bemerkte man, als nach sechs Wochen jede Spur der Erkrankung verschwunden war, keine wesentliche Reduktion, trotzdem der Kranke während der ganzen Dauer neben der geringen Milchmenge nur das Eukasin genommen hatte. Auch in der nun folgenden Rekonvalescenzperiode, während welcher noch immer mit der größten Vorsicht vorgegangen wurde, nahm der Patient die gleiche Menge des Eukasins, das ihm keinerlei Beschwerden machte.

Auch in einem zweiten ähnlichen Falle nach überstandenen Morbillen bei einem siebenjährigen Mädchen wurde Eukasin zur Unterstützung der Milch gegeben, mit gleich gutem Erfolge.

So berichten Baginsky und Sommerfeld aus dem Kaiser- und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus zu Berlin, daß das Eukasin keinerlei Störungen bei Kindern veranlaßt habe, daß das Präparat vom kindlichen Organismus gut ausgenützt werde, mindestens so gut wie Fleisch- und Eiereiweiß.

Was meine Ernährungsversuche bei den chronischen Erkrankungen anlangt, so kann ich mich nach den mir zu Gebote stehenden Erfahrungen vollkommen der Ansicht von Weiß anschließen. Weiß hat auf der Schrötter'schen Klinik in Wien das Eukasin in einer großen Anzahl von Krankheitsfällen, besonders bei Lungentuberkulosen und bei Krebskranken verwendet, sowie bei Leuten, die durch starke Blutungen herabgekommen waren, in manchen Fällen sah er eine ganz erhebliche Besserung des Ernährungszustandes und der Gewichtszunahme, besonders bei Tuberkulösen. Weiß glaubt dies auf die leichte Resorbierbarkeit und den Nährwert des Präparates zurückführen zu können.

Von meinen Patienten, die ich mit Eukasin fütterte, wies ein einziger das Präparat beharrlich zurück, ich konnte nicht weiter in den Kranken dringen, ein zweiter, der in den ersten zwei Tagen sehr mißtrauisch dem Mittel gegenüber war, nahm es dann ohne weiteren Widerspruch auch durch längere Zeit hindurch, alle übrigen nahmen es ohne weiteres, niemals konnte ich irgend welche Beschwerden oder auch nur Unannehmlichkeiten erkennen, so daß ich das Präparat recht gerne gebe. Es ist ein geruchloses, weißes Pulver, das einen etwas faden, jedoch keineswegs widerlichen oder unangenehmen Geschmack besitzt, es löst sich im Wasser leicht zu einer milchig getrübten Flüssigkeit.

Ich will nun hier meine zwei mit dem Eukasin durchgeführten Stoffwechselversuche anführen, die uns zeigen, daß die Stickstoffausscheidung während des Eukasingebrauches etwas vermehrt ist, doch muß ich hervorheben, daß wir mittels Eukasin sehr gut imstande sind, den Körper eine Zeitlang auch ohne jede Fleischnahrung fast im Stickstoffgleichgewichte zu erhalten.

Der eine dieser Versuche wurde an einem sonst gesunden Manne ausgeführt, wobei wir nur einen Teil der Fleischnahrung aussetzten und durch Eukasin ersetzen ließen. Im zweiten Falle nahmen wir die Daten von einem Nierenkranken, den wir in fortwährender Beobachtung hatten, bei diesem mußte jede Fleischnahrung sistieren und so konnten wir in genauer Weise die Assimilationsfähigkeit und Verwertbarkeit des Eukasins auch experimentell erkennen.

Versuch I.

Vor- und Nachperiode je 6 Tage				Eukasinperiode 6 Tage			
Nahrung	Menge in g	Stickstoff	Eiweiß	Nahrung	Menge in g	Stickstoff	Eiweiß
Fleisch	250	8,125	52,813	Fleisch	125	4,06	26,409
Brot	250	2,862	18,412	Brot	250	2,862	18,412
Milch	2000	11,087	72,065	Milch	2500	11,087	72,065
				Eukasin	26,6	4,062	26,403
Summe		22,074	143,290	Summe		22,074	143,290

---

welche bisher von Tier und Mensch ohne sicht- und erkennbare Schädigungen ertragen wurden und: ein Register symptomatischer Wirkungen! Also auf blosse Empfehlungen hin, ohne genügende theoretische und praktische Grundlegung werden stündlich neue Mittel bei allerlei Affektionen, die auch bei einfacher Abhaltung von Schädlichkeiten zur Heilung kommen würden, zur Anwendung gezogen, neue Mittel, von denen wir niemals wissen noch wissen können, ob nicht neben oder hinter ihren symptomatischen Hilfeleistungen, schädliche Wirkungen vorhanden sind, die erst allmählich wenn überhaupt der direkten Beobachtung zugänglich werden. Und erleben wir es denn nicht immer wieder, dass Gaben, die bisher für völlig harmlos gegolten hatten, Mittel, die ohne alle Einschränkung empfohlen worden waren, ganz plötzlich unter gewissen Umständen ihre Schädlichkeit erweisen? Welche Ueberzahl, auf Grund wenig exakter Beobachtungen sofort auch ärztlich empfohlener Mittel, welche Kritiklosigkeit, welcher Schematismus so häufig in ihrer Anwendung! — Wie oft noch ein starres zu Tode-hetzen des Symptoms, ohne entsprechende Mitberücksichtigung des leidenden Gesamtorganismus! Wieviel Unvollkommenheit, Zielunsicherheit und Schüchternheit in der Anordnung hygienisch-diätetischer Maßnahmen, welche oft vollkommene Nichtbeachtung der Psyche! Und hier gerade ist die Praxis mancher Krankenanstalten der Kritik noch verwundbarer als das durch soviel Mauern umgrenzte Handeln des einzelnen Arztes. Dass ein Kranker viel mehr noch als ein Gesunder nicht nur nahrhafter sondern auch Appetit-anregender, schmackhafter Kost bedarf, ist eine ziemlich öde Binsenwahrheit, und doch wie häufige und sicher nicht immer unbegründete Klagen! Wie oft entbehrt dieser so wichtige Teil der Gesamtbehandlung **genauer** ärztlicher Kontrolle!

Und ebenso weiss ein jeder, dass Leidende der Ruhe und freundlicher, ermunternder Eindrücke besonders bedürfen und doch wie oft wird dieser wichtige Grundsatz bei der Zimmerbelegung ausser Acht gelassen! Mangel an Raum, Mangel an Mitteln mögen hier im allerweitgehendsten Maße als Entschuldigung zugegeben werden, an der Tatsache, dass eine solche Kur, welche die allereinfachsten Gesichtspunkte einer psychischen Hygiene — aus welchen Gründen auch immer — ausser Acht lässt oder lassen muss, den Namen einer „Kur" nicht verdient, vermögen sie nichts zu ändern.

Was will man zu folgendem Falle sagen? Mehrere Patienten einer grossen Krankenanstalt erheben Beschwerde, weil man sie mit stark hustenden und auswerfenden schwer Tuberkulösen in einem Raume untergebracht hatte. Sie heben die Möglichkeit einer Ansteckung und dass sie vor Ekel nichts essen, gestört durch den ewigen Husten auch nicht schlafen könnten, hervor. Und was antwortet der dirigierende Arzt? Er berief sich auf **Behring** und stellte eine direkte Ansteckung im erwachsenen Alter als unerwiesen und unwahrscheinlich hin. Das war Alles!

Es wurden durch je 6 Tage die in der Tabelle angeführten Nahrungsstoffe genommen und zwar als eine Vor- und Nachperiode, dazwischen wurde eine Periode von abermals 6 Tagen eingeschaltet, in denen wir die Fleischmenge auf die Hälfte reduzierten und die diesem Ausfalle entsprechende Eukasinmenge nehmen ließen. Hierauf wurden in genauer Weise während dieser Zeit Harne und Stühle gesammelt und der Stickstoffgehalt nach Kjehldal bestimmt. Es zeigte sich nun im I. Versuche, daß während der Eukasinzeit die Stickstoffausfuhr bedeutender war, als in der Vor- und Nachperiode, daß aber diese Differenz keine allzubedeutende war, die Stickstoffbilanz war jedoch auch während der Eukasinperiode vollkommen hergestellt. Auch dieser zweite Versuch zeigt uns zur Genüge, daß wir auch ohne Fleischnahrung mit Hilfe von Eukasin das Stickstoffgleichgewicht erhalten können, wenn wir auch die Resultate Baginskys und Sommerfelds bestätigen müssen, daß im allgemeinen während der Eukasindarreichung die Stickstoffausfuhr etwas größer ist.

	N. Einfuhr		N. Ausfuhr			N. Bilanz
	Nahrung N.	Eukasin N.	Harn N. im Mittel	Kot N. im Mittel	Harn N. u. Kot N.	
Vorperiode	22,074		19,61	1,92	21,53	+0,54
Eukasinperiode	17,974	4,1	19,83	2,01	21,84	+0,23
Nachperiode	22,074		19,47	1,96	21,43	+0,64

Versuch II.

Vor- und Nachperiode je 6 Tage				Eukasinperiode 6 Tage			
Nahrung	Menge in g	Stickstoff	Eiweiß	Nahrung	Menge in g	Stickstoff	Eiweiß
Fleisch	250	8,178	53,157	Fleisch	—	—	—
Brot	250	2,881	18,726	Brot	250	2,881	18,726
Milch	2000	11,089	72,078	Milch	2000	11,089	72,078
				Eukasin	53,5	8,182	53,184
Summe		22,148	143,961	Summe		22,152	143,988

	N. Einfuhr		N. Ausfuhr			N. Bilanz
	Nahrung N.	Eukasin N.	Harn N.	Stuhl N.	Harn N. u. Stuhl N.	
Vorperiode	22,148		19,93	1,90	21,83	+0,31
Eukasinperiode	13,970	8,182	19,99	2,03	22,02	+0,13
Nachperiode	22,148		19,81	2,09	21,90	+0,24

Durch diese Stoffwechselversuche glaube ich wohl bewiesen zu haben, daß das Eukasin einen vollkommen berechtigten Platz unter den Nährmitteln besitzt.

Die hygienische Kernfrage hatte für diesen „Hygieniker" keinen zwingenden Sinn! Und wie steht es mit Luft und Licht, mit Bad und Regulierung der Zimmertemperatur in den Krankenanstalten? Ich kenne eine geburtshilfliche-gynäkologische Universitätsklinik, sowie eine Hebammenlehranstalt, die beide Gartenanlagen besitzen, aber diese notwendigen Erholungsstätten stehen nur den Direktoren mit ihren Familien und Gästen, nicht den rekonvaleszierenden Insassen zur Verfügung! Mir ist des weiteren eine medicinische Klinik noch in schrecklicher Erinnerung, die fast ständig an hochgradiger Ueberheizung litt. Zimmertemperaturen von 18—19° R. waren dort keine Seltenheit. — Unter solchen Umständen kann es nicht Wunder nehmen, dass die Resultate mancher Krankenhäuser z. B. in der Behandlung beginnender Lungentuberkulose so wenig ermutigende sind. Und wenn demgegenüber die Heilstätten so viel günstigere Erfolge aufzuweisen haben (natürlich nur gleichwertiges Material in Vergleichung gesetzt), wenn in diesen vor Allem so sicht- und messbar das Allgemeinbefinden gefördert wird, so beruht diese Differenz zum grössten wenn nicht zum einzigen Teil auf der hier im Vordergrund stehenden, dort vernachlässigten Sorge für jene besten Stützen menschlicher Gesundheit: Lebensmut und Appetit!

(Fortsetzung folgt.)

Adalbert Tilkowsky †.

Am 22. Februar l. J. ist der Direktor der n.-ö. Landesirrenanstalt Wien, Regierungsrat Dr. Adalbert Tilkowski, plötzlich einem Herzschlage erlegen. Tagsüber noch in seinem Amte tätig, wurde er gegen Abend von seinem Söhnlein in seinem Arbeitszimmer tot aufgefunden.

Mit Tilkowsky ist ein edler, herzensguter, arbeitsfreudiger, bescheidener und anspruchsloser Mann aus den Reihen der Aerzte der n.-ö. Landesirrenanstalten geschieden; alle, die ihn näher kannten, werden ihm ein verehrungsvolles Andenken bewahren. Wenig dazu geneigt, in der Oeffentlichkeit hervorzutreten, wozu ihn seine reiche Erfahrung, seine hohe geistige Leistungsfähigkeit, seine rhetorische Begabung, sein glänzender Stil und noch manche andere glückliche Eigenschaft in hohem Maße befähigt hätte, widmete er sich voll und ganz dem Dienste. Seine hervorragenden geistigen Eigenschaften machten es ihm leicht, nicht nur seinen Beruf als Irrenarzt persönlich in hervorragender Weise zu erfüllen, sondern auch als Anstaltsdirektor bei allen seinen Untergebenen jenen Geist der wahren, zielbewußten Nächstenliebe stets rege zu erhalten, der eine Humanitätsanstalt durchwehen muß.

Adalbert Tilkowsky wurde zu Georgenberg in Ungarn am 20. Juli 1840 geboren, absolvierte seine Gymnasialstudien in Leutschau und Kaschau, studierte drei Jahre lang Philologie an der Wiener Universität, dann Medizin an derselben Universität und wurde 1874 zum Doktor der Medizin, 1880 zum Doktor der Chirurgie an der Wiener Universität promoviert. Im Jahre 1874 trat er als Sekundararzt der n.-ö. Landesirrenanstalt in Wien in den Landesdienst ein, wurde 1886 zum dirigierenden Primararzt der n.-ö. Landesirrenanstalt in Klosterneuburg, 1891 zum Direktor der n.-ö. Landesirrenanstalt in Ybbs und 1895 zum Direktor der n.-ö. Landesirrenanstalt in Wien ernannt. Anfangs 1896 wurde er vom n.-ö. Landesausschusse in den n.-ö. Landes-Sanitätsrat als ordentliches Mitglied entsendet. Mit Allerhöchster Entschließung vom 6. Juli 1899 erfolgte seine Ernennung zum k. k. Regierungsrate.

Tilkowsky hat eine Reihe von Arbeiten publiziert, die sich zumeist mit dem Alkoholismus befassen. 1883 erschien u. a. eine größere Arbeit: Der Einfluß des Alkoholmißbrauchs auf psychische Störungen (Wiener Klinik), 1888: Zur Kasuistik der Selbstmorde und Selbstmordversuche bei Geisteskranken (Wiener mediz. Presse), 1890: Zwangsarbeitsanstalt oder Trinkerasyl?, 1893: Die Trinkerheilanstalten der Schweiz und Deutschlands, 1895: Die Alkoholiker in den Irrenanstalten, 1897: Ueber den gegenwärtigen Stand der Anstalten für idiotische und abnorme Kinder, 1898: Das öffentliche Irrenwesen in Oesterreich, 1900: Ueber den gegenwärtigen Stand der Alkoholikerfrage in den n.-ö. Landesirrenanstalten, 1901: Die Irrenanstalten in Oesterreich, (Soziale Verwaltung in Oesterreich), 1903: Ueber einige forensisch-psychiatrische Fragen. In der letzten Zeit beschäftigte sich Tilkowsky mit der Bearbeitung mehrerer hochwichtiger forensisch-psychiatrischer Themen für das im Erscheinen begriffene Dittrichsche „Handbuch der gerichtlichen Medizin".

Im n.-ö. Landes-Sanitätsrate, dessen Vizepräsident er seit 1905 war, entfaltete Tilkowsky eine überaus rege Tätigkeit.

Seine Elaborate gingen in der Regel weit über das verlangte Maß hinaus auf die Details des behandelten Gegenstandes ein; manche von ihnen erörtern wichtige, auch für weitere Kreise hochinteressante Fragen in so erschöpfender und in so klarer, überzeugender Weise, daß jeder Leser ihre Veröffentlichung wünschen möchte.

In wenigen Monaten gedachte Tilkowsky von seinem Amte zurückzutreten, um anläßlich der für September d. J. geplanten Uebersiedelung der Anstalt in die neu errichtete Anlage einer jüngeren Kraft Platz zu machen; der tückische Tod hat es anders gewollt, Tilkowsky ist um sein otium cum dignitate gekommen, das er sich durch sein arbeitsames, aufopferungsvolles Leben so redlich verdient hat.

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynaekologie zu Berlin.

Sitzung vom 8. März 1907.

Vorsitzender: Herr Keller.

Demonstrationen:

I. Herr Pinkus:

1. Nahezu mannskopfgroße Hydrosalpinx, bei vierzigjähriger Frau im Anschluß an ein Puerperium entstanden. Pat. kam mit den Erscheinungen einer akuten Stieltorsion in die Klinik, wurde sofort laparotomiert und genas ohne Störung der Rekonvalescenz.

2. Kindskopfgroßes Teratoid, stammend von einem zehnjährigen Mädchen, teils cystisch, teils solide. Gleichzeitig fand sich eine Entwicklungshemmung des Uterus. Die beiden Müllerschen Gänge wurden repräsentiert durch zwei nach oben divergierende bindegewebige Stränge, deren einem der langgestielte Tumor aufsaß, während am Ende des anderen sich ein za. pflaumengroßes, cystisches Ovarium befand. Auf dem Peritoneum des Douglas saßen eine Anzahl za. hirsekorngroßer Knötchen auf. Vagina normal. Der Tumor wurde exstirpiert, das andere Ovarium mit Ignipunktur behandelt. Rekonvalescenz glatt. Bisher — seit einem Jahr — rezidivfrei.

3. Uterus myomatosus mit Adenocarcinoma corporis. Die fünfzigjährige Patientin litt seit einundeinhalb Jahren an profusen Blutungen und war dauernd vergeblich mit Stypticis behandelt worden. Vaginale Totalexstirpation.

4. Uterussarkom, stammend von dreißigjähriger Frau. Supravaginale Amputation. Diagnose der malignen Degeneration erst nach der Operation durch das Mikroskop gestellt. Nachträgliche Exstirpation des Stumpfes wegen Wohlbefindens abgelehnt. An der Absetzungsfläche des Uterus fand sich nichts Malignes. Seit dreiviertel Jahren rezidivfrei.

5. Gallertcarcinom des corpus uteri. Die sechzigjährige, seit dreizehn Jahren in der Klimax befindliche Patientin litt nie an Blutungen, sondern kam lediglich wegen sehr heftiger Kreuzschmerzen in Behandlung. Kindskopfgroßer Tumor.

II. Herr Kauffmann:

1. Großer cystischer Tumor des Abdomens, zunächst als Ovarialtumor imponierend, ausgehend von der Leber und zwar von den Gallengängen. Exitus einige Tage post operationem.

2. Lipom des Uterus, stammend von siebenundvierzigjähriger Frau.

3. Abbildungen von der Operation einer excessiv großen Bauchhernie mit Einheilung eines Silberdrahtnetzes. Heilung nicht ungestört, so daß das Netz wieder entfernt werden mußte. Es besteht infolgedessen wieder eine, wenn auch wesentlich kleinere, Hernie.

Diskussion: Herr Schäffer, Herr Kauffmann.

III. Herr Blumreich: wurde im November 1906 zu einer vierundzwanzigjährigen I gravida gerufen, bei der ein Kollege wegen mehrfacher vorhergegangener Perityphlitisattacken die künstliche Frühgeburt einzuleiten versucht hatte, ohne durch zweimalige Cervixtamponade eine Erweiterung erzielen zu können. T. 39,5, hoher Puls, Muttermund nicht erweitert, keine Verletzung. Vorsichtige Hegardilatation, Laminaria, danach kräftige Wehen. Nach vierundzwanzig Stunden konnte B. folgenden Befund erheben: Die hintere Muttermundslippe war völlig von dem hinteren Scheidengewölbe abgerissen, die Portio hing mit dem Laminariastift herab, aus dem Riß hing die Frucht und ein Teil der Placenta heraus. Ausräumung, Scheidentamponade, Heilung mit Nekrose der hinteren Muttermundslippe ohne Bildung einer Cervixfistel. B. hält den Fall für sehr bedeutsam in forensischer Beziehung, da man sicher einen kriminellen Eingriff hätte annehmen müssen, wenn man ohne Kenntnis des vorherigen Befundes ein Gutachten hätte abgeben müssen. Seiner Ansicht nach handelt es sich hier aber um eine völlig spontane Verletzung, beruhend auf der Wirkung der Wehen bei angeborener Rigidität der Cervix. Demonstration einer erläuternden Abbildung.

Diskussion:

Herr Henkel wirft die Frage auf, ob es nicht wahrscheinlicher und plausibler ist anzunehmen, daß bei der vorhergegangenen zweimaligen Cervixtamponade eine Verletzung des inneren Muttermundes gemacht wurde, die dann die Abreißung bedingte. Bericht über einen ähnlichen selbstbeobachteten Fall, in dem es bei der Erweiterung mit Hegar und Laminaria zur Schaffung eines falschen Weges mit teilweiser Durchbohrung der Cervixwand und anschließender Absceßbildung kam. Auch die Tatsache, daß nach der Cervixtamponade keine Wehen auftraten, spricht sehr dafür, daß die Tamponade nicht richtig gelegen hat.

Herr Stöckel hält es für völlig undenkbar, daß ein gesunder unverletzter Uterus eine Abortivfrucht auf dem von B. beschriebenen Wege ausstößt. Auch er hält eine nicht perforierende Cervixverletzung, nach der die Wehenkraft nur noch die dünne stehengebliebene Scheidenbrücke zu zerreißen hatte, für die wahrscheinliche Ursache der Abreißung.

Herr Bröse wendet sich zunächst gegen die erwähnte Indikation zur Einleitung eines Abortes auf Grund vorangegangener Blinddarmentzündung. Der einzig richtige Weg ist in solchen Fällen die chirurgische Behandlung der Perityphlitis, während die Aborteinleitung wegen der Möglichkeit der Zerreißung abkapselnder Adhaesionen bei der Ausräumung direkt gefährlich ist. Im übrigen ist er völlig der Ansicht der Herren Henkel und Stöckel.

Herr Hense gibt zu erwägen, ob nicht vielleicht die Zerreißung die Folge einer durch die langdauernde Jodoformgazetamponade bedingten Aetzwirkung sein könne.

Herr Keller ist ebenfalls der Ansicht Stöckels und macht darauf aufmerksam, daß die Lage des Laminariastiftes in der Zeichnung gegen die Auffassung Blumreichs spricht.

Herr Blumreich: Schlußwort. Die Indikation war auch seiner Ansicht nach falsch, aber nicht von ihm, sondern von dem Kollegen gestellt worden. In der Literatur sind mehrere ganz ähnliche Fälle beschrieben worden. Eine bei der Tamponade von dem Kollegen gemachte Verletzung kann er nicht ausschließen, hält sie aber für unwahrscheinlich, da dabei keinerlei Blutung aufgetreten war. Seiner Ansicht nach ist eine spontane Entstehung sehr wohl möglich.

IV. Herr Glöckner stellt einen Ovarialtumor von excessiver Größe vor. Im Jahre 1903 entsprach der Tumor einem graviden Uterus M. X an Größe, die Operation wurde damals abgelehnt. Jetzt kam die Patientin mit starken Beklemmungen und Erstickungsanfällen in Behandlung und entschloß sich zur Operation. Mediane Laparotomie. Der Tumor war allenthalben adhaerent und enthielt za. dreißig Liter einer schokoladenfarbigen, dicklichen Flüssigkeit von einem spezifischen Gewicht von 1030 und reichlichem Gehalt an roten Blutkörperchen, Blutfarbstoff, Cholestearin und Fett. Entleerung mit Troicart, Ablösung vom Peritoneum, Netz, Därmen, Leber und Harnblase und Ausspülung des unteren intraligamentär entwickelten Abschnittes. Bett durch Etagen vernäht, Flächenblutung durch Tamponade gestillt. Der Tumor ging vom linken Ovarium aus, das rechte war klein. Kein Ascites, aber starke Wasseransammlung in den Bauchdecken. Operationsdauer einundeinhalb Stunden. Druckverband, später Heftpflasterverband. Pat. überstand die Operation gut, Rekonvalescenz gestört durch eine schon vor der Operation bestehende Bronchitis.

V. Herr Schücking, Pyrmont, demonstriert eine elektrothermische Uterussonde zur intrauterinen Behandlung der Amenorrhoe. Sch. geht von der Vorstellung aus, daß die Temperatursteigerung eine Kongestion der Uterusschleimhaut bewirkt, und hat in zehnjähriger Anwendung des Instrumentes gute Erfolge gesehen. Ein bis zwei Sitzungen von fünf bis zehn Minuten Dauer sollen meist genügen.

Diskussion:

Herr Bröse fragt an, ob Regulierung und Dosierung der Wärmewirkung möglich ist.

Herr Schücking: Ja. Beschreibt die Technik der Regulierung.

Herr Stöckel glaubt, daß eine Wärmekontrolle im Uteruscavum außerordentlich schwer möglich ist und leicht Uebererwärmung und lokale Verbrennungen mit nachfolgenden Stenosen, ähnlich wie bei der Atmokausis eintreten können. Im Prinzip kann er sich nur wenig von einer lokalen Behandlung der Amenorrhoe versprechen.

Herr Schücking: Schlußwort. Die Verbrennungsgefahr ist sehr gering, da es überhaupt schwer war, die Temperatur bis auf die erforderliche Höhe zu bringen. Außerdem kann man am äußeren Muttermund die Wärmewirkung kontrollieren.

Vortrag des Herrn Kauffmann: Beitrag zur destruierenden Blasenmole.

Achtunddreißigjährige VIpara. Letzter Partus Juni 1905, mit Kunsthilfe beendet. Nachgeburtsperioden stets durch Blutungen gestört, mehrfach manuelle Placentarlösung notwendig. Seit Februar 1905 schwanger. Im Mai 1905 Konsultation wegen Blutung. Uterus in Nabelhöhe, keine Kindsteile, keine Herztöne. Starke Anaemie, im Urin Albumen. Diagnose: Blasenmole. Laminaria, am nächsten Tage Ausräumung einer typischen Mole, keine Curettage, Tamponade. In den ersten Tagen Fieber, Collargol. Mitte Juni entlassen. Uterus gut zurückgebildet, Adnexe frei. In der Folgezeit unregelmäßige Blutungen. Mitte Juli Curettage, ergibt Gerinnsel mit spärlichen Zotten, Blutung steht, Befund normal. Im weiteren Verlauf entwickelte sich unter ständiger Beobachtung eine weiche Ausladung am Uterus, in das Parametrium hineinwachsend. Da ein Chorionepitheliom angenommen wurde, Operation: Laparotomie. Uterus blaulivide, rechts vom Uterus ein orangegroßer Tumor, bestehend aus einem Convolut dicker, strotzend gefüllter Venen, ähnlich einer Varicocele. In den Venen zahlreiche Molenbläschen flottierend, z. T. herausquellend. Totalexstirpation des Uterus und des Molentumors. Drainage nach unten. Operation sehr blutig, Rekonvalescenz ziemlich ungestört; Heilung p. p. Entlassung nach drei Wochen, bis jetzt geheilt. Epidiaskopische Demonstration makroskopischer und mikroskopischer Präparate des Tumors. Es hat sich also hier aus einigen zurückgelassenen Zotten einer Blasenmole eine neue Mole entwickelt und zwar unter Durchwachsung des Uterus in den Venen des ligamentum latum. Der Tumor unterscheidet sich in nichts von der ursprünglichen Mole und beschränkt sich auf die Venen selbst. Er stellt keine Metastase dar, da er durch einen Stiel oder eine stielartige Verbindung mit dem Uterusinneren in Zusammenhang steht. Der Tumor ist daher als eine, wenn auch destruierende, so doch vorläufig gutartige Neubildung zu betrachten. Ob und wie lange sie gutartig bleibt, ist allerdings die Frage. Sicher kann sie auch in ein malignes Chorionepitheliom übergehen. So sind vielleicht die Fälle zu erklären, in denen zwischen dem Bestehen der Blasenmole und dem Auftreten des Chorionepithelioms eine längere Spanne Zeit besteht.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

Sitzung vom 19. Februar 1907.

Vorsitzender: Herr Deneke.

I. Demonstrationen: 1. Herr Revenstorff zeigt einen exstirpierten Blinddarm, der nebeneinander normale und entzündlich veränderte Schleimhaut erkennen läßt, an der auch punktförmige Blutungen festgestellt wurden. 2. Herr Dreyfuß zeigt ein durch Operation bei einem sechsundfünfzigjährigen Patienten gewonnenes Divertikel des Oesophagus, das die charakteristischen Symptome gemacht hatte. Bei Sondierungsversuchen kam man stets bei 26 cm auf einen Widerstand; auch das Röntgenbild konnte zur Sicherstellung der Diagnose verwendet werden. 3. Herr Hamel berichtet über zwei Fälle von Eklampsie mit akut aufgetretener Haemoglobinaemie und Haemoglobinurie. Im ersten Falle handelte es sich um eine dreiunddreißigjährige Ipara, die am Tage nach der Entbindung zuerst zwei leichte Eklampsieanfälle erlitt; als sich dann die Anfälle häuften, wurde im Krankenhaus außer Morphiuminjektionen Infusion und Aderlaß gemacht. Am nächsten Tag war die Pat. stark icterisch, der Urin sah blutig aus und zeigte neben 6‰ Albumen das Haemoglobinspectrum. Die Urinmenge nahm immer mehr ab, und es trat Uraemie mit darauffolgendem Exitus ein. Es fand sich eine schwere parenchymatöse Nephritis mit schwarzroten Ablagerungen in den Papillen und zahlreichen Haemoglobinzylindern außer anderen Zylindern in den geraden Harnkanälchen. Der zweite Fall betraf eine einundzwanzigjährige Erstgebärende, die nach zwei leichten Eklampsieanfällen mittelst Forceps entbunden und wegen Wiederholung der Anfälle ins Krankenhaus gekommen war. Auch diese Pat. hatte stark blutigen Urin und sah sofort icterisch aus. Im Urin waren zahlreiche Zylinder vorhanden. Nach wenigen Stunden trat aus unbekannter Ursache ein starkes Hautemphysem hinzu, und bald darauf erfolgte der Exitus, nachdem der Icterus von Stunde zu Stunde zugenommen hatte. Im durch die venae sectio gewonnenen Blutserum war sehr schön das Oxyhaemoglobinspectrum nachweisbar. 4. Herr Lohde demonstriert die Kromayersche Quarzlampe und rühmt ihre guten Dienste bei der Behandlung von durch Parasiten hervorgerufenen Haut- und Schleimhauterkrankungen. 5. Herr Lenhartz spricht über Pyelitis. Er hat in sechs Jahren siebenundsiebzig Fälle behandelt und bakteriologisch untersuchen lassen; sie betrafen sechs Männer, fünf Mädchen und sechsundsechzig Frauen, dabei sind mit anderen Krankheiten chronisch bettlägerige Patienten, die eine Pyelitis hinzubekamen, nicht mitgerechnet. Sehr häufig sei die Cystopyelitis auch bei kleinen Kindern, die unter dem Bilde intestinaler Störungen einherginge und häufig verkannt würde. Die Pyelitis entstände häufig genug durch aus der verunreinigten Scheide aufsteigende Prozesse, wodurch das Vorwiegen des weiblichen Geschlechts bei dieser Erkrankung erklärt würde; bei den einundsiebzig in Betracht kommenden weiblichen Patienten waren bei der Entstehung der Pyelitis dreizehnmal Menses, achtmal Puerperium und elfmal Gravidität vorhanden, so daß wohl auch die Geschlechtsorgane selbst die Disposition abgäben. Auch Erkältungen des Unterleibs spielten eine Rolle. Vortr. konnte die von Müller auf der letzten Naturforscherversammlung aufgestellte Behauptung von dem Ueberwandern der Colibakterien auf das Nierenbecken nicht bestätigen und demonstriert eine große Anzahl von Kurven, aus denen sowohl kritischer, als auch lytischer Fieberabfall bei Pyelitis hervorgeht. Eigentümlich und neu ist wohl ein cyklisches Auftreten der Pyelitis, das Vortr. in sechsundzwanzig Fällen sah. Während Heubner vor allen Dingen Urotropin empfiehlt, hatte Vortr. außerordentlich gute Erfolge mit großen Dosen von Lindenblütentee, und zwar in Mengen von 1,5—2 l pro die bei Erwachsenen; dabei hat der Lindenblütentee den Vorzug, daß er den Magen absolut nicht belästigt und quasi eine richtige Auswaschung der Nieren bewirkt. Alle anderen angewendeten Mittel ließen in ihrer Wirkung lange nicht den Nutzen wie Lindenblütentee erkennen. Von den siebenundsiebzig Fällen wurden etwa 80% klinisch, aber nur 20—22% bakteriologisch geheilt.

II. Vortrag des Herrn Calmann: Perityphlitis und Schwangerschaft.

Beim Zusammentreffen von Schwangerschaft und Perityphlitis hängt der Verlauf vollkommen von dem Grade und der Form der Appendicitis ab. Bei leichter Erkrankung bleibt die Schwangerschaft unbeeinflußt, bei schwerer führt die Appendicitis einerseits zur Unterbrechung der Schwangerschaft, die Geburtsvorgänge wiederum führen leicht zur Perforation und Peritonitis. Während der Geburt können die Erscheinungen anscheinend ganz zum Stillstand kommen, um nach einigen Tagen im Wochenbett mit umso größerer Wucht hervorzubrechen. Die Prognose und Therapie ergeben sich wiederum aus dem Grad der Entzündung. Leichte Formen oder überstandene Erkrankungen verlangen auch prophylaktisch keinen Eingriff. Bei schweren kommt es darauf an, Komplikationen zu verhüten. Die Schwangerschaft wird nicht gestört durch die Operation, im Gegenteil oft noch vor der Unterbrechung

bewahrt. Unmittelbar vor dem Eintritt oder während der Geburt soll man nicht operieren, da geheilte Peritonitis leicht aufflackert. Drängt die Situation zum Eingriff, sind bereits Wehen im Gange, ist die Frucht abgestorben, oder besteht bereits Peritonitis, soll man erst den Uterus durch vaginalen Kaiserschnitt oder rapide Dilatation (Bossi) entleeren und in derselben Sitzung die Appendektomie ausführen. Dasselbe summarische Verfahren empfiehlt sich bei Retention von Fruchtteilen im Verlauf einer Fehlgeburt oder am Schwangerschaftsende. Im Wochenbett ist die Indikation dieselbe wie außerhalb der Gestationszeit. Vortr. war jedoch im Verlauf von Appendicitis zweimal gezwungen einzugreifen durch Störungen der Involution des Uterus, die mit Beseitigung des erkrankten Prozesses durch Operation nachließen. Er hat sieben Fälle beobachtet, fünf davon operiert mit einem Todesfall, der bereits mit Peritonitis zur Operation kam. Bei drei in der Schwangerschaft operierten Fällen blieb zweimal die Schwangerschaft ungestört. (Autoreferat.) Schönewald.

Literarische Monatsschau.

Gynäkologie.

(Schluß.)

Der Kampf um die Atmokausis ist durch die vor einiger Zeit hier referierte Arbeit Pfannenstiels, die mit einer vernichtenden Kritik des Verfahrens schloß, von neuem entfacht worden. Nachdem schon Fuchs auf Grund der vorzüglichen Resultate der Kieler Klinik eine Lanze für sie gebrochen hatte, tritt nun Pinkus selbst mit einer energischen Erwiderung auf den Plan. Er glaubt nachweisen zu können, daß sämtliche bisher beschriebenen üblen Zufälle und Komplikationen auf Mängeln der Technik beruhen, die, wie jeder anderen Methode, so auch der Atmokausis in der Zeit ihrer Entwicklung anhafteten. Gestützt auf die Urteile von Werth, Fritsch u. a. glaubt er behaupten zu können, daß jetzt das Ziel des Verfahrens, ungefährlich, schmerzlos und wirksam zu sein, erreicht sei.

Als Gegenstück hierzu berichtet Meyer über einen Fall, in dem es im Gefolge einer atmokaustischen Behandlung zu schweren Komplikationen gekommen ist. Obwohl beabsichtigt worden war, durch die Vaporisation Obliteration des Uteruscavums und somit Sterilität zu erzielen, wurde die Patientin doch späterhin noch schwanger. Infolge der Stenosierung des Uteruscavum und der Vernichtung des größten Teils der Schleimhaut konnte sich das Ei nicht in normaler Weise ansiedeln und ausdehnen und entwickelte sich ähnlich wie bei einer Tubargravidität tief in die Muskulatur hinein. Wahrscheinlich wäre es auch hier später zu einer Ruptur mit allen ihren schweren Folgeerscheinungen gekommen, wenn nicht die Schwangerschaft vorzeitig unterbrochen worden wäre.

Ueber differential-diagnostische Kriterien der Peritonitis, insbesondere über die Unterscheidung zwischen den beiden häufigsten Formen derselben, der vom Blinddarm und der von den Gebärmutteranhängen ausgehenden Bauchfellentzündung sprach Barth in der Ost- und Westpreußischen Gesellschaft für Gynäkologie. Als charakteristisch für die Peritonitis bei Blinddarmentzündungen betrachtet er außer dem Fieber das Erbrechen, die reflektorische Spannung der Bauchdecken und den Puls, der am ersten Tag unter hundert zu sein und erst in den nächsten Tagen bis auf hundertundzehn und darüber zu steigen pflegt, dabei aber fast immer voll und kräftig bleibt. Meteorismus pflegt zu fehlen. Demgegenüber kennzeichnen sich die gonorrhoischen und puerperalen Peritonitiden durch hohe initiale Temperatursteigerungen, durch einen vom ersten Tage an sehr frequenten Puls, Meteorismus und eine charakteristische Schmerzhaftigkeit bei Druck auf das hintere Scheidengewölbe und bei den leichtesten Bewegungen des Uterus, während Erbrechen meist, die reflektorische Spannung der Bauchdecken immer fehlt.

Einen neuen Fall von Nierendekapsulation bei Eklampsie im Wochenbett beschreibt Polano. Obwohl die Patientin, die schon vor der Operation einen absolut hoffnungslosen Eindruck machte, nicht mehr gerettet werden konnte, war doch ein bessernder Einfluß des Eingriffes auf die Diurese und den Allgemeinzustand nicht zu verkennen. Polano hält demnach weitere Versuche mit diesem Verfahren für durchaus berechtigt, rät jedoch den Eingriff nicht zu lange hinauszuschieben.

Preller teilt einen neuen Fall von wiederholter Pubiotomie an derselben Patientin mit. Auch hier war es nach der ersten Operation nicht zu der erwünschten und erhofften dauernden Erweiterung des Beckens, die eine Spontangeburt ermöglicht hätte, gekommen. Indessen verlief der zweite Eingriff ebenso leicht und komplikationslos wie der erste und ermöglichte die Entwickelung eines recht großen, lebenden Kindes. Als bemerkenswert erwähnt P., wie leicht sich die Patientin in Erinnerung an den glatten Verlauf der früheren Operation zu dem wiederholten Eingriff entschloß.

Aehnlich wie jüngst Rissmann, tritt nunmehr auch Bollenhagen für eine etwas energischere Therapie bei Eihautretention ein. Wenn auch in einer gewissen Anzahl von Fällen die teilweise Retention der Eihäute insofern ungefährlich ist, als diese später spontan ausgestoßen werden, so ist es doch seiner Ansicht nach zweifellos, daß nicht selten derartige Störungen durch die retinierten Reste hervorgerufen werden, daß ihre Entfernung unbedingt geboten ist. Allerdings bevorzugt er hierfür als bestes Instrument den desinfizierten Finger, nicht wie Rissmann die Kornzange, da man nur durch die Austastung sich sicher vergewissern kann, daß alles entfernt ist.

Periodische Literatur.

Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 7. 1907.

1. Fürbringer, Berlin: **Die Behandlung der Impotenz.** Klinischer Vortrag.

2. Kolaczek und Müller, Breslau: **Ueber ein einfaches Hilfsmittel zur Unterscheidung tuberkulöser und andersartiger Eiterungen.**

Verff. haben nach dem Verfahren von Jochmann und Müller zum Nachweis proteolytischer Fermentwirkungen — Verdauung auf Löfflerschen Blutserumplatten — verschiedenartigen Eiter untersucht. Bei tuberkulösem Eiter ergaben die Versuche: 1. Bei unbehandelten, geschlossenen, rein tuberkulösen Prozessen fehlt jede proteolytische Fermentwirkung des Eiters auf der Löfflerplatte. 2. Auch unbehandelter tuberkulöser Eiter kann zur Dellenbildung auf dem erstarrten Serum führen, wenn eine Mischinfektion vorhanden ist; dies gilt besonders für Fälle mit Fistelbildungen und für die tuberkulösen Erkrankungen der Halslymphdrüsen. 3. Auch bei rein tuberkulösen Erkrankungen können Verdauungserscheinungen auf der Löfflerplatte auftreten, wenn der Prozeß unter dem Einfluß der Jodoformglycerinbehandlung steht. Eiterproben von den verschiedensten sonstigen Erkrankungen, vornehmlich solchen, die durch Coccen und Colibazillen hervorgerufen werden, zeigten demgegenüber ausnahmslos auf dem erstarrten Blutserum eine außerordentlich lebhafte proteolytische Wirkung. Daraus ergibt sich für die Diagnostik: 1. Bei der Prüfung von Eiterproben auf proteolytische Fermente nach Müller-Jochmann schließt eine fehlende Verdauung des erstarrten Blutserums das Vorhandensein eines akut-entzündlichen Prozesses aus; sie spricht vielmehr mit Sicherheit für eine tuberkulöse Erkrankung, die selbst im Falle einer auffällig schwachen Fermentwirkung wahrscheinlich ist. 2. Ausgiebige, rasche Verdauung des erstarrten Blutserums spricht andrerseits für den akut-entzündlichen Charakter der Eiterung; ein tuberkulöser Prozeß ist aber auch bei stark positiver Fermentreaktion nicht völlig ausgeschlossen, wenn derselbe vorher, vor allem mit Jodoformglycerin, behandelt ist, oder mit einer Mischinfektion einhergeht.

3. Siebert, Breslau: **Ueber Stomatitis mercurialis und ihre Verhütung durch Isoformzahnpasten.**

4. Wolff-Eisner, Berlin: **Erfahrungen über das Heufieber aus dem Jahre 1906.**

Das Heufieber hat im Jahre 1906 infolge Vegetationsverfrühung, die ein relativ seltenes Ereignis ist, vierzehn Tage früher eingesetzt. Die Serumtherapie (mit Pollantin und Graminol) hat



auch in diesem Jahre wie früher bei leichten und mittelschweren Fällen Erfolge aufzuweisen, in schweren Fällen dagegen meistens versagt. Zur Differentialdiagnose gegenüber auch sonst im Juni zahlreicher auftretenden Conjunctival- und Nasenkatarrhen empfiehlt es sich, mit Pollen zu prüfen, ob das betreffende Individuum pollenempfindlich ist, also an Heufieber leidet. Das von Schimmel & Co., den Fabrikanten des Pollantin, in den Handel gebrachte Heufieberdiagnostikum, das von Dunber durch Fällung aus Polleneiweiß gewonnen ist, hat sich wenig bewährt. Ein für die Praxis verwendbares Pollendiagnostikum muß aus nativem Polleneiweiß bestehen, es muß leicht anwendbar und dosierbar sein und die verschiedenen in Betracht kommenden Pollen, Roggen, Weizen, Gramineen, enthalten; ein derartiges soll dargestellt werden. Um dem Patienten ausgiebigen Pollenschutz zu verleihen, empfiehlt sich das Einlegen von Wattetampons in die Nase mit Hilfe des Mohrschen Apparates, an dem W. einige Verbesserungen angegeben hat. Da eine Reihe von Fällen den klinischen Beginn der Erkrankung an den Augen, Conjunctiven, zeigen, so empfiehlt sich für Patienten mit vorwiegenden Augenbeschwerden eine mit Gummistreifen versehene Binde, zwischen die noch ein Wattefilter gelegt werden kann. Daß die Pollenempfindlichkeit erworben werden und dann bestehen bleiben kann, hat W. an sich selbst erfahren; er zog sich an einem windigen Tage beim Pollensammeln eine starke Conjunctivalreizung zu und hat seit der Zeit eine Pollenempfindlichkeit der Conjunctiven behalten.

5. Theopold, Lemgo: **Zur Antiseptik in der Geburtshilfe.**

T. empfiehlt erneut das Kalomel zur Desinfektion der Hände und Instrumente als sicheres und unschädliches Mittel zur Verhütung des Puerperalfiebers. Bei vier- bis fünftausend Geburten unter Kalomelverwendung ist in seinem Bezirk kein Fall von Puerperalfieber vorgekommen, während in früheren Jahren immer vereinzelte Fälle sich ereigneten. In der Hebammenpraxis genügt meist 1 g für eine Geburt, Aerzte haben bei lang sich hinziehenden schweren Geburten bis zu 10 g Kalomel ohne ersichtlichen Schaden verbraucht. Die übliche Bearbeitung der Hände mit flüssigen Desinficientien hat natürlich der Kalomelbehandlung vorauszugehen.

6. Klein, Straßburg: **Ueber die künstliche Erweiterung des schwangeren und kreißenden Uterus.**

Summarischer Sammelbericht über die neuere Literatur. Besprochen werden die bimanuelle Dilatation, die Ballondilatationen, die Metalldilatatoren nach Bozzi und der vaginale Kaiserschnitt nach Dührßen.

7. Davidsohn, Berlin: **Praktische Schutzvorrichtung im Röntgenzimmer.**

Das Arrangement, das an der Hand einer Zeichnung erläutert wird, bezweckt, den Schutz des Arztes unabhängig von Vorrichtungen um das Schaltbrett oder die Röhre herum zu sichern.

8. Goldmann, Berlin: **Die Rezeptur des Protargols.**

9. Eijkman, Utrecht: **Ueber die Ursache der Wachstumshemmung in Bakterienkulturen.**

Erwiderung auf eine Kritik der Untersuchungen E.s durch Rolly (d. W., Nr. 43, 1906).

10. Justi, Steglitz: **Erfindungen aus dem Gebiete der Medicin, öffentlichen Gesundheitspflege und Krankenpflege.**

Besprochen werden kurz Patente betr. Verfahren zur Herstellung alkoholfreien Bieres, kohlehydratfreien Brotes, zuckerfreier Milch, haltbarer Salzsäure-Pepsinpräparate, eines Eisenrhodanid enthaltenden Peptonpräparates, neutraler konzentrierter Eisencarbonatpaste, eines in Wasser und Weingeist leicht löslichen Eisenpräparates, künstlicher kohlensaurer Bäder, von medicinisch brauchbarem Moor, von Wismuthoxyd in kolloidaler Form enthaltenden Substanzen, von geschmacklosen und reizlos wirkenden Arzneimitteln, namentlich Abführmitteln, eines Heilmittels gegen Eklampsie, zur Darstellung des Salicylsäurementhylesters, zur Extrahierung der Antikörper in den Immunseris, zur Reinigung der Milch, zur Abscheidung eines als Abführmittel wirkenden, nicht bitter schmeckenden Bestandteils der Rinde vom Rhamnus frangula und Cascara sagrada, zur Entwicklung von Sauerstoff für Bäder, die nikotinbindende Patrone für Tabakspfeifen, Zigaretten, Zigarren.

11. Schwalbe, Berlin: **Das medicinische Frauenstudium in Deutschland.**

Die neueren Bestimmungen durch Erlaß des Reichskanzlers werden mitgeteilt und über den Stand der Zulassungsfrage an den einzelnen deutschen Universitäten nach dem Ergebnis einer dieserhalb angestellten Enquete berichtet.

Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 7. 1907.

1. Tavel, Bern: **Die künstliche Thrombose der Varicen.**

Die Trendelenburgsche Venenligatur vermag in etwa 75% der Fälle Dauerheilungen herbeizuführen. Die Erfahrung, daß die besten Resultate dann erzielt werden, wenn eine Spontanthrombose der Venen nach der Operation zu stande kommt, hat Verf. dazu geführt, nicht noch der Ligatur eine künstliche Thrombose hinzuzufügen, sondern alles Varicöse zu thrombosieren und, um eine Verschleppung von Thromben zu verhüten, eine Ligatur des Hauptstammes vorzunehmen. Dieses Verfahren erscheint bei allen Formen der Varicen, bei der Phlebectasia ampullaris, cylindrica, fusiformis, cirsoidea, racemosa, angiomatosa, cavernosa, diffusa, sclerotica indiziert, und auch bei den dabei vorkommenden Phlebitiden. Der künstlichen Thrombosierung muß eine Ligatur des Hauptstammes vorangehen, um die Gefahr einer Embolie vollständig auszuschließen; je nach Lokalisation der Varicen wird man bei der Einmündung der Saphena in der Mitte des Oberschenkels oder am Knie unterbinden. Dazu kann man entweder subkutan verfahren in der Weise, daß man mit einer krummen Nadel einen Seidenfaden unter der Vene entlang führt, statt aber fertig zu knoten, mit der gleichen Nadel durch das Austrittsloch subkutan über die Vene zurückkommt, um dann die Nadel durchs Eintrittsloch herauszuführen. Die Vene liegt jetzt in einer aus dem Eintrittsloch hängenden Schlinge; diese wird festgeknotet, die Enden über dem Knoten abgeschnitten, eine Hautfalte gehoben, wobei der Knoten einsinkt und hält. Am sichersten ist die transkutane Methode, weil dabei die Excision eines Venenstückes, wodurch die Gefahr einer Regeneration ausgeschaltet wird, leicht ausgeführt werden kann. Vierundzwanzig bis achtundzwanzig Stunden nach der Ligatur kann mit der künstlichen Thrombose begonnen werden. Dazu injiziert man in die Vene 5% Karbolsäurelösung; diese wirkt lokal in der Weise, daß die Gefäßintima gereizt wird, was eine autochthone Thrombose bedingt, die sich von der Einspritzungsstelle aufwärts bis zur Ligaturstelle fortsetzt oder bis zu einer Stelle, wo die Zirkulation eine weitere Thrombose verhindert. Alle zwei bis drei Tage werden dann verschiedene Stellen injiziert, bis das ganze variköse Gebiet thrombosiert ist. 10 ccm einer 5% Karbolsäurelösung sind für eine Sitzung genügend; an einer Stelle sind selten mehr als 2—3 ccm zu injizieren; Verf. hat bis zu fünfzig Injektionen bei ausgedehnten Varicen ausgeführt. Die Schmerzhaftigkeit der Injektionen wird von den einzelnen Patienten sehr verschieden taxiert. Am Tage der Injektion ist Bettruhe angezeigt. Bei Phlebitis geschieht die künstliche Thrombosierung in ähnlicher Weise, die vorherige Ligatur des Hauptstammes muß oberhalb der Stelle, wo noch phlebitische Erscheinungen nachweisbar sind, vorgenommen werden. Von siebenundzwanzig in dieser Weise behandelten Fällen von Varicen brachte nur einer, wo in der Zeit der Injektionen Konzeption eintrat, keinen vollen Erfolg.

2. Karewski, Berlin: **Ueber isolierte subkutane Verletzungen des Pankreas und deren Behandlung.**

Der den Beobachtungen zu Grunde liegende Fall betraf einen jungen Mann, der beim Radfahren mit einer Droschke kollidierte, wobei ihm eine Deichselstange vom rechten Rippenbogen nach links in die Gegend der Magengrube stieß. Nach kurzem Shock erholte er sich, so daß er nach Hause gehen konnte. Hier verschlimmerte sich bald sein Befinden, Erbrechen, Kleinerwerden des Pulses, Zuckungen traten auf; bei der Aufnahme in die Klinik war das Gesicht blaß, verfallen aussehend, der Puls klein, öfters Erbrechen; allenthalben am Bauch läßt sich die Abwehrspannung der Muskulatur nachweisen. Fünfundeinhalb Stunden nach der Verletzung wurde in der Annahme einer schweren Leberlaesion die Laparotomie gemacht. Als Quelle von frischem Blut in der Bauchhöhle erscheint zunächst ein kleiner flacher Riß an der Unterfläche der Leber; bei weiterem Suchen zeigt sich das Lig. gastro-

hepatikum und das kleine Netz blutunterlaufen, letzteres cystenartig bläulich vorgewölbt; nach vorsichtiger Durchtrennung entleeren sich aus der Bursa omentalis frische Blutgerinnsel und frisches Blut aus der Tiefe, als dessen Quelle der zerquetschte Pankreaskopf erkannt wird. Feste Tamponade der Pankreaswunde nach Miculicz und Naht der Laparotomiewunde; Heilung per primam; die Drainagestelle bildet einen granulierenden Trichter, aus dem sich in der Folgezeit große Mengen einer Flüssigkeit, die sich als Pankreassaft charakterisierte, entleerte. Physiologische Untersuchungen (Wohlgemuth) ergaben, daß eine der Diabetesdiät fast gleiche Ernährung bei reichlicher Fettzufuhr geringe Mengen hochkonzentrierten Pankreassaftes bedingen, und bei dieser Diät unter gleichzeitiger Darreichung von Natr. bicarbonic. trat in etwa zweiundeinhalb Monaten Heilung der Fistel ein.

Isolierte Verletzungen des Pankreas sind sehr selten und bisher noch nicht mit Sicherheit diagnostiziert. Unmittelbar in die Bauchhöhle penetrierende Rupturen der Bauchspeicheldrüse haben symptomatologisch nichts Eigenartiges vor Zerreißungen anderer Intestina voraus: ausschließlich die Lokalisation der Krafteinwirkung dürfte für die Frage, ob die Bauchspeicheldrüse getroffen ist, in Betracht kommen. Kontusionen des Pankreas bei Stößen gegen die Magengegend dürften häufiger vorkommen; dafür spricht der große Prozentsatz der Pankreascysten, die auf ein Trauma zu beziehen sind. Kommt eine wirkliche Kontinuitätstrennung des Drüsengewebes zu stande, so erfolgt Austritt von Blut und Pankreassaft; wird das bedeckende Peritoneum nicht mit zerrissen, entsteht ein retroperitoneales Haematom; im anderen Falle kommt es darauf an, ob eine schnelle Verklebung des Foramens Winslowii den Flüssigkeitserguß in der Bursa omentalis zurückhält, oder ob er durch diese Oeffnung seinen natürlichen Ausweg in die freie Bauchhöhle findet; der prognostische Unterschied dieser beiden Möglichkeiten ist der der abgekapselten und diffusen Peritonitis. Bei tiefen Kontinuitätstrennungen der Drüsensubstanz summiert sich zu der Gefahr der Haemorrhagie diejenige, welche durch die deletären Eigenschaften des Pankreassaftes heraufbeschworen wird, Peritonitis durch Fettgewebsnekrose, die letzte Gefahr fällt schwerer ins Gewicht, wenn die Zertrümmerung näher dem Kopf der Drüse liegt, weil hier die größeren Ausführungsgänge mit eröffnet werden. Zieht man bei dieser Sachlage in Betracht, daß bei den in der Literatur mitgeteilten Fällen acht Todesfällen ohne oder bei spät ausgeführten resp. nicht zu Ende gebrachten Operationen vier Heilungen bei rechtzeitiger Laparotomie gegenüber stehen, so erscheint die Forderung berechtigt, daß die Vermutung einer tieferen Pankreasverletzung, für die wir zur Zeit außer der Oertlichkeit des Traumas keinen wesentlichen Anhaltspunkt besitzen, die frühe Laparotomie besonders dringend anzeigt. Bei allen Kontusionen der oberen Bauchgegend, deren unmittelbare Folgen nicht schnell abklingen oder sich rasch steigern, soll man die Probelaparotomie machen und mit besonderem Nachdruck auf Verletzung der Bauchspeicheldrüse fahnden. Die Prognose der frühzeitig und zielbewußt blutig behandelten Pankreasrupturen ist zum mindesten so gut, wie sie sich bei abwartendem Verhalten schlecht gestaltet.

3. Weber und Krause: **Zur Farbstoffbehandlung der künstlichen Trypanosomeninfektion.**

I. Weber: Experimenteller Teil.

Da nach den bis jetzt vorliegenden Beobachtungen es unwahrscheinlich erscheint, daß in dem Arsen (bezw. Atoxyl) ein vollbefriedigendes Heilmittel für die Trypanosomiasis gefunden ist, darf die Forschung nach brauchbaren Mitteln noch nicht abgeschlossen werden. Praktisch verwertbare Resultate verspricht die systematische Durchprüfung bestimmter Farbstoffgruppen auf ihre trypanosomenschädigende Wirkung im Tierkörper. Verff. haben so an stark tsetseinfizierten Ratten die Di- und Triphenylmethanfarbstoffe geprüft; am wirksamsten zeigten sich Kristallviolett, Viktoriablau und Fuchsin. Erstere verminderten schnell die Trypanosomen im Blute und brachten sie, aber nur vorübergehend, zum Schwinden; auch wiederholte Injektionen konnten das tötliche Ende nur erheblich hinausschieben; sie erwiesen sich dem Trypanrot überlegen; vor dem Brillantgrün hatten sie keine Vorzüge. Dagegen übertraf das Fuchsin auch dieses; die Ueberlegenheit war aber nur eine quantitative, insofern es meist größere parasitenfreie Intervalle erzielen ließ und wegen geringer Nebenwirkungen längere Zeit angewandt werden konnte; eine Dauerheilung war auch mit Fuchsin nicht zu erzielen. Ein grundsätzlicher Unterschied zwischen Triphenylmethan- und Benzidinfarbstoffen scheint hierin zu liegen, da mit letzteren Dauerheilungen auch nach Ueberschwemmung des Körpers mit Trypanosomen wenigstens möglich waren (Mal de Caderas, Nagana). Im Gegensatz zum Versagen als Dauerheilmittel gegen die ausgebrochene Krankheit zeigte sich das Fuchsin als ein gutes Vorbeugungsmittel; hierin scheint es auch das Atoxyl zu übertreffen. Eine weitere Prüfung des Fuchsins gegen andere Trypanosomenarten als den verwendeten Stamm von Tr. Brucci und bei größeren Tieren erscheint angezeigt.

II. Krause: Theoretischer Teil.

K. gibt eine Uebersicht über die chemischen Konstitutionen der geprüften Farbstoffe. Neben dem Stickstoff in der Seitenkette scheint bei der Wirkung der Tri- und Diphenylmethanfarbstoffe vielleicht auch dem Methankohlenstoff ein Anteil zuzukommen.

4. Maas, Berlin: **Beitrag zur Prognose der multiplen Sklerose.**

M. berichtet über eine Patientin, bei der das Leiden vor achtzehn Jahren in typisch schubförmiger Weise eingesetzt hatte, die seit dreizehn Jahren fast völlig frei von nervösen Beschwerden ist und sich jetzt nahezu völliger Gesundheit erfreut. Noch bestehende Opticusatrophie, Babinskisches, Oppenheimsches und Strümpellsches Zeichen beweisen, daß eine Heilung im anatomischen Sinne nicht vorliegt; sicher aber ist das Leiden regressiv verlaufen, ob man annimmt, daß eine Remission ungewöhnlicher Dauer vorliegt, oder daß der krankhafte Prozeß völlig zum Stillstand gekommen ist.

5. Edens, Berlin: **Ueber primäre und sekundäre Tuberkulose des Menschen.** (Schluß aus Nr. 6.)

Verf. berichtet zunächst über eine Reihe neuer Fälle von primärer Darmtuberkulose. Er glaubt, daß, um eine richtige Anschauung von der primären Darmtuberkulose im Verhältnis zur primären Lungentuberkulose zu erhalten, nur die sicheren Fälle der einen Kategorie mit denen der anderen verglichen werden dürfen und daß dann das Urteil über die Seltenheit der intestinalen Infektion vorsichtiger sein wird.

Theoretisch von besonderem Interesse erscheinen E. die Fälle von sogenannter Doppelinfektion, die berufen sein dürften zur Aufklärung bedeutender Fragen auf dem Gebiete der allgemeinen Pathologie der Tuberkulose. Dem Satze, daß die Darmtuberkulose bei Erwachsenen anders verläuft als beim Kinde, widerspricht E. auf Grund seiner Erfahrungen; für Erwachsene und Kinder gilt nach ihm der Leitsatz Behrings: „Ob erwachsene Menschen, wenn bei ihnen zur Entstehung intestinaler Infektion günstige Bedingungen gegeben sind, primär Tuberkulose-Herderkrankung der Darmwand oder primär Herderkrankung der Mesenterialdrüsen und des Peritoneums erleiden, wird namentlich bedingt durch den Umstand, ob sie durch voraufgegangene Infektion tuberkulinüberempfindlich geworden sind oder nicht. Tuberkulinüberempfindlich gewordene Individuen neigen zur Herderkrankung an der Eintrittsstelle für das Tuberkulosevirus, wenn an dieser zum Tuberkelimport durch leukocytäre Wanderzellen Gelegenheit gegeben ist.“ Zum Beweise führt er einige Sektionsprotokolle von frischerer primärer Darmtuberkulose Erwachsener und von Kindern mit sekundärer Darmtuberkulose an. Dieselben beweisen für eine Tuberkulose des Darmes und seiner Drüsen, daß durch eine erste tuberkulöse Infektion des Körpers bestimmte Veränderungen im Organismus bei Kindern und Erwachsenen gesetzt werden im Sinne des Behringschen Leitsatzes. Eine Statistik von Lubarsch, die unter einer großen Zahl von Fällen primärer Infektion der Luftwege in zweifünftel derselben die Bronchialdrüsen als Sitz der Erkrankung aufweist, macht es wahrscheinlich, daß die Schleimhaut der Luftwege dasselbe Verhalten wie die Darmschleimhaut zeigt; beide erkranken in der Regel sekundär, und zwar verhalten sich Kinder und Erwachsene gegenüber primärer und sekundärer Infektion in dieser Beziehung gleich. Das Kind acquiriert nicht deshalb seine Drüsentuberkulose, weil seine Schleimhaut leichter durchgängig und die Lymphzirkulation reger ist, sondern weil es zum ersten Male infiziert wird; eine Superinfektion lokalisiert sich ebenso wie beim Erwachsenen an der Eintrittspforte. Tuberkulosefälle solcher Er-

wachsener, bei denen anzunehmen ist, daß sie zum ersten Male tuberkulös infiziert sind oder daß ihre durch eine frühzeitige Infektion gesetzte Immunität wieder völlig erloschen ist, zeigen eine bemerkenswerte Uebereinstimmung mit dem Verlaufe der Tuberkulose im Kindesalter. Einige Sektionsprotokolle von Tuberkulosefällen Erwachsener erläutern dies; sie zeigen das Bild genau wie bei primär infizierten Kindern durch die Drüsenerkrankung beherrscht.

Da nach vorstehendem die Lungenschwindsucht auf einer sekundären, additionellen Infektion beruht, so ist die Frage nach einer „Disposition zur Lungentuberkulose" nicht ohne weiteres zu stellen, weil damit eine für die Entstehung der Phthise unerläßliche Vorbedingung übersprungen würde. Vielmehr muß man zunächst zu der Frage gelangen, ob für das Eintreten der Vorbedingung, d. h. also einer ersten tuberkulösen Infektion eine besondere Disposition einzelner Individuen angenommen werden kann oder muß. Diese Frage ist zu bejahen; die Menge und Qualität des Infektionsstoffes und sonstige accidentelle Infektionsbedingungen genügen allein nicht zur Erklärung aller Verhältnisse; vielmehr muß angenommen werden, daß die verschiedenen Körper als solche verschieden empfänglich sind. Eine erste tuberkulöse Infektion kann im einen Falle zur Immunität, im anderen zur skrophulösen Diathese führen. Der Satz Behrings: „eine infantile tuberkulöse Infektion praedisponiert zur Lungentuberkulose" kann insofern gelten, als die Lungenschwindsucht als der Effekt einer sekundären Infektion anzusehen ist — in gleicher Weise praedisponiert sie auch zur Darmschleimhauttuberkulose, die das Analogon der Lungentuberkulose ist — und wenn das Wort Praedisposition mit der Reservatio mentalis des Inhalts: wenn nicht die erste Infektion das betreffende Individuum vor einer zweiten Infektion zu schützen vermag, gebraucht wird. Das letztere muß oft der Fall sein; die Unempfindlichkeit vieler Individuen gegen eine Ansteckung und die dementsprechend verhältnismäßig geringe Zahl fortschreitender Tuberkulosen berechtigen zu dem tröstlichen Schluß, daß die große Mehrzahl der Fälle durch die erste Infektion eine mehr oder weniger hohe Immunität erwirbt. In der Art aber, wie der Körper auf Grund seiner Eigenart, abgesehen von den accidentellen Infektionsmöglichkeiten und -bedingungen, auf die erste Infektion reagiert, ob er eine Immunität oder skrophulöse Diathese erwirbt, äußert sich seine Disposition zur Lungenschwindsucht.

6. Rülf, Bonn: **Das Problem des Krebses.** Mit Rücksicht auf die von B. Fischer experimentell erzeugten atypischen Epithelwucherungen.

Die von Fischer auf Grund seiner experimentell erzeugten atypischen Epithelwucherungen aufgestellte Theorie von der Bedeutung der hypothetischen Attraxine für die Entstehung der malignen Geschwülste unterzieht R. einer eingehenden Kritik und kommt zu dem Schluß, daß diesen Experimenten eine positive Bedeutung nicht zuzusprechen ist. Er führt dann weiter aus, daß die Veränderungen, welche der Krebszelle die Fähigkeit zum infiltrierenden Wachstum, zur Metastase und Transplantation verleihen, wie sie bei keiner normalen Körperzelle anzutreffen ist, in ihr selbst substantiiert gedacht werden müssen; eine Aenderung der normalen biologischen Eigenschaften der Körperzelle, die auf der spezifischen Konstitution des Eiweißes beruhen, ist für die Krebszelle anzunehmen. Verursacht wird dieselbe durch eine Aufhebung des physiologischen Zusammenhangs; das Wesen des letzteren ist in der gegenseitig differenzierenden Wirkung der Zellen zu suchen, wodurch die Spezifikation des Organeiweißes mit all ihren in der spezifischen Funktion der Organzellen zum Ausdruck kommenden Konsequenzen bedingt wird; fällt der Zusammenhang weg, so kommt es zu einer falschen Entwicklung, zu einer Verbildung des Eiweißes, zu einer chemischen Anaplasie. Eine Schwächung des physiologischen Zusammenhangs wird nun herbeigeführt durch das Alter, mit dem ein Nachlaß der Energie der Zelltätigkeit einhergeht, woraus ein Verlust der Differenzierung resultiert. Daraus ergibt sich, daß die eigentliche causa efficiens des Krebses das Alter ist. Wo die gekennzeichnete Alterswirkung sich besonders stark geltend macht, da wird die Disposition zur Krebserkrankung besonders ausgeprägt sein, zumal dann, wenn noch andere aetiologische Gelegenheitsursachen, Traumen, Entzündungen, eine stärkere lokale Veränderung herbeigeführt haben.

Wiener klinische Wochenschrift. Nr. 5. 1907.

1. v. Hevezel, Budapest: **Ueber eine bisher unbekannte Ursache des Fiebers bei Milzexstirpationen.**

Temperatursteigerungen nach Splenektomien wurden sowohl in unmittelbarem Anschluß an die Operation, als auch in späterem Verlaufe schon seit langem beobachtet. Früher legte man sie der mangelhaften Operationstechnik oder aber einer während der Operation zu stande gekommenen Infektion zur Last. Obwohl jetzt diese Fehlerquellen so gut wie ausgeschaltet werden können, hat man trotzdem bei einem sehr großen Krankenmateriale Temperatursteigerungen früher oder später nach der Operation, kürzer oder länger dauernd, gesehen. H. sieht als Ursache eine Fettgewebsnekrose an, die durch eine Verletzung des Pankreas bei der Milzexstirpation entstanden ist; denn die Milz liegt dem Schweif des Pankreas sehr nahe, und somit wird letzteres sehr leicht verletzt. Der Pankreassaft strömt dann in das umgebende Bauchfettgewebe und es beginnt ein von Bakterien unabhängiger aseptischer Entzündungsprozeß. Fast immer ist dabei eine Infiltration fühlbar. Die Temperaturen zeigen keinen kontinuierlichen Charakter, Remissionen treten ein, was durch periodische Resorption der fiebererregenden Stoffe erklärbar ist. H. hat zwei Fälle operiert ohne die geringste Verletzung des Pankreas, die Heilung erfolgte prompt, der Verlauf war vom vierten Tage an bei dem ersten Fall, bei dem zweiten gänzlich fieberlos. Es empfiehlt sich daher, bei der Operation keine Klammern anzuwenden, sondern jedes Gefäß unmittelbar vor seinem Austritt aus der Milz mittels zwei bis drei Seidenligaturen zu unterbinden.

2. Raubitschek: **Zur aetiologischen Diagnose des Typhus abdominalis.**

Für die Frühdiagnose, zumal beim Beginn einer Epidemie, ist die Gruber-Widalsche Reaktion nicht recht geeignet. Abgesehen davon, daß man bei einem positiven Ausfall anamnestisch in allen Fällen erst einen voraufgegangenen Typhus ausschließen muß, um die Agglutination für die bestehende Erkrankung diagnostisch verwerten zu dürfen, sind erst in der zweiten Woche der Krankheit die Agglutine im Serum der Patienten so zahlreich, daß sie die Diagnose ermöglichen. Ferner kann während des ganzen Krankheitsverlaufes die Reaktion negativ ausfallen. Ein großer Fortschritt war es, als Schottmüller gezeigt hat, daß die Züchtung der Typhuserreger aus dem Blut das verläßlichste Hilfsmittel zur Frühdiagnose bildet. Die Ansicht, daß der Typhus abdominalis eine streng auf den Darm lokalisierte Infektionskrankheit ist, hat man verlassen. Mit Hilfe einer Gallenanreicherung nach Conradi ist es möglich, in geringen Quantitäten Blut (0,1 bis 0,2 cm³) die Typhusbazillen nachzuweisen. Für das kulturelle Verfahren gibt es zwei Wege, das Ausstreichen des zerkleinerten Blutkuchens, in dem die Bazillen festgehalten sein sollen, auf Drigalski-Platten und die Bluteinsaat in Nährbouillon. Damit gelingt es, in den ersten Stadien Typhusbazillen nachzuweisen, während die Gruber-Widalsche Reaktion negativ bleibt und dem Typhusverdacht widerspricht. Das Auftreten der Gruber-Widalschen Reaktion steht in keinem Zusammenhange mit derjenigen der Typhusbazillen im Blute, da vielfach Gelegenheit geboten war, zu beobachten, daß trotz positiver Agglutinationsreaktion der kulturelle Nachweis mißlang, andrerseits bei völlig negativer Gruber-Widalscher Reaktion Typhusbazillen im Blute nachzuweisen waren. Der Eingriff der Venenpunktion selbst ist so gut wie völlig gefahrlos, technisch keineswegs schwierig und fast schmerzlos. Auf dem Wege der Blutbahn gelangen die Infektionskeime in die Sekrete und Exkrete Typhöser und geben so Gelegenheit zur Neuinfektion. Wann Typhusbazillen im Harn auftreten, darüber sind die Ansichten geteilt; noch mehr aber über die prozentuale Häufigkeit des Vorkommens im Urin. Der Grund dafür liegt in den Untersuchungsmethoden. Verf. benützt die sogenannte „mechanische Fällungsmethode" von Müller, die gute Resultate gibt und eine möglichst große Menge von Harn zur Untersuchung gestattet. Damit sind mehr Chancen gegeben für einen positiven Ausfall als durch bloße Kultivierung einer Oese Urins auf Agar. Die Ausscheidung von Typhusbazillen steht in keinem Zusammenhang mit dem Stadium der Krankheit oder Schwere des Falles. In den Fällen, wo die Blutuntersuchung unmöglich ist, kann die Untersuchung des Harnes immer noch zum Ziele führen.



3. Selig, Franzensbad: **Der Einfluß schwerer Muskelarbeit auf Herz und Nieren bei Ringkämpfern.**

Von vielen Forschern wird die Möglichkeit zugegeben, daß eine Dilatation des Herzens nach schwerer körperlicher Anstrengung eintreten kann; in einzelnen Fällen wurde auch die klinische Diagnose der akuten Dilatation durch die Obduktion bestätigt. Von anderer Seite wird neuerdings die Existenz der akuten Herzdilatation des gesunden Herzens auf Grund orthodiagraphischer Untersuchungen in Zweifel gezogen. S. hat nun zweiundzwanzig Berufsringer genau untersucht. Alle waren durch das Verlangen nach der Weltmeisterschaft und dem Siegespreis zu den denkbar größten Muskelleistungen angestachelt. Alle boten nach dem Ringen das Bild schwerer Erschöpfung; der Puls war überall sehr frequent, im Mittel um 48 Schläge erhöht, der größte Pulszuwachs 110. Ein proportionales Verhältnis zwischen Dauer der Körperarbeit und Pulszunahme war nicht festzustellen. Die höchste Pulsfrequenz betrug 187, überschritt also die gewöhnliche Grenze der Leistungsfähigkeit des Herzens, die ungefähr bei 170 liegt. Der Puls wurde meist kleiner, öfters fadenförmig, Arhytmie war selten und nur unbedeutend. Der Blutdruck sank im Mittel um 26 mm Hg. (Gärtner). Ein Ringer zeigte nach einem Kampfe von fünfzehn Minuten einen Blutdruck von 40 mm bei einem Pulse von 187, während vorher der Blutdruck 110 mm und der Puls 90 betrug. Nur zwei Ringer zeigten eine Blutdruckerhöhung. Die Respiration war stets beschleunigt, im Mittel um 12, die höchste Respirationsziffer betrug 60. Für die Beurteilung der Herzgröße standen nur die Perkussion der Herzdämpfung und die Palpation des Herzspitzenstoßes zur Verfügung. Die Lage aber der Herzspitze ist abhängig vom Zwerchfellstand, ein Hochstand bewirkt eine Verschiebung des Spitzenstoßes nach außen. Ein Umstand, der ferner berücksichtigt werden muß, ist die größere Diastole infolge lebhafterer Pulsation während der Anstrengung. Viermal wurde nun eine Verlagerung des Spitzenstoßes bis zwei und drei Querfinger außerhalb der Manullarlinie festgestellt und eine Verbreiterung der Herzdämpfung gleichfalls. Subjektive Beschwerden zeigten sich aber nicht. Bereits nach fünf Minuten waren sämtliche beschriebenen Erscheinungen wieder zurückgegangen, so daß Verf. sich auch gegen eine Dilatation aussprechen möchte. Andere Forscher haben ebenfalls mit Hilfe der Perkussion bei Ringern eine vergrößerte Herzdämpfung gefunden; orthodiagraphisch aber konnten sie diese selbst in den schwersten Fällen nicht nachweisen.

Der Harn war bei allen Ringern vor dem Wettkampf eiweißfrei, nachher in 69% der Fälle eiweißhaltig bis zu 1‰ (Eßbach). Die Eiweißmenge war nicht abhängig von der geleisteten Muskelarbeit. Bei 63% der untersuchten Fälle fanden sich im Harnsedimente neben Epithelien der Harnwege und weißen und roten Blutkörperchen auch noch zahlreiche hyaline und granulierte Zylinder, so daß das Bild einer akuten haemorrhagischen Nephritis sich darbot. Nach Verlauf von vierundzwanzig Stunden war die Albuminurie wieder meist vollständig verschwunden, wenn auch ganz vereinzelt sich noch Spuren von Eiweiß nach dieser Zeit nachweisen ließen. Ob hier eine physiologische oder pathologische Albuminurie vorliegt, ist schwer zu entscheiden. Erklären läßt sie sich mit der Annahme, daß es sich hier um eine Folge einer venösen Stauung in den Nieren handelt. Eine weitere Erklärung war die einer toxischen Albuminurie infolge vermehrter Stoffwechselprodukte, wie Oxalsäure, Harnsäure, Alloxurbasen usw., durch die Muskelarbeit. Ein anderer Forscher glaubt, daß der größere Salzgehalt des konzentrierten Urins schuld sei an der reichlichen Transsudation von Eiweiß, nimmt aber eher an, daß es sich bei dem stärkeren Blutzufluß während der Anstrengung lediglich um ein stärkeres Abstoßen von Nierenepithelien handle, ähnlich wie nach einem Dampfbad sich die Haut in größeren Fetzen abstößt. Die Befürchtung liegt nahe, daß derartig fortgesetzte Insultate des Herzens und der Niere endlich zu dauernden Schädigungen führen können.

4. Mayrhofer, Innsbruck: **Die Heilbarkeit äußerer Zahnfisteln ohne Extraktion des veranlassenden Zahnes.**

Für die Behandlung der Zahnfleischfisteln stehen zwei Methoden zu Gebote, die medikamentöse mit Anwendung desinfizierender Lösungen und die chirurgische. Unter lokaler Anaesthesie wird nach Desinfektion und Füllung des Wurzelkanals die Schleimhaut über dem Apex gespalten, die Alveole trepaniert, die Wurzelspitze amputiert und nach Auskratzung der Granulationen die Knochenhöhle durch Tamponade zur Ausheilung gebracht oder besser mit Jodoformknochenplombe gefüllt und der Schleimhautschnitt durch Naht wieder vereinigt. Bei äußeren Zahnfisteln war bisher erstes und unbedingtes Erfordernis der Heilung die sofortige Extraktion des schuldigen Zahnes. In vielen Fällen ist es nun aber wünschenswert, den Zahn zu erhalten, z. B. bei intakter Krone oder wenn die Wurzel für einen Stiftzahn erwünscht wäre. Kinnfisteln lassen sich manchmal mit medikamentöser Behandlung zur Ausheilung bringen. In der Regel aber ist chirurgisches Eingreifen erforderlich. M. hat nun eine Methode angewandt, die das Leiden beseitigt mit Erhaltung des Zahnes, er reseziert die Wurzel, exkochleiert die Fistel, tamponiert oder schließt die Wunde durch Naht nach Einsetzen einer Jodoformknochenplombe. Er beschreibt vier auf diese Art geheilte äußere Zahnfisteln.

Praktitscheski Wratsch. Nr. 51. 1906.

Dr. B. K. Finkelstein: **Beitrag zur Kasuistik der kombinierten Schußverletzungen des Darmes und der Harnblase.**

Verfasser berichtet über zwei interessante Fälle aus Batum — einer Stadt, wo recht häufig geschossen wird, und wo Schußverletzungen des Abdomens in einem wirklich auffallenden Verhältnis (1 : 4) der Gesamtfrequenz des Krankenhauses vorkommen.

Im ersten Falle handelte es sich um einen 32jährigen Patienten, dem 1½ Stunden vor der Aufnahme in das Krankenhaus eine Schußverletzung des Abdomens mittels Revolver beigebracht worden war. Die Besichtigung ergab: Eingangsöffnung fünf Querfingerbreiten unterhalb des Nabels am Rande des rechten M. rektus abdominis. Ausgangsöffnung in der linken Glutealfalte. Durch den eingeführten Katheter entleerte sich aus der Blase reines Blut. Sofort Laparotomie in Morphium-Chloroformnarkose. Inzision in der Mittellinie vom Nabel bis zur Symphyse. In der Bauchhöhle flüssiges Blut in bedeutender Quantität. Im Ileum fand man in einer Entfernung von 40 cm von der Valvula Bauhini drei Oeffnungen von je 1 cm im Durchschnitt; die Oeffnungen lagen in einer Entfernung von 5—6 cm voneinander, und zwar an dem der Insertion des Mesenteriums entgegengesetzten Rande. Darm leer; aus den Oeffnungen tritt kein Blut hervor, weil sie durch die vorgestülpte Schleimhaut geschlossen sind. Naht nach Czerny-Lembert. Auf dem hervorgeholten Blinddarm fand man gleichfalls zwei Oeffnungen, die in derselben Weise geschlossen wurden. Hierauf wurde der Patient in Trendelenburg'sche Lage zur Besichtigung der Harnblase gebracht. Auf der hinteren lateralen Wand fand man rechts von der Mittelllinie eine runde Oeffnung. Der Patient überstand die Operation gut. Ueblicher Abschluß der Operation. Katheter à demeure. Aseptischer Verband. Allgemeinzustand gut. Im Harn bedeutende Beimischung von Blut. In der Folgezeit ging durch den Mastdarm ein Teil des Harns zugleich mit Winden ab. Die digitale Untersuchung der Mastdarmhöhle ergab 6 cm oberhalb des Afters eine Oeffnung, welche nach der Harnblase führte. Bald entleerte sich der gesamte Harn durch den Mastdarm. Hochgradige zystitische Erscheinungen. Am 14. Tage nach der ersten Operation wurde die Sektio externa zum Zwecke der Drainage der Harnblase ausgeführt und der Mastdarm geschlossen. Ununterbrochen Katheter à demeure. Tägliche Ausspülungen der Blase. Die Wunde wurde von guten Granulationen ausgefüllt. Reichliche Absonderung aus der Wunde. Bald zeigte sich auf derselben diphtherischer Belag. Der Patient fiebert. Harn trübe trotz der Ausspülungen. Temperatur ab und zu gesteigert. In der Richtung zum Blinddarm befindet sich ein hartnäckig nicht verheilender und stark eiternder Fistelgang. Täglich Verbandwechsel und Wannenbäder. Perinealwunde verheilt. Infolge der häufigen Katheterisationen bildete sich eine Verdickung dem rechten Samenstrange entlang. Vollständige Verheilung der Fistel erst sieben Monate nach der Operation. Hierauf Entlassung mit schwach ausgesprochenem Blasenkatarrh. In diesem Falle dürfte die Kugel beide Wände des Binddarmes, an drei Stellen das Ileum durchschossen, durch die Bauchhöhle in die Harnblase gelangt und dann extraperitoneal durch die hintere Blasenwand und den Mastdarm in die Glutealmuskeln eingedrungen und bis zur linken Glutealfalte vorgedrungen sein.

Im zweiten Falle handelte es sich gleichfalls um eine Schußverletzung des Abdomens mittels Revolver, jedoch mit dem Unterschiede, daß der Patient hier erst 36 Stunden nach der Verletzung in das Krankenhaus eingeliefert wurde. Im Harn Blut. Deutliche Erscheinungen von diffuser Peritonitis. Eingangsöffnung drei Querfingerbreiten oberhalb der Symphyse an der Mittellinie. Operation Chloroformnarkose. Schnitt durch die Wunde. Aus der Bauchhöhle entleerte sich zirka drei Glas voll übelriechender Flüssigkeit. Darmschlingen miteinander verlötet und mit fibrinös-eitrigem Belag bedeckt. Auf der Dünndarmschlinge, die der Wunde am nächsten lag, fand man zwei nahe bei einanderliegende Wunden. Auf der Blasenspitze fand man eine Oeffnung. Naht. Tamponade. Wunde bleibt offen. Salzlösung subkutan. Aseptischer Verband. Nach 24 Stunden Tod an Herzlähmung. Keine Sektion. Infolgedessen blieben Kugelgang und Kugellage unaufgeklärt.

Die beiden Fälle bestätigen die allgemeine These, daß Schußverletzungen des Abdomens, sobald es die äußeren Verhältnisse gestatten, sofort operiert werden müssen.

Aerztliche Rundschau. Nr. 3. 1907.

1. Schlegel, Tübingen: **Das homöopathische Prinzip in der allgemeinen Therapie und seine Vertretung durch Paracelsus.**

Erläuterung der Prinzipien der Homöopathie und ihrer Stellung zur Allopathie und Isopathie. Verweisung auf Paracelsus als Vertreter homöopathischer Prinzipien.

2. Gotthardt, Zeil: **Späte Wiederbelebung einer Ertrunkenen.**

Die Wiederbelebungsversuche wurden, bald nachdem die Person aus dem Wasser gezogen war, von einem im Samariterdienst Ausgebildeten aufgenommen, dann unter G.s Leitung zweiundeinhalb Stunden lang energisch fortgesetzt. Erst nach dieser Zeit regulierte sich die Atmung, indem gleichzeitig Extremitätenkrämpfe einsetzten, die fast einundeinhalb Stunde bei noch geschwundenem Bewußtsein anhielten. Trotzdem die Person total erstarrt und blau im Gesicht aus dem kalten Wasser gezogen war, überstand sie den Unfall ohne jede Folgeerscheinung.

Nr. 4. 1907.

1. Härtling, Heldrungen: **Ueber die Bromäthernarkose.**

H. empfiehlt für die Bromäthernarkose die Tropfmethode. In den Scheitel der Chloroformmaske (Schimmelbusch) wird innen ein Wattebausch eingeklemmt, die Maske trocken aufgelegt, dann aufgeträufelt und nach einigen Sekunden zu einer möglichst schnellen Tropfenfolge geschritten; nach zwei bis drei Minuten ist das Toleranzstadium erreicht. Der richtige Zeitpunkt zum Operieren ist nicht immer leicht zu bestimmen; kurz vor Eintritt der Bewußtlosigkeit stellen sich meist Bewegungen der Gliedmaßen ein; Unregelmäßigkeit der Atmung und des Pulses sind nicht selten; das sicherste Zeichen der eingetretenen Betäubung ist das Einsetzen einer dem natürlichen Schlaf ähnlichen Atmung; die Reflexe sollen erhalten bleiben. Da die Patienten auch bei völliger Anaesthesie öfters noch schreien, empfiehlt es sich bei der Bromäthernarkose die Angehörigen fernzuhalten, und wegen der oft heftigen Widerstandsbewegungen ist gute Assistenz notwendig. H. hat meist 5—15 ccm Bromäther bei seinen Narkosen gebraucht, und unter tausend Fällen nie mehr als 25 ccm. Für den Praktiker erscheint die Bromäthernarkose besonders wertvoll, da sie auch in der Sprechstunde für kleinere Eingriffe angewandt werden kann und man meist zehn Minuten nach der Operation die Operierten unbedenklich entlassen kann.

2. Spitzer, Graz: **Alboferrin.** Beitrag zur modernen Eisentherapie.

Vermischtes.

Berlin. Die nächsten unentgeltlichen Fortbildungskurse für Aerzte, welche das „Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen" in Berlin veranstaltet, beginnen im Mai. Es wirken mit die Herren: Prof. Dr. Benda (1. Mikroskopische Technik und Reproduktionsmethoden, 2. das Mikroskop und die mikroskopischen Untersuchungsmethoden mit Einschluß der Projektionstechnik); San.-Rat Dr. Bröse (Gynäkologische praktische Uebungen in der Poliklinik nebst Ausführung kleiner operativer Eingriffe); Dr. Eschbaum (Klinische Chemie); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Goldscheider (Innere Medicin); Prof. Dr. Grawitz (Haematologie in der ärztlichen Praxis); Dr. Glücksmann (Magen- und Darmleiden); Dr. Heilbrun (Einführung in die Elektrotechnik im Hinblick auf die ärztliche Praxis); Priv.-Doz. Dr. Heller (Hautleiden und Syphilis); Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hirschberg (Augenleiden); Prof. Dr. Koblanck (Frauenleiden und Geburtshilfe); Oberarzt Dr. Langstein (Kinderkrankheiten); Dr. Levy-Dorn (Röntgenologie); Prof. Dr. Löb (Physikalische Chemie für Aerzte); Dr. Lohnstein (Harnleiden und Gonorrhoe); Prof. Dr. George Meyer (Krankenpflege); Prof. Dr. W. Nagel (Farbenblindheit, ihre Erkennung und praktische Bedeutung); Dr. Nagelschmidt (Lichttherapie); Direktor Dr. Neumann (Chirurgie, Uebungen in den für den praktischen Arzt wichtigen chirurgischen Methoden); Dr. Peyser (Ohren- und Nasenleiden); Dr. Töpfer (Bakteriologie). — Meldungen vom 4. April an im Bureau des Kaiserin Friedrich-Hauses für das ärztliche Fortbildungswesen (Luisenplatz 2—4) bei Herrn O. Zürtz.

Berlin. Entgegen den vereinzelt aufgetauchten Gerüchten, daß der VI. internationale Dermatologen-Kongreß auf das nächste Jahr verschoben werden soll, können wir mit Bestimmtheit versichern, daß der Kongreß vom 9.—14. September dieses Jahres in New-York abgehalten werden wird. Da die Ausfahrt in die belebteste Reisezeit fällt, so ist für die Teilnehmer bei den internationalen Dampferlinien eine Ermäßigung nicht erzielt worden. Dagegen dürfte ihnen zum tarifmäßigen Minimal-Fahrpreis I. Klasse ein Platz in höherer Preislage reserviert werden. Bei der Rückkehr werden die üblichen 10% vom Rückfahrpreise in Abzug gebracht. In Amerika selbst können verschiedene gemeinschaftliche Touren usw. unternommen werden. Für Wohnung nach speziellem Wunsch sorgt das Komitee und auch das Reisebureau. Die Hinreise der Teilnehmer soll gemeinschaftlich erfolgen und zwar mit einem Dampfer des Norddeutschen Lloyd (27. August) oder der Hamburg-Amerika-Linie (22. August). Behufs Reservierung der Kabinen ist daher schleunigste Meldung beim Sekretär für Deutschland, Sanitätsrat Dr. O. Rosenthal in Berlin, der auch sonst zu Auskünften bereit ist, dringend wünschenswert. Dem Reise-Bureau Thos. Cook & Son in Hamburg sollen die gesamten Vorbereitungen übertragen werden.

Berlin. Wie wir vor kurzer Zeit mitgeteilt, ist eine Zentralstelle für das Rettungswesen an Binnen- und Küstengewässern begründet worden, welche die Förderung der Einrichtung zur Rettung Ertrinkender an Binnen- und Küstengewässern sich zur Aufgabe gestellt hat. Hierbei handelt es sich nicht so um die Rettung Schiffbrüchiger, welche an den deutschen Seeküsten die Deutsche Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger in vorbildlicher Weise ausgestaltet hat, als vielmehr in erster Linie um die Rettung Ertrinkender an und auf Binnen- und Küstengewässern, d. h. Binnenseen, Flußläufen, Kanälen, ferner in Badeanstalten, Seebädern, sowie zur Rettung aus Eisgefahr und um Herstellung von Einrichtungen zur Hilfe bei Ueberschwemmungen (Wasserwehren). Hierbei ist besonders wertvoll, daß die Zentralstelle bei ihren Arbeiten sich der reichen Erfahrung der Deutschen Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger bedienen kann, deren Generalsekretär, Herr Syndikus Rösing, von der Gesellschaft zum Mitglied der Zentralstelle delegiert ist.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Der Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen.



R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P Meißner

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 8. April 1907. Nr. 14.

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne vorherige Genehmigung nicht gestattet. — Nachdruck der Rundschau und der Mitteilungen ist nur mit Quellenangabe gestattet.

Originalien.

Ueber den innerlichen Gebrauch der Seife als Arzneimittel.

Von Prof. **H. Senator** (Berlin).

In früheren Zeiten ist die Seife vielfach als innerliches Arzneimittel in Gebrauch gewesen und zwar einmal wegen ihrer alkalischen Reaktion und leichten Zerlegbarkeit durch Säuren als Antacidum und als Gegenmittel bei Vergiftung mit Mineralsäuren und zweitens auf Grund von allerhand vagen Vorstellungen über ihre auflösenden Wirkungen als Mittel gegen sog. „Unterleibsstockungen", Anschoppungen von Leber und Milz, chronischen Ikterus, Gallensteinkrankheit, Gicht, Harnsteine, Hämorrhoiden, Fettsucht usw.

Was die erstere Wirkung betrifft, die Säurebindung, so besitzen wir jetzt unzweifelhaft ebensogute, oder vielmehr noch bessere und angenehmere Mittel, so daß höchstens ein Mal bei einer Säurevergiftung im Notfall, wenn augenblicklich kein anderes Antacidum, wie Kreide, Soda zur Hand ist, Seife in warmem Wasser gelöst, allenfalls auch geschabt und gepulvert zur Anwendung kommen wird.

Die zweite Indikation beruhte auf ganz unklaren, einer wissenschaftlichen Begründung wohl ganz entbehrenden Vorstellungen und auch rein empirisch dürfte sich die Seife als Heilmittel bei jenen Krankheiten wenig bewährt und einer strengen Kritik um so weniger Stand gehalten haben, als mit der fortschreitenden Diagnostik man dahin kam, die meisten jener Krankheiten als anatomisch und funktionell verschiedene Zustände zu erkennen, bei denen ein Einfluß der Seife nicht gut anzunehmen war.

So ist denn allmählich die Seife als innerliches Arzneimittel außer Gebrauch gekommen, so sehr, daß in mancher neueren Arzneimittellehre davon überhaupt keine Rede mehr ist, ja daß sogar auch der sehr zweckmäßige, allerdings nicht in dem gewöhnlichen Sinne, „innerliche" Gebrauch der Seife als Stuhlzäpfchen, welches mit Recht beim Publikum viel benutzt wird, nicht erwähnt wird.

Aeußerlich wird ja die Seife, insbesondere die Kali-(Schmier-)Seife als Heilmittel noch gebraucht, jetzt sogar mehr als früher, namentlich seitdem durch Kappesser und dann durch mich auf ihre kräftige resorbierende Wirkung bei chronischen Entzündungen, besonders skrophulösen und tuberkulösen Prozessen, hingewiesen worden ist, aber auch für den innerlichen Gebrauch dürfte sie in Form der reinen Natronseife, als „Sapo medicatus", das Schicksal vollständiger Vergessenheit nicht ganz verdienen. Und zwar wegen der Rolle, welche die Fettsäuren, der spezifische Bestandteil der Seife im Haushalt des tierischen Organismus, insbesondere für die Ernährung und Verdauung spielen.

Denn wir wissen, was zuerst Radziejewski nachgewiesen hat, daß die Seifen eben durch ihren Gehalt an Fettsäuren das Fett der Nahrung vollständig ersetzen können. Sie werden im Verdauungskanal in ihre beiden Bestandteile zerlegt und die freigewordenen Fettsäuren verbinden sich dann auf dem Wege vom Darm bis in das Blut mit Glyzerin zu Fett.

Indessen kommt für gewöhnliche Verhältnisse den Fettsäuren und der Seife in dieser Beziehung, d. h. als Nährstoff keine große Bedeutung zu, teils, weil die Fette in angenehmerer Form dem Körper zugeführt werden können, teils weil die Mengen von Fettsäuren, welche dem Körper in verseifter Form ohne Nachteil sich einverleiben lassen, verhältnismäßig gering sind, da größere Mengen reizend, ja sogar leicht ätzend auf die Schleimhaut des Verdauungsapparates wirken und allerhand Beschwerden veranlassen. Wohl aber ist die Einführung der Seife da berechtigt, wo die normaler Weise im Darm stattfindende Spaltung der Fette vermindert, oder gar ganz aufgehoben ist, wie es namentlich bei Erkrankungen des Pankreas, aber auch bei Leber- und Darmaffektionen, zu beobachten ist.

Bekanntlich liegt bei Diabetes mellitus nicht selten eine mehr oder weniger ausgebreitete Erkrankung des Pankreas vor und in Folge davon eine mangelhafte Spaltung, Emulgierung und Ausnutzung des Fettes. Auf Grund dessen habe ich schon im Jahre 1875*) den Gebrauch der Seife in Form von Pillen aus Sapo medicatus empfohlen. Aus denselben Gründen wären solche Pillen auch bei anderen Zuständen mit mangelhafter Fettspaltung und Emulgierung, bei allen Zuständen von Steatorrhoe am Platze. Sehr groß wird ja hierbei der Vorteil für die Ernährung nicht sein, denn mehr als 2 oder allerhöchstens 3 Gramm Seife täglich wird sich nicht gut nehmen lassen, aber als kleine Beihülfe zur Ernährung neben anderen Mitteln, welche den Ausfall der Funktion ersetzen sollen (wie z. B. Pankreon), könnte man sie in Ermangelung besserer immer benutzen.

Wichtiger ist wohl eine andere Wirkung der Fettsäuren, nämlich ihre gallentreibende Wirkung, welche F. Blum**) insbesondere für die Oelsäure nachgewiesen hat. Er hat deshalb ölsaures Natron, welches unter dem Namen „Eunatrol" in den Handel kommt, gegen Gallensteinkrankheit empfohlen. Dasselbe bildet den wirksamen Bestandteil der von W. N. Clemm***) gegen dieselbe Krankheit empfohlenen und „Cholelysin" genannten Mischung. Beiden Mitteln werden günstige Wirkungen nachgesagt, doch sind auch Mißerfolge genug beobachtet, wie kaum anders zu erwarten ist, da bei den verschiedenen anatomischen und chemischen Verhältnissen der

---

*) H. Senator, Diabetes mellitus in v. Ziemsen's Handb. der spec. Path. XIII. I. Aufl. S. 248. II. Aufl. S. 548.

**) F. Blum, Verhdl. des Kongresses f. innere Med., Wiesbaden 1896, S. 500 und Centralbl. f. ärztl. Therapie 1897, 7.

***) Clemm, Therapeut. Monatshefte 1902.

Gallensteinkrankheit von einem unfehlbaren, unter allen Umständen wirksamen Mittel keine Rede sein kann.

Ich selbst habe vom Eunatrol wie vom Cholelysin sehr selten Gebrauch gemacht, vielmehr gleich nach der ersten Empfehlung des ölsauren Natrons durch Blum, also seit 10 Jahren, zu dem gleichen Zweck mich des „Sapo medicatus“ bedient, dessen Verordnung mir von früher her bei Diabetes mellitus, wie ich oben angab, sehr vertraut war.

Sapo medicatus ist ja in der Tat eine neutral reagierende Verbindung von Natron mit Oelsäure und kleineren Mengen von Margarinsäure, welcher wohl dieselbe Wirkung, wie jener Säure zukommen wird. Ich habe die Seife und Pillen wie folgt verordnet: Sapo medicat. 10-12-15,0 Mucilg. Mimos q. s. ut f. Pil. 100 consp. Pulv. Cort. Cinnamoni d. s. 3 Mal täglich drei Pillen. Vertragen wurden diese Pillen, wenn sie nicht gerade auf nüchternen Magen, sondern kurz nach den Mahlzeiten genommen werden, fast ausnahmslos gut und in ihrer Wirkung scheinen sie mir hinter denjenigen anderer gegen die Gallensteinkrankheit empfohlener innerlicher Mittel nicht zurückzustehen, d. h. in manchen Fällen trat die gewünschte Wirkung ein, in anderen nicht. Statistische Vergleiche zwischen den Erfolgen der verschiedenen gegen die Krankheit empfohlenen Mittel anzustellen, halte ich für sehr mißlich, weil die Krankheit sehr verschieden verläuft und nicht selten auch ohne eingreifende Behandlung zur Besserung oder Heilung kommt und dann, weil doch neben jedem besonderen Arzneimittel gewöhnlich noch diätetische Vorschriften gegeben werden und oft noch anderweitige Maßnahmen, wie z. B. Brunnenkuren zur Anwendung kommen, was alles selbstverständlich die Beurteilung des Wertes jedes einzelnen Mittels erschwert.

Die Wirkung der innerlich gegebenen Seife scheint mir wesentlich unterstützt zu werden durch hohe Eingießungen von Oel und Seifenwasser in den Darm. Ich lasse in der Regel täglich ein Mal gleiche Mengen von beiden (also jedem 1/4 bis 1/2 Liter) lauwarm nach der Stuhlentleerung eingießen und möglichst lange zurückhalten. Da nach F. Blum auch bei dieser (rectalen) Einverleibung eine Spaltung des Oels in Fettsäure und Glyzerin erfolgen kann, so ist eine Unterstützung der innerlich gereichten Fettsäuren wohl denkbar. Auch die nicht selten erfolgende stärkere Peristaltik ist ja nicht unerwünscht.

Ich möchte zum Schluß nicht unerwähnt lassen, daß nach den alten Vorschriften zum Gebrauch des Sapo medicatus bei Gallensteinen, chronischer Gelbsucht und Leberschwellung das Mittel häufig zusammen mit Galle (Fel tauri) oder mit Terpentinöl verordnet wurde. Der Galle bezw. den Gallensäuren schreibt man bekanntlich ebenfalls eine cholagoge Wirkung zu und das Terpentinöl ist ein Bestandteil der noch heute bei Gallensteinkrankheit in Ruf stehenden und vielgebrauchten Durande'schen Tropfen.

Zur Frühdiagnose der Tuberculosis pulmonum.*)

Von Dr. med. **A. Dünges,**

leitendem Arzt der Süddeutschen Heilanstalt für Lungenkranke in Schömberg.

Die Lungentuberkulose beginnt, wie anzunehmen ist, am häufigsten in der rechten Lungenspitze (Aufrecht, Kornet, Meissen u. a.). Von hier breitet sich die Krankheit entweder auf derselben Seite weiter aus, oder sie kommt rechts zu einem gewissen Stillstand und greift, falls sie nicht überhaupt sistiert, auf die linke Spitze über. Ziemlich häufig und gewissermaßen typisch scheint mir eine Verlaufsart zu sein, bei welcher die rechtsseitige Erkrankung in der Form der fibrösen Schrumpfung nur langsam vorwärts schreitet und schließlich zur Ruhe kommt, während die linksseitige einen bösartigeren Charakter annimmt und nicht bloß schneller und weiter vordringt, sondern auch erheblichere katarrhalische Erscheinungen darbietet und mehr zum Zerfall neigt. Es scheint, als ob die Infektion des linken Oberlappens gleich energischer einsetzte, was entweder darauf zurückzuführen wäre, daß ein im ganzen bereits schwächerer Organismus befallen wird oder auf eine in irgendwelchen morphologischen Verhältnissen sich gründende Verschiedenheit der Disposition. Daß der rechten und der linken Thoraxhälfte und ihrem Inhalte schon im anatomischen Bau nicht die gleiche Dignität zukommt, ist eine Tatsache, welche besondere Beachtung verdient. Vollends die rechte und linke Lungenspitze dürfen nicht einander gleichgesetzt werden, indem nach Aeby der obere Lappen der linken Lunge mit dem mittleren Lappen der rechten Lunge gleichwertig ist, der rechte Oberlappen dagegen ein selbständiges, der linken Lunge abgehendes Element darstellt.**) Für die Frühdiagnose sind diese Verhältnisse von Wichtigkeit, weil die geringfügigere rechtsseitige Erkrankung leicht übersehen werden kann. Eine andere nicht seltene Art des Verlaufs ist die, daß sich an eine Spitzenerkrankung eine trockene Pleuritis im Unterlappen derselben oder der entgegengesetzten Seite

*) Vortrag, gehalten auf der VI. ärztlichen Studienreise.

**) Nach Hyrtl, Lehrbuch der Anatomie, XIII. Aufl.

Feuilleton.

Zur Bekämpfung des Kurpfuschertums.

(Fortsetzung.)

Was aber besagt diese Erkenntnis anders, als dass an einzelnen, sogar an vielen mit aller medicinisch-wissenschaftlichen Sanktion versehenen Anstalten, dass von einzelnen sogar von vielen mit unbezweifelbarer Approbation versehenen Aerzten (und hier schliesse ich mich durchaus mit ein) zwar nicht aus bösem Willen, aber aus vielen anderen vielleicht unüberwindbaren Ursachen und Gründen die klaren Erkenntnisse moderner Hygiene garnicht oder in nur äusserst unvollkommener Weise angewendet werden, statt dessen aber — weder in ihrer Wirkung noch in ihren möglichen Schädigungen völlig erkannte Surrogate! Das aber bedeutet wiederum garnichts anderes, als dass unter strengeren Gesichtspunkten eine ganze Reihe privat- und anstalts-ärztlicher Behandlungen — da sie die bekannten Bedingungen der Heilung gar nicht erfüllen, nicht als Kuren, sondern als Kurpfuschereien gewertet werden müssten.

Es ist ein seltsames aber nicht ganz seltenes Ereignis, dass sich grosse theoretische Kenntnis, hervorragende Beherrschung aller diagnostischen Hilfsmittel mit therapeutischer Sterilität oder Hilflosigkeit paart. Fünf Sechstel pathologische Anatomie, Aetiologie, Symptomatologie und Diagnostik, kaum ein Sechstel Therapie — das ist die Topographie der meisten medicinischen Lehrbücher, des klinischen Unterrichts. Schade — denn der Kranke will vor Allem geheilt, nicht bloss darüber belehrt werden, was und wo es ihm fehlt; schade — denn die vornehmste Aufgabe des Arztes, ja der erfüllende Zweck seines Daseins sollte doch gerade das Heilen sein, diese Kunst oder dieses Können, zu dem das Wissen nur die notwendige Grundlage darstellt. Wir aber, wenn wir in die Praxis treten (so stand es vor Einführung des praktischen Jahres wenigstens bei sehr vielen, die nicht Zeit oder Gelegenheit zur Assistententätigkeit fanden) wissen und kennen zwar Allerlei, aber das heilende Können kommt, wenn es überhaupt kommt, erst in der Praxis! Wir werden „Aerzte“ d. h. wissenschaftliche Könner der Heilkunst erst auf dem Umwege über — die Kurpfuscherei! Denn vor erlangter Uebung kann es sich bei vielen unserer Maßnahmen immer nur um ein Tasten und Probieren handeln. Wir sind, wenn nicht besondere, doch mehr den Ausnahmen zuzurechnende Umstände (Assistentur) uns begünstigt haben, in praktischer Chirurgie dem Heilgehilfen, in praktischer Geburtshilfe (wenn besonders an die Verhältnisse der kleinen Universitätstädte gedacht wird) der Hebamme weit unterlegen.*)

*) Anmerkung. Hier sei eine kurze Abschweifung gestattet! Mit wieviel für die spätere praktische Tätigkeit völlig überflüssigem Ballast werden unsere klinischen Semester belastet, während andere viel wichtigere



anschließt, und so ließen sich noch weitere Krankheitstypen aufstellen. Viel seltener als die Oberlappen werden beim erwachsenen Menschen der rechte Mittel- und die Unterlappen befallen, aber dann auch in der Regel von vornherein mit größerer In- und Extensität.

Außer der frühzeitigen Erkennung der Krankheit überhaupt und ihres Sitzes ist, da wir es mit einem Leiden zu tun haben, welches vielfach zu Stillständen und Vernarbungen gelangt, die gelegentlich weiteren Nachschüben weichen, auch die Feststellung einer neuen Etappe von großer Bedeutung.

Ferner gilt es in jedem Falle von vornherein, soweit als möglich, den Charakter der Krankheit zu erkennen, ihre etwaige Tendenz zu Progression und Zerfall oder zu Schrumpfung und Heilung ausfindig zu machen und eine, wenn auch mit Defekt, erfolgte Verheilung zu konstatieren.

Daher ist der Beobachtung der Krankheitserscheinungen, wie sie sich entwickeln und wandeln, eine große Sorgfalt zu widmen. Die subjektiven Empfindungen des Kranken: Mattigkeit, leichtes Ermüden, Kurzatmigkeit, Lufthunger, das Gefühl, nicht recht durchatmen zu können, Räusperreiz, Stechen oder unbestimmtere Sensationen in Brust, Rücken und Seite, Herzklopfen u. a sind ebensowohl zu würdigen, wie die äußerlich erkennbaren Merkmale: Anaemie, Gastricismus, Husten, Auswurf, Tachykardie, Labilität der Herzaktion, Albuminurie, Abmagerung, abnorme Schweiße, Haemoptoe, Fieber. Dieselben Erscheinungen, welche die Krankheit überhaupt einzuleiten pflegen, können auch den Beginn einer neuen Etappe bezeichnen. Eine solche fängt z. B. nicht selten mit gastrischen Störungen an.

Die Fiebermessungen sollten recht oft, womöglich zweistündlich, aber zuweilen auch in den Zwischenstunden, bei negativem Ergebnisse auch nach einem Spaziergange oder nach einer sonstigen, den Umständen anzupassenden Körperleistung, bei weiblichen Kranken besonders auch um die Zeit der Menses ausgeführt werden. Die Anwendung des Tuberkulins zur Hervorlockung des Fiebers und anderer charakteristischer Erscheinungen ist auf das Notwendigste zu beschränken, ihr Ergebnis jedenfalls kritisch abzuwägen.

Die Wichtigkeit einer genauen Anamnese für die Frühdiagnose braucht nicht besonders betont, auf ihre Erhebung im einzelnen hier nicht eingegangen zu werden. Die eigentliche Diagnose beginnen wir mit der Inspektion. Die als Habitus phthisicus bezeichneten Merkmale sollten genügend beachtet, aber nicht überschätzt oder als Vorbedingung der Tuberkulose angesehen werden. Bei der Besichtigung der Haut sind außer der als Frühsymptom seltenen Pityriasis und skrophulösen Veränderungen auch Nävi, Leberflecke und sonstige Degenerationszeichen bemerkenswert. Gefäßektasien am Schultergürtel fehlen bei Tuberkulose selten, können aber für die Feststellung des speziellen Sitzes der Erkrankung wohl kaum verwertet werden. Dunkelroter Zahnfleischsaum ist bei Lungenkranken sehr häufig, fehlt aber zuweilen auch. Die Zunge ist oft rissig oder belegt oder auch völlig rein, das Gebiß nicht so selten gut erhalten. Gaumen, Epipharynx und Nasenmuscheln — mir scheinen besonders die mittleren bei Phthisikern oft geschwollen — sind genau zu inspizieren. Die Feststellung einer idealen Laryngitis kann der Frühdiagnose eine wichtige Stütze bilden. Die Gewinnung eines bazillenhaltigen Sputums durch Abwischen der Pharynx- oder Larynxschleimhaut mit einem Wattebäuschchen ist öfters gelungen, freilich hat man gerade auf den Gaumenmandeln auch säurefeste, nicht spezifische Stäbchen gefunden. Ungleichheit der Pupillen wurde als Frühsymptom entweder an und für sich oder nach Ausführung des Valsavaschen Versuches beobachtet. Bei der Besichtigung des Brustkorbes interessieren vor allem die Klavikulargruben, das Zwerchfellphänomen und die Thoraxbewegungen. Das Zurückbleiben der Atmung auf der kranken Seite finde ich in initialen Fällen ziemlich selten.

Der Palpation lege ich eine größere Bedeutung bei, als gemeinhin geschieht. Besonders erachte ich die vergleichende Palpation für ein wertvolles Hilfsmittel zur Erkennung der beginnenden einseitigen Spitzenerkrankung. Den prüfenden Fingerspitzen wird die mit der beginnenden Lungenschrumpfung verbundene Tensionsverminderung und Retraktion der Spitzen und ihre Uebertragung auf die darüber liegenden Weichteile schon zu einer Zeit fühlbar, wo durch Besichtigung der Supraklavikulargruben eine Veränderung noch nicht erkannt wird. Gerade für die Untersuchung der Oberschlüsselbeingruben eignet sich die vergleichende Palpation besser, als die technisch von ihr verschiedene Ebsteinsche Tastperkussion, welche allerdings an der knöchernen Thoraxwand brauchbarere Resultate gibt.

Die eigentliche Perkussion ist m. E. in der von Krönig empfohlenen Methode für die Frühdiagnose am wertvollsten. Im übrigen sind die Ergebnisse der vergleichenden Perkussion, soweit es sich um wenig ausgesprochene Differenzen handelt, mit einer gewissen Reserve aufzunehmen. Nicht bloß, daß Anomalien des Knochengerüstes, wie Skoliose (Bäumler, Ad. Schmidt), oder eine verschiedenartige Entwickelung der Weichteile den Schall beeinflussen können, so ist auch hier wieder daran zu erinnern, daß normalerweise die beiden Thoraxhälften, und besonders ihre obersten Teile, gleiche Größen

---

Ein paar kurze Striche aus der nichtapprobierten, in unsern Vorstellungen schlechtweg als Kurpfuscher titulierten Gegenseite mögen das Bild vervollständigen. Hier treffen wir nicht selten neben mehr oder minder grossem Mangel physiologischen, anatomischen, pathologischen und ätiologischen Wissens — von offenbaren Schwindlern natürlich abgesehen — ein bisweilen erstaunliches Maß von praktischem Können. Die Einseitigkeit, welche gewissen Ausstrahlungen der sogenannten Naturheillehre ja wohl dieser selbst eigentümlich ist, hat wenigstens den doppelten Vorteil, die Technik bestimmter Heilmethoden recht gründlich und differenzierbar ausgebildet und Einheitlichkeit in die Betrachtung der Krankheit und demgemäss ihrer Behandlung gebracht zu haben — eine nicht üble Reaktion gegen die fortschreitende spezialistische Zersplitterung bei uns!

Nicht der krankmachenden Ursache als einer von aussen kommenden Affektion, deren Kampf mit den physiologischen Kräften des Körpers die Krankheit ausmacht, soll entgegengetreten werden, sondern die Schwächung des Gesamtorganismus, die sich unter dem Bilde der Krankheit verrät, soll durch Schonung oder Uebung wieder behoben werden.

Dieser Standpunkt, welcher die Rücksicht auf irgendwelche äussere Krankheitsursachen hochmütig und unwissenschaftlich ablehnt, hat immerhin den Vorzug, dass er der gefährlichen Charybdis des Zuvieltuns und Experimentierens entgeht und nur der weniger räuberischen Scylla der Un-heilung einzelne Opfer zuweist. Aber des weitereren muss diese Einseitigkeit auch um deswillen im Allgemeinen günstig wirken, weil sie mit Naturnotwendigkeit das therapeutische Interesse konzentriert, weil dem durch keine allzugrosse Sachkenntnis getrübten Blicke die wenigen und einfachen Mittel der Behandlung immer zu Tage liegen und weil infolgedessen diese Mittel, die zufällig gerade die wichtigsten sind, auch wirklich zur Anwendung gelangen.

Auch der moderne Arzt denkt natürlich immer an Ruhe, Licht, Luft, entsprechende Nahrung und Umgebung, aber er be-

Erfordernisse darüber der Vernachlässigung verfallen! Man denke nur an die zahllosen „grossen“ Operationen, denen viele klinische Stunden mit wirklich nur recht geringem Gewinn für die Mehrzahl der Zuschauer geopfert werden!

Ich meine: Grosse Chirurgie ist doch wohl ein Spezialfach par excellence, zu dessen praktischer Ausübung eine langdauernde spezialistische Ausbildung dringend erforderlich ist. Für den Arzt der allgemeinen Praxis aber würde es völlig genügen, wenn er einigen Amputationen, Exartikulationen, besonders Herniotomieen und wenn möglich Tracheotomieen beiwohnen könnte, den einzigen grösseren Operationen, die selbständig auszuführen er wohl einmal in die Lage kommen könnte. An diesen wenigen Operationen und an entsprechenden Leichenübungen könnte er sich vollkommen auch das Maß von Technik aneignen, das ihn befähigen würde, in gelegentlichen Ausnahmefällen sogar bei schwierigeren Operationen einen nicht allzu ungeschickten Assistenten abzugeben! Durch diese sehr erhebliche Einschränkung des grosschirurgischen Unterrichts könnte Raum für praktische Kleinchirurgie, Rhino-, Oto- und Laryngoskopie geschaffen werden, für Fertigkeiten also, die zwar jeder praktische Arzt braucht, nicht jeder aber während seiner Studienzeit sich hat aneignen können.

nicht darstellen. Nach Aeby entspricht, wie bereits bemerkt, der obere Lappen der linken dem mittleren Lappen der rechten Lunge. (Auch bei der Prüfung des Stimmfremitus ist zu beachten, daß die Lungenspitzen schon normalerweise eine Differenz zu Gunsten der rechten Seite zeigen. Monneret.) Auf weitere Einzelheiten der Perkussionslehre, wie laute und leise Perkussion, Untersuchung in den verschiedenen Atmungsphasen u. dergl. einzugehen, fehlt die Zeit.

Die souveräne Untersuchungsart bleibt die Auskultation. Die Geräusche, durch welche der Spitzenkatarrh sich dem Ohr kundgibt, fesseln allein schon durch ihre Mannigfaltigkeit und den Reichtum ihrer Nuancierung. Von eben angedeuteter Rauhigkeit beim Einatmen bis zum scharf-rauhen Atem, vom leisen Giemen bis zum lauten Pfeifen, vom schwachen Knistern bis zum klein- und mittelblasigen Rasseln, das bald näher, bald ferner klingt, vom eben angedeuteten bis zum ausgesprochenen lauten Knacken, vom leicht abgesetzten bis zum deutlich sakkadierten oder zum wellenförmigen Atmungsrhythmus alle möglichen Uebergänge. Dann wieder die vielen Nuancen und Mischungen des schlürfenden und hauchenden Atmens, die Abschwächung des Atmungsgeräusches oder seine Verstärkung, seine Verkürzung oder Verlängerung, die Gefäßgeräusche der Subklavia, des anaemischen Herzens, des knisternden des Randemphysems, die ähnlichen oder schabenden oder kratzenden oder knarrenden der trocknen Pleuritis, die gegen das nicht seltene Muskelknarren dadurch differenziert werden können, daß man den Arm heben läßt, wobei letzteres zu verschwinden pflegt. Dazu in vielen Fällen eine Unbeständigkeit oder Veränderlichkeit der Geräusche, die bald zu hören sind, bald nicht, bald dem trockenen, bald dem feuchten Katarrh entsprechen; und der Wechsel in manchen Fällen ohne erkennbaren Grund, in andern durch Hustenstöße zu beeinflussen, in wieder andern von der Tageszeit, oder der Witterung oder einer Indisposition, z. B. einem Magenkatarrh, abhängig. Daher die auf den ganzen Thorax auszudehnende Untersuchung an verschiedenen Tagen zu verschiedenen Tageszeiten auszuführen ist.

Belehrt uns nun die Auskultation über das Vorhandensein katarrhalischer Zustände in den Spitzenbronchien in der Regel mit großer Zuverlässigkeit, so muß die Entscheidung darüber, ob es sich im einzelnen Falle auch wirklich um Tuberkulose handelt, weiterer Ueberlegung vorbehalten bleiben. Nicht so selten macht die Influenza ähnliche Erscheinungen in den Lungenspitzen, nicht selten aber wird auch die beginnende Lungentuberkulose als Influenza angesehen. Doch sichert der weitere Verlauf die Diagnose. Lues kann durch die Anamnese, sonstige Zeichen dieser Krankheit, eventuell eine antiluetische Kur differenziert werden. Durch Asthma oder Emphysem bedingte Spitzenerscheinungen werden meist leicht auf das ursprüngliche Leiden zurückzuführen sein. Freilich kann sich auch Tuberkulose mit allen diesen Zuständen kombinieren. Der von Grancher vertretene Standpunkt, daß rauhes, tiefes Atmen, längere Zeit hindurch beobachtet, die Spitzentuberkulose anzunehmen genüge, wird neuerdings nicht von allen Autoren ohne Einschränkung geteilt. Katarrhe, die durch inhalierten Staub und dadurch veranlaßte interstitielle Entzündungen bedingt sind, können oft kaum gegenüber den spezifischen differenziert werden. In der Regel aber werden Anamnese, Krankheitsverlauf, Sputumuntersuchung oder letzten Endes eine Tuberkulininjektion zu einer sichern Diagnose verhelfen. Freilich ist die Untersuchung des Auswurfs bei den frühsten Formen der Tuberkulose, die meist als „geschlossene" beginnt, oft genug unmöglich. Packungen sind ein empfehlenswertes Mittel, den Auswurf anzuregen. Auch Jodkali wird empfohlen, von anderer Seite aber auch angezweifelt, von wieder anderer als schädlich verworfen. Nach Tuberkulin wurden T. B. im Sputum gefunden, deren Nachweis vorher nicht gelungen war. Doch würde diese Methode nur dann gestattet sein, wenn es sicher wäre, daß eine geschlossene Tuberkulose nicht dadurch in eine offene verwandelt würde. Jedenfalls sollte bezüglich der diagnostischen Tuberkulinanwendung besonders darauf geachtet werden, ob die künstlich heraufbeschworenen Erscheinungen auch jedesmal wieder spurlos verschwinden. Ich habe dieserhalb begründete Bedenken.

Bei einer meiner Kranken traten nach 0,5 mg Alttuberkulin unter der linken Klavikula Rasselgeräusche auf, die in vorheriger zehnwöchentlicher Beobachtung nicht konstatiert, 3 Wochen hinterher noch nicht verschwunden waren. Ein anderer außerhalb der Anstalt diagnostisch gespritzter, übrigens an Akne leidender Patient bekam an den Injektionsstellen schwer heilende Geschwüre, bei einem dritten Kranken, der vor 6 Jahren eine Blinddarmentzündung gehabt hatte, traten Schmerzen in der Blinddarmgegend auf, die 4 Monate nachher noch gefühlt wurden. Und so ließe sich noch weiteres anführen.

Auf die Röntgendiagnostik, die sich besonders für den Nachweis von geschwollenen Bronchialdrüsen und von Zwerchfellphänomenen als brauchbar erwiesen hat, kann ich hier nicht ausführlicher eingehen, ebensowenig auf Blutuntersuchung, Spirometrie, Agglutination.

Es ist nicht möglich, alles, was zum Thema gehört, in den Rahmen eines kleinen Vortrags einzufügen. Aber wichtiger als eine derartige Vollständigkeit ist der nicht oft genug zu wiederholende Hinweis auf die hohe Bedeutung der Frühdiagnose. Immer noch, wenn auch vielleicht nicht so häufig wie früher, kommen Kranke in die Anstalten, bei denen die beste Zeit zur Behandlung bereits versäumt ist. Man könnte wohl den Satz aufstellen, die beste Therapie der Lungentuberkulose sei die Frühdiagnose. Aber auch prophylaktisch ist diese vom größten Werte. Zu verhüten, daß eine geschlossene Tuberkulose sich in eine offene verwandelt, oder daß ein Lungenkranker für seine Umgebung unbewußt zur Ansteckungsquelle wird, das sind Aufgaben der ärztlichen Fürsorge, welche die Frühdiagnose in eine Reihe stellen mit allen zur Ausrottung des Tuberkelbazillus ersonnenen Kampfesmitteln; und sollte, was zu hoffen und zu erwarten ist, der von der ganzen Kulturwelt aufgenommene, mit den großartigsten Hilfskräften durchgeführte Kampf gegen die verbreitetste aller Krankheiten zum Ziele führen, so wird die verbesserte Diagnostik nicht zum wenigsten dazu beigetragen haben.

---

trachtet diese Dinge als den selbstverständlichen notwendigen Unterbau, auf dem sich dann erst die Krone seiner sonstigen, wenn möglich spezifisch-ätiologischen Behandlung erheben soll. Nur schade, dass diese Krone manchmal trügt, und dass bei der grossen Summe ihr gewidmeten Interesses zu wenig oder garnichts für die „selbstverständliche Grundlegung" übrig bleibt! — —

Zur Fortführung müssen wir auf unsere Ausgangsbetrachtungen zurückgreifen. Indem wir dem Problem der Kurpfuschereibekämpfung nachgingen, erkannten wir, dass die Wurzeln des Uebels nicht in der Existenz der Kurpfuscher selbst, sondern in der Angebot-schaffenden Nachfrage d. h. in irgendwelchen Eigentümlichkeiten des leidenden Publikums gesucht werden müssten.

Wir nahmen in der Folge — da wir die Erscheinung, welche wir bekämpfen wollten, selbstverständlich als eine fehlerhafte und schädliche betrachten mussten — ganz ohne weiteres an, dass auch jene wurzelhafte Eigenschaft der Volkspsyche, gegen die sich vornehmlich unsere Korrektur richten sollte, eine durchaus fehlerhafte und verderbliche sein müsste. Wir glaubten sie erschöpfend in der Dummheit und dem Aberglauben der Massen definiert und darum auch das zureichende Heil- und Kampfmittel in der ärztlicherseits zu übenden Belehrung gefunden zu haben.

(Fortsetzung folgt.)

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 20. Februar 1907.

Kramm berichtet über einen Fall von Kolonstenose, der durch den chronischen Verlauf bemerkenswert war und dadurch, daß fast täglich Stuhl entleert werden konnte.



Cohn berichtet dazu über die röntgenologische Diagnose.

Hoffmann demonstriert niedere mit Syphilis geimpfte Affen; weiter teilt er mit, daß es ihm gelungen ist, von einer mit menschlicher Syphilis geimpften Kaninchenkornea einen Affen zu infizieren.

Hamburger demonstriert eine Patientin, die von Geburt an auf dem einen Auge völlig erblindet ist, und bei der während der Gravidität sich Sehstörungen am gesunden Auge einstellten, als deren Ursache sich Netzhautblutung ergab. H. sieht hierin eine Indikation zur künstlichen Frühgeburt gegeben. Dieselbe wurde im vorliegenden Falle durch vaginalen Kaiserschnitt vorgenommen und brachte die Sehstörung bald zum Schwinden. Weiter stellt H. den Vater dieser Patientin vor, der bereits mit neunundvierzig Jahren beiderseits Altersstaar bekommen hat.

Diskussion über die Vorträge Blaschko: Bemerkungen und Demonstrationen zur Spirochaetenfrage, und Benda: Zur Kritik der Levaditischen Silberfärbung von Mikroorganismen.

Hoffmann demonstriert eine Reihe von Präparaten von Spirochaete pallida aus inneren Organen im Ausstrich- und Schnittpräparat und zum Vergleich verschiedene andere Spirochaetenarten. Daß die Silberspirochaete ein Parasit ist und nicht irgend ein Gewebsbestandteil, beweist ihr Nachweis überall im syphilitischen Gewebe, ihr Fehlen in nicht syphilitischem, vor allem aber auch der Befund von Spirochaeten im Lumen von Gefäßen, in Hodenkanälchen, im Bronchiallumen; daß die Mazeration des Gewebes nicht von Bedeutung ist, zeigt der Nachweis reichlicher Spirochaeten auch im frischen syphilitischen Gewebe. Differenzen gegenüber den mit Giemsa in Ausstrich gefärbten Spirochaeten sind auf die Einbettung und Paraffinfixierung der Gewebsstückchen und die Imprägnierung der Organismen mit Silber zurückzuführen. Der fast regelmäßige Nachweis der Spirochaete pallida überall da, wo Syphilis diagnostiziert wird, hat alle Syphilidologen, die meisten pathologischen Anatomen und Bakteriologen zur Anerkennung ihrer aetiologischen Bedeutung geführt. Vom praktischen Standpunkt ist die Bedeutung der Schaudinnschen Entdeckung in der Sicherung der Diagnose und der Möglichkeit einer Frühdiagnose gegeben.

Saling: Den Nachweis der Identität der Silber- und Giemsa-Spirochaete hält S. nicht für erbracht. Die Silberspirochaeten sind weder im Ausstrichpräparat nachweisbar, noch im mit Giemsa gefärbten Schnitt. Die Silberspirochaeten stellen Gewebselemente dar, Nervenfäserchen, elastische Fasern, Zellgrenzen, Randstreifen; bei der Entstehung spielen nekrotische Prozesse und die Mazeration eine große Rolle. In inneren Organen erwachsener Luetiker sind sie selten gefunden worden, nie in den inneren Organen mit Erfolg geimpfter Affen; massenhaft dagegen finden sie sich bei abgestorbenen Foeten, die alle mehr oder weniger mazeriert sind; nekrotische Prozesse spielen auch bei den Primäraffekten eine Rolle. Auch bei Noma und sonstigen gangränösen Prozessen sind die Silberspirochaeten nachgewiesen worden. Nur bei hochgradigster Gewebszerstörung fehlen sie, da sind auch die sie vortäuschenden Elemente zerstört. Das Vorkommen im Lumen von Gefäßen spricht nicht für ihre parasitäre Natur; dahin können sie durch das Mikrotommesser verschleppt sein; oder die geschrumpften Randstreifen von Blutkörperchen sind silberimprägniert, oder spontan gelöste Komplexe des mazerierten Gewebes sind mechanisch in die Lumina gelangt. Die Diskongruenz zwischen dem Befund der Silberspirochaeten in Organen und den mit Giemsa gefärbten im Abstrichpräparat spricht am meisten gegen die Deutung der Silberspirochaeten als Parasiten. Weiter der S., Schulze und Friedenthal gelungene Nachweis von Silberspirochaeten in der Kaninchenkornea, an der experimentell durch Impfung mit Straßenschmutz eine Keratitis erzeugt war.

Mühlens hat bei allen syphilitischen Schankern die Spirochaete pallida gefunden, nie beim Ulcus molle. Silberspirochaeten finden sich massenhaft bei allen syphilitischen Foeten, auch wenn sie nicht mazeriert sind, dagegen nie in nicht syphilitischen Organen, auch wenn sie mazeriert sind. Für die Identität der Silberspirochaeten mit echten Pallidae werden weiter eine Reihe von Beweispunkten angeführt. Vergleichende, unabhängig von einander ausgeführte Untersuchungen mit Giemsa- und Silberfärbung der Ausstrich- und Organpräparate einerseits, der spezifischen biologischen Reaktion nach Wassermann andrerseits ergaben genau übereinstimmende Resultate. Wenn auch die Reinkultur und erfolgreiche Impfung mit einer solchen noch nicht gelungen ist, glaubt M. doch in der Spirochaete pallida mit größter Wahrscheinlichkeit den Erreger der Syphilis gefunden.

Schulze führt weitere Momente an dafür, daß die Silberspirochaete Gewebselemente darstellen. Für die experimentelle Uebertragung menschlicher Syphilis auf die Kaninchenkornea reklamiert er für Siegel und sich die Priorität.

Schindler hat in der Neisserschen Klinik in ganz frisch gewonnenen Organen von Affen Silberspirochaeten in der gleichen Masse nachgewiesen, wie bei syphilitischen Menschenorganen gefunden werden; dagegen in nicht syphilitischen Organen auch bei stärkeren Fäulnisprozessen keine; das spricht gegen die Bedeutung der Mazeration.

Benda führt für die Identität der Silberspirochaete mit der nach Giemsa gefärbten an, daß es ihm nach einem besonderen Verfahren gelungen ist, in Abstrichen aus gehärteten Organen Spirochaeten mit Giemsa zu färben.

Berliner ophthalmologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. März 1907.

1. Herr May: Ein Fall von totaler Farbenblindheit.

Junges, durchaus gesundes Mädchen aus farbentüchtiger, gesunder Familie, dessen Eltern nicht blutsverwandt sind; Gehör und Intellekt sind gut entwickelt. Sie hält, zumal im Hellen, die Lider geschlossen, starker, im Hellen gesteigerter Nystagmus. Den Kopf hält sie, auch im Dunkeln, geneigt; S. = $^4/_{60}$, mit rauchgrauen Gläsern = $^4/_{30}$. Gesichtsfeld bei herabgesetzter Beleuchtung normal, im Hellen etwas eingeengt. Kein absolutes, wohl aber relatives Skotoma centrale. Ophthalmoskopisch zeigt sich der Augenhintergrund links normal, rechts kleiner gelber Fleck in der Netzhautmitte. Lichtsinn am Adaptometer normal, wobei man bedenken muß, daß das total farbenblinde Auge nie ganz hell adaptiert ist. Pat. ist absolut farbenblind, und bringt alle Farben in eine Gleichung zwischen schwarz und weiß, die hellste Stelle liegt für sie bei 540, das Spektrum ist nach rot verkürzt, nach violett normal. Die Untersuchung mittels der verschiedenen Methoden zeigt, daß der Fall ganz typisch ist. Nachbilder gab Pat. nicht an.

Diskussion: Herr Nagel: Für die Theorie ist die Frage von dem zentralen Skotom, das er bei zwei Fällen einmal fand (beide Male fanden sich zentrale anatomische Veränderungen), ebensowenig von Belang, wie die von den Nachbildern nach kurz dauernder Reizung.

2. Herr Lichtenstein: Lochbildung im linken Sehnerven.

Der Defekt hat die kolossale Tiefe von — 26 D. = ca. 8 mm.

3. Ein Fall von Mikulicz'scher Erkrankung.

Gesunde Patientin aus gesunder Familie, verheiratet; keine Lues. Die Ohrspeicheldrüsen schwollen acht Tage vor den Tränendrüsen an, jene haben jetzt die Größe einer Dattel, diese die einer Erbse. In der Bindehaut des Augapfels und der Lider sieht man ebenso wie in der Mundschleimhaut kleine graue prominente Knötchen, die sich als zweifellose miliare Tuberkelknötchen, und zwar im Stadium der Heilung, erwiesen. Der Nachweis von Tuberkelbazillen gelang.

Diskussion: Herr Guttmann: Zeigt einen Fall derselben Krankheit, der auf Lues beruht, und innerhalb von drei Monaten unter J. K. und roborierender Diät glatt ausheilt.

4. Herr Köllner: Krankenvorstellung.

Vor zwei Jahren fiel dem Patienten ein fünfzehn Zentner schwerer eiserner Pfeiler auf Kopf und Brust. Lähmung der rechten Gesichts-, Gehörs- und Geruchs-Nerven, Abducens und Gaumensegels. Links läßt sich der Augapfel nur nach unten innen und oben bewegen. Die Empfindung im ersten Ast des Trigeminus ist herabgesetzt. Im Gesicht, besonders rechts, kolossale auch mit dem Augenspiegel sichtbare Venenstauung; in der rechten knöchernen Gehörgangswand ist oben ein großer, langer, klaffender Spalt, der wohl vom rechten Felsenbein ausgeht, der Gehörnerv dürfte im Verlaufe des Felsenbeins getroffen sein. Die Drucksteigerung im venösen Kreislauf ist offenbar keine plötzliche.

Kurt Steindorff.



Aerztlicher Verein in Hamburg.

Sitzung vom 5. März 1907.

Vorsitzender: Herr Deneke.

I. Demonstrationen.

II. Diskussion über den Vortrag des Herrn Calmann: Perityphlitis und Schwangerschaft.

III. Vortrag des Herrn Preiser: Aetiologisches und Symptomatologisches zur Arthritis deformans coxae, zugleich ein Beitrag zur Differentialdiagnose der Ischias und zur Anatomie des Beckens. (Autoreferat.)

P. hält die Arthritis deformans coxae juvenilis und das Malum coxae senile für ein und dasselbe Krankheitsbild; das Trauma fehlt häufig.

Die Arthritis deformans coxae ist eine der Hüfte eigentümliche Krankheit, die aber nur sekundär infolge eines statischen Mißverhältnisses entstehen kann. Die Anfangsbeschwerden verbergen sich häufig hinter einer chronischen Ischias. P. glaubt, daß wenn sich außer einer Ischias noch Schmerzen im vorderen Oberschenkel und Knie finden, also eine Femoralisneuralgie, dann keine Ischias, sondern Arthritis deformans coxae vorliege, wenn sich palpatorisch noch Schmerzhaftigkeit und periartikuläre Infiltration am Hüftgelenk finden. Da es sich im Anfang jahrelang um Knorpelauffaserungen und Kapselverdickungen (Lipoma arborescens) handelt, so ist ein negatives Röntgenbild noch kein Gegenbeweis. Immer findet sich jedoch ein Trochanterhochstand über der Roser-Nélatonschen Linie, der bisher als sekundäre Folge der Arthritis deformans coxae galt. P. hat jedoch bei alten zweifellosen Mala coxae senile denselben hohen Trochanterhochstand nicht nur auf der kranken, sondern auch auf der gesunden anderen Seite gefunden. Er hält ihn deswegen für etwas Primäres, und da er unter dreißig Fällen von Arthritis deformans coxae nicht einen einzigen Fall ohne beiderseitigen Trochanterhochstand fand, für ein aetiologisches Moment bei der Arthritis deformans coxae. „Ein Trochanterhochstand über 3 cm ist ein statisches Mißverhältnis, das ebenso wie z. B. Schenkelhalsfrakturen oder Traumen, die ein statisches Mißverhältnis hervorrufen, sekundär Arthritis deformans nach sich ziehen kann."

P. hat hüftgesundes Material untersucht und an hunderten von Messungen gefunden, daß bei ca. 60% aller Untersuchten ein Trochanterhochstand vorliege, daß wir also nicht das Recht haben, der Roser-Nélatonschen Linie die differentialdiagnostische Bedeutung beizumessen, wie bisher. Er fand bei hüftgesunden Menschen beiderseitige Trochanterhochstände bis 9 cm; die von 3—5 cm sind überaus häufig. Im Röntgenbild findet sich keine anatomische Coxa vara; die Hüfte erscheint ganz normal, insbesondere sind Schenkelhalsneigungs- und Alsbergscher Richtungs-Winkel ganz normal. Die Ursache kann also nicht darin liegen, daß in der Roser-Nélatonschen Linie die Trochanterspitze an sich ihre Lage verändert hat, sondern die Komponenten haben sich derart verschoben, daß ein Trochanterhochstand resultiert, also Tuber oder Spina oder die Pfanne selbst, der natürlich dann der Trochanter seinerseits ebenfalls folgen müsse. P. hat, um die Ursache des häufigen Trochanterhochstandes zu finden, die Beckensammlung der Kieler Universitäts-Frauenklinik und einige Eppendorfer Becken, insgesamt 103 Becken, untersucht und dabei gefunden: Nur in 43% geht die Nélatonsche (Tuber-Spina) Linie durch das Pfannenzentrum, wie man es bisher als allgemein gültig annahm. P. stellt auf Grund der Pfannenstellung zur Roser-Nélatonschen Linie drei Beckentypen auf:

1. Typus A. Rhachitisch: Pfanne frontal gestellt und sehr flach. 29%. Bringt man den Kopf mit dieser direkt nach vorn offenen Pfanne in Artikulation, so sieht der Trochanter nach vorn, die Kniekondylen sind dann fast 90° innen rotiert. Um also mit den Füßen sagittal aufzutreten, muß der Rhachitiker bereits um 90° außen rotieren. Alsdann artikuliert aber nur der hintere Kopfteil in der Pfanne; um also Halt zu gewinnen, muß der Rhachitiker das Becken nach vorn neigen, daher die rhachitische Lordose.

2. Typus B. Pfanne schräg-lateral, tief. Normaler Typus. Pfannenzentrum in der Roser-Nélatonschen Linie. 43%.

3. Typus C. Pfanne völlig lateral gerichtet. Pfannenzentrum dorsal von der Roser-Nélatonschen Linie. 28%. Pathologische Ursache unbekannt.

Typus A weist die kleinsten Beckenmaße mit verkürzter Conjugata, Typus B normale, Typus C weite Beckenmaße mit relativ engem Beckenausgang auf (dem Trichterbecken zuneigend). Typus A und C haben Trochanterhochstand infolge ihrer Pfannenstellung zur Folge, sind pathologisch und bedeuten statische Mißverhältnisse, die zur Arthritis deformans coxae disponieren. Das auslösende Moment ist vielleicht habituelle Außenrotation, resp. schwere Arbeit in Außenrotation (z. B. bei landwirtschaftlicher Beschäftigung). P. bespricht noch die Therapie, die durchaus keine aussichtslose ist. Statt der Resektion schwerster Fälle empfiehlt er die Lorenzsche Inversion, durch die es gelang, einen schwersten doppelseitigen Fall wieder arbeitsfähig zu machen. P. zeigt dann eine größere Reihe Patienten mit ihren Röntgenbildern, Becken aller drei Typen und Trochanterhochstände bei Hüftgesunden.

Die Arbeit wird ausführlich erscheinen. Schönewald.

(Biologische Abteilung.)

Sitzung vom 12. Februar 1907.

Vorsitzender: Herr Umber.

1. Herr Scheiber spricht an der Hand von Präparaten über Oesophagus-Mißbildungen. Happich hat jüngst neunundfünfzig Fälle zusammengestellt, von denen achtunddreißig Mißbildungen oberhalb des Abgangs der Bronchen und einundzwanzig an der Abgangsstelle saßen. Er erörtert die Entstehungsgeschichte der Anomalien, namentlich die der Fistula oesophago-tracheale congenita, und erwähnt, daß solche Kinder bis zu dreizehn Tagen alt wurden. Herr Umber erhält auf seine Frage, ob der Darminhalt in solchen Fällen anders als bei normalen Kindern sei, die Antwort, daß in den zur Beobachtung gekommenen Fällen darüber keine Untersuchungen angestellt seien. 2. Herr Paschen erklärt kurz die Löfflersche Beizefärbung der Spirochaeten. 3. Herr Fraenkel demonstriert zwei Präparate vom Oesophagus mit Teilen von abgesprengter Magenschleimhaut: in einem Präparat fanden sich zwei, im anderen eine blaßrote Insel, die sich mikroskopisch nicht als Substanzverlust etwa herausstellte, sondern es fanden sich dort statt Plattenepithel Zylinderepithel und Drüsen, oberhalb der Muscularis mucosae; das Drüsenepithel war dem Cardiaepithel durchaus ähnlich. 4. Ferner spricht Herr Fraenkel über Lymphdrüsentuberkulose im Anschluß an die Wohlwillsche Demonstration vor einigen Wochen, mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose der tiefen Hals- und Mediastinaldrüsen. Letztere geben häufig genug Anlaß zu Traktionsdivertikeln des Oesophagus, doch kommen auch oft Durchbrüche in die Trachea, den Oesophagus und in größere arterielle Gefäße zu Stande, welch' letztere wiederum Haemoptoe verursachen. Er zeigt ferner zwei Präparate von Mammatuberkulose, einer verhältnismäßig selten vorkommenden Krankheitserscheinung, die bei Frauen entschieden sehr viel häufiger noch als bei Männern beobachtet wird. In beiden Fällen trat die Erkrankung nach einer Entbindung zuerst auf. Herr Umber erinnert daran, daß in jüngster Zeit das Krankheitsbild der Hilusdrüsentuberkulose mittelst Röntgenstrahlen genauer präzisiert werden konnte: man sieht oft einen viel massiveren und klumpigeren Hilusschatten. 5. Herr Hueter, Altona berichtet über einen Fall von Darmamyloidose im Anschluß an ein Myelom des Sternums und der Rippen. Ein achtundfünfzigjähriger Schuster litt schon längere Zeit an Gelenkschmerzen und großer Anaemie, ohne daß eine Ursache hierfür gefunden werden konnte. Im Urin waren Albumen und Zylinder, so daß man eine Nephritis annahm; bald jedoch trat eine merkwürdige Steifigkeit der Wirbelsäule hinzu, und es bildete sich über dem Manubrium sterni ein kleiner druckempfindlicher Tumor; es bestand starke Obstipation, und man glaubte auch einen Tumor in der unteren Bauchhöhle zu fühlen. Der Exitus trat unter zunehmender Kachexie ein. Bei der Sektion fand sich sehr viel Kot im ganzen Dickdarm und im Ileum, im Ileum und Jejunum außerdem überall kleinste Knötchen, die wie Tautropfen aussahen, und kleinere Geschwürsbildungen. Die Rippen zeigten Auftreibungen, und es war an ihrem Durchschnitt zu erkennen, daß das



Mark der Sitz der Veränderungen war. Derselbe Befund am Sternum. In allen möglichen Gelenken waren ferner froschlaichähnliche kleine Körner zu finden, die Amyloidreaktion zeigten. Mikroskopisch konnten auch überall Amyloidschollen nachgewiesen werden; Leber und Milz dahingegen waren amyloidfrei. Nachdem Vortr. dann ausführlich über die pathologische Anatomie des Amyloids gesprochen hat, kommt er zu dem Schluß, daß in diesem Falle nicht die chronische Nephritis, sondern die multiplen Myelome die Ursache der Amyloidose waren. Herr Fraenkel bestreitet, daß der Beweis erbracht sei, daß Amyloid und Myelom in diesem Fall irgendwelchen ursächlichen Zusammenhang hätten: in noch viel hochgradigeren Myelomfällen fehle doch Amyloid oft vollständig. Seiner Ansicht nach sei die Nephritis in dem zur Rede stehenden Krankheitsfall erst die Folge der Amyloiderkrankung. 6. Herr Umber, Altona, demonstriert den Bence-Jonesschen Eiweißkörper im Urin, der jedoch nicht von dem Hueterschen Myelomfall stammt. Obwohl dieser Eiweißkörper schon seit über sechzig Jahre bekannt ist, sind bisher erst zwölf Fälle beschrieben worden. Beim Kochen des Urins tritt bei 51° eine Trübung auf, die bei 70° flockig wird und sich bei 80° wieder aufhellt, um beim Siedepunkt ganz verschwunden zu sein. Beim Erkaltenlassen des Urins wird er wiederum trübe und beim Kochen wieder klar. Der Bence-Jonessche Eiweißkörper gibt die Biuretreaktion und setzt sich aus den gleichen Bausteinen wie die genuinen Eiweißkörper zusammen. Während man früher von einer Bence-Jonesschen Hemialbumosurie sprach, wies Magnus-Levy strikt und einwandsfrei nach, daß dieser Eiweißkörper keine Albumose, sondern genuines Eiweiß sei. Wo der Bence-Jonessche Eiweißkörper auftritt, sind sicher Myelome vorhanden, aber nicht, wo Myelome sind, muß der Eiweißkörper da sein. Herr Luce fragt, ob in dem Hueterschen Myelomfall der Symptomenkomplex der Myasthenia pseudoparalytica nachweislich war. Herr Saenger hält diesen Sprung für sehr kühn, während Herr Umber die Lucesche Anfrage verneint; klinisch verlief der Fall unter dem Bilde der Nephritis. Herr Fraenkel ist der Ansicht, daß der Bence-Jonessche Eiweißkörper hier nicht gefunden wurde, weil gleichzeitig eine Nephritis und infolgedessen schon gewöhnliches Albumen im Urin vorhanden war. Herr Hueter Schlußwort.

Schönewald.

Lord Lister 80 Jahr.

Vor wenigen Tagen hat sich die gesamte medicinische Welt tieferschüttert um die Bahre eines der größten unter Ihnen, um Ernst von Bergmann gesammelt und in ernster Betrachtung alles das an sich vorüber ziehen lassen, was in dem Leben und Wirken dieses großen Chirurgen und Arztes bedeutungsvoll war, ist und sein wird. Neben dem Gefühl wehmütiger Trauer mußte sich aber auch das berechtigten Stolzes geltend machen darüber, daß Bergmann der unsere war und daß wir durch seine Werke so viele und große Erfolge in der Wissenschaft zu verzeichnen haben. Es fügt sich merkwürdig, daß wenige Tage, nachdem dieses reiche und von Erfolgen gesegnete Leben schloß, wir mit freudigem Herzen einen, jenem ebenbürtigen Forscher zur Vollendung seines 80. Lebensjahres beglückwünschen, auf dessen genialen Entdeckungen die Erfolge aller Chirurgen beruhen. Am 5. April 1827 erblickte Joseph Lister zu Upton Essex bei London das Licht der Welt. Seine Eltern gehörten den Quäkern an. Sein Vater, ein Weinhändler, zeigte schon eine ungemeine Neigung zu wissenschaftlicher Forschung und wurde durch bedeutungsvolle Arbeiten auf dem Gebiete der Optik bekannt.

Der junge Joseph Lister erhielt seine Schulbildung auf der Quäkerschule von Twickenham. Nach Beendigung der Schulzeit studierte er auf dem University College in London bis zum Jahre 1847. Seine Lehrer waren Graham, Sharpey, Wharton Jones, später Walshe, Jenner und Erichsen. Zum Bachelor of Medicine promoviert im Jahre 1852, wurde er resident assistent am Spital des Univ. Coll. Er ging dann nach Edinburg und wurde dirigierender Chirurg unter seinem späteren Schwiegervater Syme, 1854. Hier hat er eine große Reihe bedeutender wissenschaftlicher Arbeiten vollendet. 1860 folgte er einem Ruf an die Universität in Glasgow, woselbst er das Fach der Chirurgie vertrat. Hier entstanden seine ersten Arbeiten über die Antisepsis und den Occlusivverband. In der fruchtbringendsten Weise durch die Arbeiten Pasteurs angeregt, kam er zu der Ueberzeugung, daß die Eiterung bei Wunden und Verletzungen ihren Grund in dem Vorhandensein schädlicher, durch den Zerfall der Gewebe sich vermehrender Stoffe haben und daß es nötig sei, diese Stoffe durch geeignete Desinfektionsmittel zu beseitigen. Er kam so zu der bereits in dieser Beziehung bekannten und bewährten Karbolsäure. So entstand der Carbolspray, unter deml ange Jahre die Chirurgen arbeiteten. Lister selbst hat sehr wohl einen Unterschied zwischen Antisepsis und Asepsis gemacht und stand auf dem Standpunkt, daß man zur letzteren nur mittels der ersteren gelangen könne. Hiermit hat Lister in der Tat die bedeutsame Basis geschaffen, auf welcher allein eine moderne Chirurgie entstehen konnte, und wenn heute die Antisepsis in der operativen Chirurgie gegenüber der Asepsis zurücktreten muß, so ist darum das Verdienst Listers kein geringeres geworden. Im Jahre 1862 wurde er der Nachfolger Symes in Edinburg und 1872 kam er nach London an das Kings College. Daselbst war er bis zum Jahre 1892 lehrend und praktizierend tätig. Seitdem hat er sich in das Privatleben zurückgezogen. Hohe Ehren sind dem greisen Chirurgen zu Teil geworden. Als Leibarzt des Königs wurde er Baron, viele in- und ausländische Fakultäten ernannten ihn zum Ehrendoktor und zahllose hohe Orden schmücken seine Brust. Mögen ihm, dem Senior der Chirurgie, noch viele Jahre in geistiger und körperlicher Frische beschieden sein. Gratulamur te. Dr. P. Meißner.

Periodische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift. Nr. 8. 1907.

1. Bach, Marburg: **Differentialdiagnose zwischen reflektorischer und absoluter Pupillenstarre.**

Während der diagnostische Wert der reflektorischen Pupillenstarre ein außerordentlich großer ist, hat die totale Starre nur eine relativ geringe diagnostische Bedeutung, da sie aus allen möglichen Ursachen vorkommt, infolge der verschiedensten Infektionen und Intoxikationen, von Verletzungen des Auges, Schädels etc. Ein Zusammenhang zwischen beiden Formen in dem Sinne, daß z. B. bei der Paralyse die absolute Starre ein vorgeschritteneres Stadium der reflektorischen darstelle, ist nicht sicher gestellt. Im Interesse der diagnostischen Bedeutung der reflektorischen Starre, im Interesse der Feststellung ihrer Pathogenese und Lokalisation hält Verf. es deshalb für notwendig, beide Pupillenanomalien streng auseinanderzuhalten. An einzelnen Beispielen wird gezeigt, wie gelegentlich die Differentialdiagnose zwischen reflektorischer und absoluter Starre dadurch erschwert werden kann, daß die in Rede stehenden Pupillenanomalien noch nicht ganz ausgeprägt oder in Rückgang begriffen sind.

2. Müller und Kolaczek, Breslau: **Weitere Beiträge zur Kenntnis des proteolytischen Leukocytenfermentes und seines Antifermentes.**

Leukocyten und dementsprechend auch frischer menschlicher Eiter verlieren durch Zusatz geringer Mengen von Blutplasma oder Blutserum ihre Verdauungskraft; es muß also im Plasma oder Serum ein Antiferment enthalten sein, das imstande ist, die Heterolyse durch das proteolytische Leukocytenferment aufzuheben bezw. abzuschwächen. Ein Uebergang dieses Antifermentes in Milch, Galle, Liquor cerebrospinalis, Urin war bei Gesunden nicht nachzuweisen. Anders unter pathologischen Bedingungen. Stark eiweißhaltiger Urin kann — wohl infolge des Ueberganges von Blutserum in den Harn — die Heterolyse völlig aufheben. Bei gleichzeitiger Cystitis aber mit starkem Eitergehalt wird die Hemmungskraft aufgehoben oder abgeschwächt; hier wird durch den gleichzeitigen Zerfall massenhafter Leukocyten reichlich proteolytisches Ferment frei, das das Antiferment bald absättigt. Solche Absättigung zeigt besonders deutlich das Verhalten des isolierten Serums gut verdauenden Cocceneiters im Gegensatz zu dem des

nicht verdauenden rein tuberkulösen Eiters: das klare Serum des ersteren verdaut infolge des Ueberschusses an gelöstem proteolytischen Ferment, dasjenige des letzteren hemmt infolge der unbehinderten Wirkung des Antifermentes. Ein Uebergang des Antifermentes in Liquor cerebrospinalis und Galle unter krankhaften Bedingungen war nicht nachzuweisen. Da aber, wo bei Stauungszuständen Blutserum in größerer Menge als Transsudat in seröse Höhlen übergeht, ist eine ausgesprochene Hemmung nachweisbar, wie bei Ascites, Hydrothorax, Hydrocele.

Die Untersuchung der Trans- und Exsudate mittels des Müller-Jochmannschen Verfahrens kann in zwiefacher Richtung erfolgen; einerseits wird die etwaige Verdauungskraft der Flüssigkeit selbst bezw. des Zentrifugats geprüft; bei tuberkulöser Meningitis zeigt das Zentrifugat des Liquor keine Fermentreaktion im Gegensatz zur epidemischen oder traumatischen Meningitis; Verdauung durch die Galle, auch wenn sie dem Auge noch klar erscheint, weist auf akute Entzündung der Gallenwege hin. In zweiter Linie kann eine Prüfung auf den Gehalt an Hemmungskörpern vorgenommen werden; intensive Hemmung durch die Punktionsflüssigkeit spricht in erster Linie für Transsudat, bei geringerer kommt ein chronisch entzündliches, nicht bakterielles oder tuberkulöses Exsudat, bei fehlender Hemmung eine akute, durch Eitererreger hervorgerufene Entzündung in Betracht. Diese Untersuchungen der Ausscheidungen des menschlichen Körpers sind der Cytodiagnostik insofern überlegen, als man bei Trans- und Exsudaten aus fehlender Hemmungskraft und aus einem Ueberschuß an freiem proteolytischem Ferment auf einen vorangegangenen erheblichen Leukocytenzerfall schließen kann; außerdem kann man aus einer Verdauung durch das Zentrifugat auf die Mitbeteiligung von Leukocyten schließen, auch wenn mikroskopische Detritusmassen eine genaue Differenzierung der Formbestandteile nicht mehr gestatten.

Im schroffen Gegensatz zu der auffälligen Beeinflussung der Proteolyse durch pathologische Ausscheidungen (Ascites etc.) steht die hohe Widerstandsfähigkeit des Leukocytenfermentes gegenüber den meisten chemischen Agentien. Nur sehr konzentrierte Säuren und Alkalien sind imstande, das Ferment zu zerstören bezw. unwirksam zu machen. Merkwürdig ist die Resistenz gegenüber Formalin, Sublimat-, Pikrinsäurelösung, Karbolsäure und andrerseits die Empfindlichkeit gegenüber alkoholischer Guajactinktur.

Verff. haben weiter zahlreiche Untersuchungen angestellt zur Beurteilung der Frage, inwieweit die Heterolyse durch andere Gewebe, namentlich unter krankhaften Bedingungen, auf der Beteiligung des eiweißlösenden Leukocytenfermentes beruht oder ob sonstige zellige Elemente als Fermentträger in Frage kommen. Versuche mit Embryonen (vier bis sechs Monat) ergaben wie beim Erwachsenen intensive Dellenbildung durch Knochenmark, woraus folgt, daß das proteolytische Leukocytenferment beim Menschen schon im vierten Monat des intrauterinen Lebens vorhanden ist. Eine Verdauung des Serums durch Zentralnervensystem, Schilddrüse, Thymus, Lunge, Niere, Leber, Haut, Herz war nicht nachweisbar. Intensive Verdauungswirkung zeigte das Mekonium; auch der Stuhl von ein bis elf Tage alten Brustkindern gab positive Resultate; ein wirksames Ferment war in den Plazentarzotten nachzuweisen. Der Hemmungskörper im Blutserum, das Antiferment, ist beim Neugeborenen in annähernd gleicher Intensität wie beim Erwachsenen vorhanden. Untersuchungen von Geschwülsten machten es wahrscheinlich, daß weder dem Sarkom noch dem Carcinomgewebe eine heterolytische Wirkung auf dem erstarrten Serum zukommt, daß die gelegentlichen positiven Ergebnisse auf sekundären entzündlichen Veränderungen beruhen. Reine Lymphdrüsenhyperplasien gaben wie gesunde Lymphdrüsen völlig negative Ergebnisse; ebenso rein tuberkulöse Lymphdrüsen, während entzündlich geschwollene Drüsen (bei Scharlach, Diphtherie) lebhaft verdauten. Ausgiebig unter gleichzeitiger Autolyse ist die Verdauung des erstarrten Serums durch die pneumonische Lunge, durch Pfröpfe der lacunären Angina; auffallend starke Dellenbildung unter gleichzeitiger Selbstauflösung zeigten die Schuppen der Proriasis und Scharlachschuppen.

3. Dehne, Wien: **Die spezifische Löslichkeit und ihre Anwendung bei der forensischen Blutuntersuchung.**

Verf. kommt zu folgenden Schlußsätzen: 1. Als spezifische Löslichkeit ist die mit dem Hemmungsphänomen zusammenhängende Tatsache zu bezeichnen, daß spezifische Trübungen und Niederschläge, die durch Zusammentreffen von Antiserum und Antigen entstehen, im Ueberschusse des homologen unverdünnten Serums löslich sind. 2. Die Anwendung dieser Probe bei positivem Ausfalle der Uhlenhuthschen Reaktion ist geeignet, diesem Verfahren in der forensischen Praxis größere Beweiskraft zu verleihen. 3. Auch bei sehr geringen Blutspuren kann mit Hilfe der spezifischen Löslichkeit entschieden werden, von welcher Tierart das Blut stammt. 4. Trübungen in einem heterologen Serum sind nur im Ueberschusse desselben heterologen und des homologen Serums löslich, nicht aber in einem andern heterologen.

4. Salecker, Köln: **Blutuntersuchungen bei Asthmatikern.**

Die Untersuchungsreihen ergeben folgende Resultate: Im Intervall findet sich meist eine prozentuale Verschiebung der weißen Blutzellen in dem Sinne, daß die Polynucleären vermindert, die mononucleären und eosinophilen vermehrt sind, bei den polymorphkernigen überwiegen die ein- und zweikernigen Formen (im Sinne Arneths), bei den Mononucleären sind die mononucleären Leukocyten und die Uebergangsformen vermehrt. Im Anfall findet man ein Ansteigen der Leukocytengesamtmenge; der Anstieg betrifft hauptsächlich die Polymorphkernigen; die Mononucleären und besonders die Eosinophilen nehmen absolut an Zahl ab. Bald nach dem Anfall sinken die Polynucleären stark ab, die Mononucleären und Eosinophilen nehmen absolut an Zahl zu. Bei akuten Asthmaanfällen sind die Schwankungen der Blutzusammensetzung erheblicher als bei den chronischen. Zur Erklärung der gewaltigen Blutrevolution im Asthmaanfall ist anzunehmen, daß von der Bronchialschleimhaut aus ein starker Reiz auf die Blutbildungsstätten ausgeübt wird. Diese geben zunächst ihr gewöhnliches Reservematerial, die Polynucleären her, während die Bluteosinophilen, einem spezifischen Reiz folgend, in die Bronchialschleimhaut emigrieren. Auf den Verlust an Eosinophilen antworten die Blutbildungsstellen mit einer Ueberproduktion, wodurch sich das spätere Ansteigen derselben erklärt. Die Polynucleären gehen, da sie bei der Spezifität des Bronchialreizes nicht gebraucht werden, zu Grunde.

5. Neumann, Berlin: **Ueber unreine Herztöne im Kindesalter.**

Die in Rede stehende Schallerscheinung besteht in einer Verdoppelung oder Unreinheit der Töne; sie findet sich ausschließlich oder am stärksten an der Spitze; es handelt sich um einen mehr oder weniger unreinen Ton, dessen Unreinheit bis zu einem schabenden Geräusch anwachsen kann, oder um einen gespaltenen ersten Ton; ist an der Spitze ein systologisches Geräusch, so löst es sich nach der Basis in eine Spaltung des Tones auf. Die Erscheinung ist keineswegs selten im Kindesalter; N. fand sie in seiner Privatpraxis in zehn Jahren einhundertundachtzigmal (39,4% der Fälle in den ersten fünf Lebensjahren, 49,4% im sechsten bis zehnten, 11,1% im elften bis vierzehnten Jahr). Die Erscheinung ist nicht flüchtiger Natur, sie setzt meist plötzlich ein und bleibt dann in der Regel dauernd nachweisbar. Es handelt sich um ein funktionelles Vorkommen von großer Beständigkeit aber doch nicht von vollkommener Beharrlichkeit; häufig ist beim akuten Beginn ein lautes Geräusch zu hören, das sich im Lauf der Zeit in einen gespaltenen Ton auflöst. Eine Akzentuierung des zweiten Pulmonaltones oder eine Verbreiterung der Herzgrenzen ist in der Regel nicht festzustellen. Was die Entstehung der Abnormität betrifft, so ist beachtenswert die außerordentliche Häufigkeit, mit der die Kinder vorher an katarrhalischen Erkrankungen der Luftwege gelitten haben (typische Influenza oder infektiöse Katarrhe, wobei Schnupfen, Angina, Bronchitis oder Lungenentzündung in den Vordergrund treten); an einigen Krankengeschichten wird dies gezeigt. Neben den katarrhalischen Erkrankungen kann die Herzabnormität auch nach andern Infektionen zurückbleiben, Masern, Scharlach, Diphtherie, Gelenkrheumatismus. Nach zahlreichen Erfahrungen scheint N. eine familiäre Disposition zu den fraglichen Herzerkrankungen anzunehmen. Bezüglich der Prognose ist zu betonen, daß die Kinder keine Zeichen von Herzinsuffizienz bieten; auch treten während des ganzen Kindesalters keine Zeichen von Herzschwäche auf, selbst wenn die Kinder entgegen dem ärztlichen Rat sogar Bergtouren machen, kalt baden, tanzen; immerhin aber kann besonders während rezidivierender Katarrhe die Arythmie besorgniserregende Grade annehmen. Der Befund bleibt



in der Regel während der Kindheit unverändert. Und wenn auch Erwachsene mit ähnlichem Befund sich jahrelang wohl fühlen können, so ist doch eine schließliche mittelbare oder unmittelbare Verkürzung der Lebensdauer dadurch möglich, daß das nicht ganz intakte Herz auf die Dauer weniger widerstandsfähig ist.

6. Wendel, Magdeburg: **Zur operativen Behandlung der Kehlkopfstenosen.**

Bei dem Patienten hatte sich nach schwerer Fraktur des Larynx ein derbes, narbiges Diaphragma unterhalb der Glottis gebildet und die Unterfläche der wahren Stimmbänder mitbeteiligt, dadurch war eine Stenose zu stande gekommen, die allen intralaryngealen Dehnungsversuchen getrotzt hatte. W. führte deshalb die Laryngotomie aus und exzidierte das Diaphragma. Der dadurch entstandene große Defekt, der fast die Hälfte des Kehlkopfumfanges einnahm, konnte durch einfache Naht der mobilisierten und angefrischten Schleimhautwundränder gedeckt werden; und trotzdem er im Bereiche der Stimmbänder lag, wurde auch bezüglich der Stimme ein gutes Resultat erzielt.

7. Garhammer, Stuttgart: **Zur Appendizitisfrage.**

Bei prinzipieller Festhaltung der internen Behandlung mit Opium, Eis- event. Wärmeapplikation, flüssiger Diät wurden von vornherein nur die Fälle der chirurgischen Behandlung überwiesen, in denen eine Beteiligung des Bauchfells in größerem Umfange anzunehmen oder ein Absceß durch Fluktuation oder Punktion sichergestellt war: ebenso wurde es gehalten, wenn im späteren Verlauf diese Erscheinungen sich einstellten. Für die Beurteilung des Grades der Bauchfellbeteiligung an dem Prozesse wurde in erster Linie der allgemeine Eindruck des Kranken und die Beschaffenheit des Pulses berücksichtigt; erst in zweiter Linie die Ausdehnung und Heftigkeit der Leibschmerzen, die Spannung der Bauchdecken, der Meteorismus, das Erbrechen und die Temperatur. Als leicht wurden die Fälle betrachtet, bei denen die objektiven und subjektiven Beschwerden in geringem Grade auftreten, der Allgemeinzustand des Kranken ein befriedigender ist und der Puls sich in guter Verfassung befindet. Zu den schweren wurden die gerechnet, die mit starken Schmerzen einhergehen, gleichzeitig mit einer Verschlechterung des Allgemeinbefindens, mit Verfall des Patienten, Frequent- und Kleinerwerden des Pulses. Innerhalb von sechzehn Jahren wurden so 167 Fälle behandelt, 84 leichte, 40 mittelschwere und 43 schwere. Von den letzteren wurden 18 zur Operation gebracht, davon starben 3; bei den nicht operierten 25 schweren Fällen, ebensowenig unter den mittelschweren und leichten Fällen ereignete sich kein Todesfall, so daß also eine Mortalität von nur 1,8%, oder bei Berücksichtigung nur der schweren Fälle von 3,6% resultiert. Danach hält G. ein chirurgisches Eingreifen in allen Fällen von Appendizitis für durchaus nicht nötig, selbst nicht in jenen, die einen schweren Beginn und Verlauf nehmen, da auch diese sehr wohl ausheilen können. Nur auf Grund sorgfältigen Individualisierens ohne Berücksichtigung eines Schemas ist die Indikation zur Operation zu stellen.

8. Durlacher, Ettingen: **Die Hauptursache der Placentarretention und ihre Verhütung.**

Das häufigere Vorkommen wirklicher Verwachsung der Placenta sieht D. nicht als erwiesen an; er führt einige Fälle seiner Beobachtung an, die zeigen, daß ein bis zur Lösung der Placenta durchgeführtes rein exspektatives Verfahren die spontane Lösung und Ausstoßung der Plazenta auch bei solchen Frauen zur Folge haben kann, die früher wegen sog. teilweiser Verwachsung schwere Blutungen erlitten haben, so daß manuelle Lösung erforderlich wurde. Die Ursache für die meisten Placentarretentionen sieht er in einem unsachgemäßen Verhalten in der III. Geburtsperiode. Die Vorschrift in der Dienstanweisung der Hebammen „sobald die Zusammenziehungen nachlassen und die Gebärmutter größer wird, hat die Hebamme die vorgeschriebenen Reibungen zu machen, bis die Gebärmutter zusammengezogen bleibt" erscheint ihm bedenklich, weil den physiologischen Verhältnissen nicht Rechnung tragend. Nach der Ausstoßung der Frucht ist der müde Uterus schlaff, um sich bald nach der Erholung zu kontrahieren, worauf Kontraktion und Erschlaffung physiologisch miteinander abwechseln; jede Reibung während der Erschlaffung kann das Organ zu rasch eintretender Kontraktion anregen; und die künstliche Beseitigung jeder erneut auftretenden physiologischen Erschlaffung durch Reiben und Kneten des Uterus führt zu unregelmäßigen tetanischen Kontraktionen mit unphysiologischer Lösung der Placenta, die dann Retention und Blutungen im Gefolge hat. Frühzeitige Expressionsversuche und überhaupt jegliches Reiben und Kneten des Uterus hindern die physiologische Lösung der Placenta; deshalb gipfelt die beste Verhütung der Nachgeburtsretention darin, daß nach Austritt des Kindes weder der Uterus noch die Bauchdecken berührt werden. Der Arzt vermag durch Inspektion und Pulskontrolle jegliche eventuelle innere Blutung, sowie das Höhertreten des kontrahierten Uterus zu erkennen. Dieses Höhersteigen des Fundus uteri dürfte in den meisten Fällen im Verlaufe einer halben Stunde zu konstatieren sein; erst wenn dies sichtbar eingetreten, sollte die Anwendung des Credéschen Handgriffs erfolgen. Eine Modifikation der Anweisungen für die Hebammen hält D. für angezeigt.

9. Kolb: **Die Sammelforschung des Bayerischen Komitees für Krebsforschung über das Jahr 1905.**

(Nicht abgeschlossen.)

10. Liebers, Leipzig: **Ein Fall von Dystrophia musculorum progressiva kombiniert mit Morbus Basedow.**

Es handelt sich um einen Fall von juveniler Form der Dystrophia musculorum progressiva mit Beteiligung der Gesichtsmuskulatur; die Erkrankung begann an den Muskeln des Schultergürtels im Pubertätsalter, erst später setzte die Beteiligung der Muskeln des Gesichts, des Beckens und der unteren Extremitäten ein. Aus anfangs unbestimmten Symptomen (Reizbarkeit, Schlaflosigkeit) entwickelte sich später das Krankheitsbild des Basedow, dessen Annahme trotz Fehlens der Struma und des Exophthalmus aus der Tachycardie, nutritiven Störungen, Erbrechen und Durchfälle, Angst und Unruhe, Zittern der Hände, Fiebersteigerungen, flüchtigen Oedemen der Augenlider berechtigt erscheint. Mit Exacerbationen der psychischen Symptome geht ein verstärktes Auftreten der somatischen einher. Im weiteren Verlauf der Krankheit bildete sich ein mehr chronischer Zustand nervöser Schwäche, Reizbarkeit und Verstimmung aus; die anfangs noch unkomplizierten Angstzustände führten unter Zunahme an Intensität und Häufigkeit zu Sinnestäuschungen und illusionären Verfälschungen der Wahrnehmung und zur Ausbildung eines melancholischen Versündigungswahnes. Die Kombination der beiden Erkrankungen dürfte als eine zufällige zu betrachten sein.

11. Urban, Linz: **Beitrag zur Frage der Antitoxinbehandlung des Tetanus.**

12. Hammer: **Die Radioaktivität der Stebener Stahlquellen.**

Die Untersuchung der Quellen wurde mit dem Sievekingschen Fontaktoskop in drei- bis viertägigen Intervallen vorgenommen. Zur Zeit enthalten die Quellen kein radioaktives Salz, sondern lediglich eine radioaktive Emanation; auffallend sind nicht unbeträchtliche Schwankungen; meteriologische und klimatologische Einflüsse beeinflussen den Gehalt der Quellen wesentlich. Die höheren Resultate waren durchweg nach kalter Witterung zu verzeichnen. Nicht nur wegen ihres Eisen- und Kohlensäuregehaltes, sondern auch wegen der hohen Radioaktivität gehören die Stebener Stahlquellen zu den stärksten bisher bekannten Stahlsäuerlingen.

13. Nerlich, Waldheim: **Ein Schlittengestell für einen Kinderwagen.**

Beschreibung der einfachen Vorrichtung nach einer Abbildung.

14. **Nekrolog auf Schoenborn.**

15. **Nekrolog auf Generalstabsarzt v. Lotzbeck.**

Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 8. 1907.

1. Neumann, Berlin: **Die natürliche Säuglingsernährung in der ärztlichen Praxis.**

Gegenüber der Tatsache, daß der Prozentsatz der künstlich ernährten Säuglinge sich bei den Bessergestellten wie bei der Gesamtbevölkerung von dem Jahre 1885 bis zum Jahre 1900 in Berlin um fast $^2/_3$ vermehrt hat, erscheint die Frage berechtigt, ob man in der künstlichen Ernährung wirklich so weit vorgeschritten ist, um ihre zunehmende Ausbreitung unbesorgt vor sich gehen zu lassen. Die Durchführung des Soxlethschen Prinzips der Portionsflaschen (namentlich nach Abstreifung gewisser äußerer

Formen und nach Aufgeben der übertriebenen Erhitzung), die Verwendung gut beschaffener Milch, und der Wegfall des Wohnungselends lassen bei den Bessergestellten die akuten tötlichen Darmstörungen der Säuglinge kaum noch vorkommen. Viel weniger sicher dagegen lassen sich auch unter günstigsten äußeren Bedingungen bei künstlicher Ernährung die langsam verlaufenden Darmstörungen vermeiden, die so oft durch Fehler in der Größe, Zahl und Zusammensetzung der Mahlzeiten, durch Gebrauch von im einzelnen Falle ungeeigneten Nährmitteln herbeigeführt werden. Sie können umso bedenklicher werden, je früher das Kind mit seiner Verdauung in Unordnung kommt. Schlimmere Gefahren, denen auch die Säuglinge der besseren Kreise bei künstlicher Ernährung ausgesetzt sind, sind die Rhachitis und die Neigung zu Krämpfen. Daß die Ernährung mit guter Kuhmilch vor Rhachitis schütze, ist nicht zuzugeben. Die Rhachitis, oder die Neigung dazu, ist vor allen Dingen erblich, und die Schwere der Rhachitis ist es, die von Ernährungsstörungen, vor allem subakuter und chronischer Art, von chronischen Infektionen (besonders tuberkulöser Natur) und von ungünstigen hygienischen Verhältnissen bedingt ist. Hereditäre Belastung mit Rhachitis, oder der Befund einer kongenitalen Rhachitis, sollen an und für sich eine Anzeige für die Brusternährung geben, ganz besonders dann, wenn das Kind in der zweiten Hälfte des Kalenderjahres geboren wird, da gerade die ungünstige Wirkung des Wohnungsklimas im Laufe des Winters die Rhachitis zum Ausbruch kommen läßt. Mit der Rhachitis vereinigt sich oft die Uebererregbarkeit des Nervensystems, die in Stimmritzenkrampf, in allgemeinen Krämpfen und in Erscheinungen einer larvierten oder manifesten Tetanie zu tage tritt, und die eine unmittelbare Bedrohung des Lebens bedingen kann. Für die von Krämpfen bedrohten Säuglinge — wenn bei älteren Geschwistern Krämpfe vorgekommen sind, oder wenn das familiäre Auftreten stärkerer Rhachitis Krämpfe befürchten lassen kann — ist unbedingt natürliche Ernährung zu fordern. Die Tatsache, daß die Brustkinder vor diesen Gefahren so gut wie gesichert erscheinen, und daß fast immer ein erheblicher Unterschied zwischen dem best gepflegten und gut entwickelten Flaschenkind und dem Brustkind zu Gunsten des letzteren besteht, muß dazu führen, laut und nachdrücklich für alle Bevölkerungsklassen die natürliche Ernährung bis zur äußersten Möglichkeit zu predigen. Diese für die Verbesserung der Volksgesundheit bedeutungsvolle Aufgabe erscheint nicht unlösbar. Bei der unbemittelten Bevölkerung ist der Rückgang des Stillens weder sozial noch physisch begründet; das Stillen kommt einfach außer Mode: noch im Jahre 1885 wurden in den Wohnungen von 1—2 Zimmern 65 % der Kinder von 1—11 Monaten an der Brust gefunden; danach ist wohl anzunehmen, daß 70—80% der Frauen stillen könnten. Demgegenüber fanden sich in den Wohnungen von vier und mehr Zimmern im Jahre 1900 weniger als 30% selbststillende Mütter. Und doch sind auch die bessergestellten Mütter nicht so zart und kränklich, daß sie nicht öfter stillen könnten. Von seiten der Mütter wird nach N.s Meinung viel mehr aus körperlichen Beschwerden und falscher Beurteilung der Funktionsentwicklung der Brustdrüse Widerstand gegen das Stillen geleistet, als infolge Abziehung durch den Beruf, gesellschaftliche Verpflichtungen, oder infolge Oberflächlichkeit oder bösen Willen. Daraus ergibt sich der bedeutende Einfluß der bei Geburt und Wochenbett beruflich tätigen Personen; die Aerzte, und in erster Linie die Geburtshelfer müßten von der Notwendigkeit der natürlichen Ernährung mehr überzeugt sein und sie überzeugender empfehlen. Gegenanzeigen gegen das Stillen können nur schwere chronische Krankheiten geben. Erschöpfung von den Geburtsblutungen, Schwächlichkeit, Blutarmut, Zartheit, Nervosität, Kreuz- und Rückenstiche sollten nie als solche gelten. Auch anfangs sehr milcharmen Brüsten läßt sich durch Geduld und geschickte Technik meist ein ausreichendes Nahrungsquantum entlocken; wichtig für den guten Fortgang des Stillens ist die Vermeidung der Ueberfütterung; die Brust soll nicht nach einem Schema gegeben werden, sondern nur dann, wenn das Kind deutlich Hungergefühl hat; das Nahrungsbedürfnis wird sich dann meist schnell auf vier bis sechs Mahlzeiten einstellen. Mäßigkeit in der Ernährung beugt am besten den Dyspepsien vor, die auch an der Brust sehr häufig sind; ihretwegen das Stillen zu unterbrechen ist unberechtigt; Verminderung der Größe und Zahl der Mahlzeiten, eventuelle Ergänzung zu geringer Nährmenge hierbei durch dünne Schleimlösungen von Soxleths Nährzucker, durch verdünnte Buttermilchsuppe oder gewöhnliche Milchmischung wird meist in einigen Wochen zum Ziele führen. Ob eine Brust genug Milch liefert, läßt sich nach der Wage feststellen. Gewichtszunahmen von 120 bis 150 g wöchentlich bei einem ruhigen Kinde erscheinen durchaus ausreichend. Nur wenn Nahrungsmengen und Gewichtszunahme wirklich im Rückstand bleiben und jede suggestive Therapie (auch die Lactagoga) versagt, soll man Zufütterung in Gestalt einer Flasche, bei Kindern von sechs bis sieben Monaten in Form eines Breies gestatten. Der Entstehung von Schrunden muß die sorgfältige Pflege der Brust vorbeugen; N. empfiehlt, die Brust nur einmal täglich zu waschen, das Kind ohne weiteres anzulegen, nach dem Anlegen mit Spiritus abzureiben und, wenn hierbei Schmerzen bemerkbar werden, mit Naphthalan 2:1 Vaselin flav. einzusalben. Was die Ammen betrifft, so nimmt man sie am besten aus Säuglings- und Wöchnerinnenheimen, in denen Mutter und Kind während einiger Monate sorgfältig beobachtet sind.

2. Kruse, Bonn: **Neue Untersuchungen über die Ruhr.** Nicht abgeschlossen.

3. Knauth, Würzburg: **Die Genickstarre in der bayerischen Armee, nebst einem Beitrag zur Aetiologie derselben nach den klinisch gemachten Beobachtungen in der Garnison Würzburg.**

Nach einer Uebersicht über die Beobachtungen bezüglich der Genickstarre in der bayerischen Armee in den Jahren 1879 bis 1905/06 bespricht K. eingehender die betreffenden Verhältnisse in Würzburg. Neun Fälle des Berichtsjahres 1888/89, eines schweren Pneumoniejahres, hatten eine Mortalität von 33 1/3%; zwölf Fälle vom Jahre 1893/94, in welchem vorwiegend Mandelentzündungen und Gelenkrheumatismus zur Beobachtung kamen, zeigten mit 20% Mortalität und einer wesentlich geringeren Behandlungsdauer einen viel günstigeren Verlauf; vier Fälle des Jahres 1901, das wieder ein schweres Pneumoniejahr war, endeten zwar mit Genesung, aber nach überaus stürmischem Verlauf; im Jahre 1904/5, in dem sonst viele schwere Influenzafälle vorkamen, endeten sämtliche neun beobachteten Fälle tötlich. Aus den hieraus sich ergebenden Beziehungen der Genickstarre zu den sonst in den betreffenden Jahren zur Beobachtung gekommenen Erkrankungen zieht K. bemerkenswerte Schlüsse. Er glaubt, daß mit Beginn der kalten Jahreszeit eine spezifische Winterinfektion in die Kasernen einzieht, deren Virulenz nach Witterungs-, Boden- und Temperaturverhältnissen des vergangenen Sommers verschieden ist, und die bei gegebener günstiger Gelegenheit, woran es bei Soldaten in Ausübung des Dienstes speziell während der Wintermonate nicht fehlt, meist schubweise durch den, gleich einer Barometersäule steigenden Lazarettzugang sich bemerklich macht; an den Krankentafeln sieht man vornehmlich die Diagnosen Mandelentzündung, Gelenkrheumatismus, Lungen- und Rippenfellentzündung, gastrisches Fieber, Influenza und schließlich auch Genickstarre. Allen diesen infektiösen Krankheitsformen soll nun eine einheitliche Infektion, die genannte Winterinfektion, zu Grunde liegen, die auf dem Wege der Mandeln durch die Blutbahn in den Organismus dringt. In den Mandeln sind Schutzstoffe gegen die von der Nase, dem Rachen, der Mundhöhle eindringenden Krankheitserreger aufgespeichert und werden hier neu gebildet; je nach der persönlichen Widerstandsfähigkeit des von der Infektion betroffenen Individuums werden im einen Falle die Schutzstoffe über die Infektion die Oberhand gewinnen — dann bleibt es bei einer Mandelentzündung, oder die Schutzstoffe unterliegen, das Infektionsprodukt dringt auf dem Wege der Blutbahn in den Organismus — eine der Winterinfektionskrankheiten kommt zum Ausbruch. Die Genickstarre würde sich hiernach nicht als eine einheitlich spezifische Erkrankung darstellen und statt Meningitis cerebrospinalis epidemica treffender, je nach der Art der Winterinfektion, Pneumococcen-, Streptococcen-, Staphylococcen-, Meningococcen-, Influenza-Meningitis genannt werden. War in Würzburg die Winterinfektion 1901 eine spezifische Pneumococcen-, die im Jahre 1905 eine Influenza-Infektion, so handelte es sich dementsprechend erstmals um eine Pneumococcen-, das letzte Mal um eine Influenza-Meningitis. Die jeweilige Prognose richtet sich nach Art und Virulenz der Winterinfektion.

4. Breine und Kinghorn, Liverpool: **Ueber die Wirkung des Atoxyls bei afrikanischem Rückfallfieber.**

Gegenüber der Mitteilung, daß Atoxyl eine schützende und heilende Wirkung bei der Spirillosis der Hühner besitzt, berichten Verf., daß sie bei Laboratoriumsinfektionen mit afrikanischem Rückfallfieber, Spirochaete Duttoni, nicht die geringste Wirkung vom Atoxyl gesehen haben. Für die Behandlung des Tickfiebers dürfte sich also Atoxyl nicht empfehlen.

5. Tollens, Kiel: **Zur Behandlung des Fiebers der Phthisiker mit Antipyreticis.**

6. Meisenburg, Berlin: **Ein Fall von Divertikel des Oesophagus.**

Der betr. Patient beobachtete seit einem halben Jahre, daß bei jeder Nahrungsaufnahme der letzte Bissen den Schlund nicht mehr frei passierte; Erbrechen größerer Massen bestand nicht, doch würgte er oft unter kurzen Hustenstößen minimale Speisereste heraus. Beim Sondierungsversuch traf der Magenschlauch bei 22 cm auf einen festen Widerstand; die Oesophagoskopie gelang nicht, doch förderte das Instrument ein Stück Fleisch heraus, das der Patient am Tage zuvor gegessen hatte, und da er inzwischen schon zwei andere Mahlzeiten genossen, wurde es damit wahrscheinlich, daß nicht eine organische Stenose, sondern eine pathologische Ausbuchtung der Speiseröhre vorliege. Da die ersten Sondenversuche vom linken Mundwinkel des Patienten aus gemacht waren, wurde dann versucht, vom rechten Mundwinkel aus, das untere Sondenende scharf nach links gedrückt, die Stenose zu passieren, und es gelang leicht in den Magen zu kommen. Wurde die Sonde von links in das Divertikel geführt, dann unter langsamem Zurückziehen nach rechts, also inneres Ende nach links, hinübergeführt, so fühlte man nach einem Zurückziehen um 2 cm das innere Ende frei werden. Danach konnte die Diagnose gestellt werden: Divertikel des Oesophagus, größte Entfernung des Divertikelbodens 22 cm von den Schneidezähnen, absolute Tiefe des Sackes vom unteren Rand der Oeffnung bis zum Boden 2 cm, Eingang, hintere Wand etwas nach rechts von der Medianlinie. Ein Röntgenbild bestätigte die Diagnose. Bei einer zweiten oesophagoskopischen Untersuchung passierte ein unangenehmer Zwischenfall, indem, wohl von einer Verletzung der hinteren Pharynxwand aus, sich ein ausgedehntes Hautemphysem entwickelte, das aber ohne böse Folgen wieder schwand. Die Therapie erstrebte, eine Füllung des Divertikels nach Möglichkeit zu verhindern; das wurde dadurch erreicht, daß der Patient seine Mahlzeiten in linker Seitenlage einnahm. Dadurch, im Verein mit öfteren Spülungen, sind die Beschwerden des Patienten in kurzer Zeit beseitigt worden.

7. Hoffmann, Charlottenburg-Westend: **Ueber Hypernephrom-Metastasen.** Die Diagnose der Nieren- und Nebennierengeschwülste ist oft mit großen Schwierigkeiten verbunden, von großem diagnostischem Wert bei diesen Tumoren sind die Metastasenbildungen, da sie oft das Krankheitsbild beherrschen und den Kranken wie den Arzt als erstes Symptom auf das schwere Leiden aufmerksam machen. H. berichtet über zwei Fälle, von denen der erste einen 56jährigen Mann betraf, der seit zwei Jahren Schmerzen im einen Bein, die ihn zum Hinken zwangen, und zwischen den Schulterblättern, verbunden mit Husten und Auswurf, hatte. Weder an Herz, Lungen, Knochenskelett war ein abnormer Befund zu konstatieren; nur in der Gegend der Gallenblase ließ sich ein faustgroßer, derber Tumor palpieren. Während des Krankenhausaufenthaltes bekam der Patient plötzlich eine halbseitige Lähmung und einige Wochen später beim Heben aus dem Bett eine Spontanfraktur des Oberschenkels; unter fortschreitendem Kräfteverfall erfolgte bald danach der Exitus. Die Sektion ergab am oberen Pol der einen Niere einen wallnußgroßen Tumor, ein typisches Hypernephroma malignum; die getastete Geschwulst in der Gallenblasengegend erwies sich als verkalkte Echinococcenblase; die das Krankeitsbild beherrschenden Symptome wurden durch die Metastasen erklärt, im Gehirn, auf den Pleuren, in den Bronchialdrüsen, in den Rippen und im Femur.

Der zweite Fall betraf eine 60jährige Frau, bei der sich seit einem halben Jahre eine Geschwulst an den Genitalien und am Oberschenkel entwickelt hatte. Die Untersuchung ergab eine blumenkohlartige, ulcerierte Geschwulst am Introitus urethrae, eine ähnliche am hinteren Scheidengewölbe und an der Innenseite des einen Oberschenkels; das kleine Becken war mit harten Tumormassen ausgemauert; über dem Oberlappen der einen Lunge fand sich totale Dämpfung mit abgeschwächtem Atmungsgeräusch. Die Diagnose lautete inoperables Scheidencarcinom mit Hautmetastase. Eine Untersuchung des probeweise exzidierten Tumors am Oberschenkel ergab aber ein malignes Hypernephrom; eine danach erneute Nierenuntersuchung ließ auf der einen Seite einen derben Tumor palpieren; im Urin fanden sich Spuren Eiweiß, Leukocyten, keine Zylinder, zeitweilig Blut, epithelioide Zellen; cystoskopisch ließen sich Tumormetastasen im Blasenfundus nachweisen. Die Autopsie ergab einen kindskopfgroßen Nierentumor, in den die Niere zum größeren Teil aufgegangen war. Neben den schon klinisch konstatierten Metastasen fanden sich solche im Oberlappen der einen Lunge, auf den Pleuren, in den Bronchialdrüsen und in der einen Tibia.

8. Frank, Berlin: **Die Behandlung der Haemorrhoiden mit Karbol-Alkoholinjektionen und ihre zweckmäßige Ausführung mittels temporärer Drahtligatur.**

Kleine, isoliert stehende, nicht entzündete Haemorrhoidalknoten können durch Injektion von einigen Tropfen Karbolglycerin in kurzer Zeit ohne Krankenlager zum Schrumpfen gebracht werden. Große prominente, breit auflagernde und entzündete Tumoren eignen sich für die Kombination von temporärer Ligatur mit nachfolgender Injektion. Nach Schleichscher Infiltration und ausgiebiger Einfettung der Umgebung umschnürt man den Haemorrhoidalknoten mit der mittelstarken Drahtschlinge eines Polypenschnürers und zieht langsam bis zur völligen Kompression der blutzuführenden Gefäße an; dabei schwillt der Knoten ad maximum an; alsdann spritzt man tief in den Knoten $^1/_5$—$^1/_3$ ccm einer 50%igen Karbolalkohollösung; sofort nach der fast schmerzlosen Injektion wird der Knoten graublau, dann weißlich und nach etwa fünf bis zehn Minuten völlig hart, worauf die Schlinge vorsichtig gelöst wird. In einer Sitzung ist so die Beseitigung aller Haemorrhoidalgebilde anzustreben. Zunächst erfolgt dann Pulverbehandlung; abführen läßt man am dritten bis vierten, aufstehen etwa am sechsten Tage. Die Knoten stoßen sich nach etwa acht bis zehn Tagen ab, worauf die Wundflächen einige Tage mit feuchten Umschlägen zu behandeln sind. In drei bis vier Wochen ist meist völlige Ueberhäutung, oft unter Nachhilfe mit Lapis, erzielt; seiner Tätigkeit kann der Patient auch in den schlimmsten Fällen vom achten bis zehnten Tage an nachgehen. Ganz besonders empfiehlt sich das Verfahren bei Leuten, die wegen des Alters oder sonstiger Leiden den Gefahren eines größeren Eingriffs, vor allem einer Narkose nicht ausgesetzt werden dürfen. Nicht geeignet ist die Methode bei Anwesenheit tiefer Fissuren; solche Patienten gehören dem Fachchirurgen und werden am besten in Narkose mittels Kauterisation behandelt.

9. Heermann, Posen: **Ein neues aktives Korsett.**

Zur Korrektur von Rippenbuckeln empfiehlt H. ein Korsett, das keine Armstützen trägt, sondern eine feste Stütze aus zwei Stahlstangen mit Platte, die sich gegen den Rippenbogen richten, außerdem am Darmbeinkamm eine Unterpolsterung, welche die Verschiebung des Oberkörpers überkorrigiert. Als wichtiges Hilfsmittel enthält es dann, innen eingenäht, auf dem Rippenbuckel der Brust- und Lendenkrümmung je einen entsprechend großen trockenen Gummischwamm.

10. Justi, Steglitz: **Erfindungen aus dem Gebiete der Medicin, öffentlichen Gesundheitspflege und Krankenpflege.**

Angeführt werden: Verfahren zur Darstellung von Tannin-Zimmtsäureverbindungen, eines in Wasser löslichen Polychlorals, einer festen Modifikation des Chlorals aus Chloralhydrat oder Chloralalkoholat, von Dialkylmalonyl-p-phenetidin, von Triiminobarbitursäuren, der CC-Diaethylarbitursäure, von Diaethylmalonylkarbonyldiharnstoff, Diaethylacetyldiathylamid, Isovaleriansäurebenzylester, eines festen, wasserlöslichen Halogenquecksilberoxydulsalze in kolloidaler Form enthaltenden Präparats, eines entsprechenden Silberchromat enthaltenden Präparats, von neutralen Präparaten aus Copaivabalsam, der Quecksilbersalze der Cholsäure, von neutralen Säureestern aus Sandelöl, von Kondensationsprodukten des

Tannins mit Formaldehyd und Säureamiden resp. Kohlensäurederivaten, von haltbaren Lösungen der Nebennierensubstanz, von luftbeständigen festen Verbindungen der wirksamen Base des Nebennierenextraktes, von Kondensationsprodukten aus Formaldehyd und Formamid oder Acetamid.

11. Biesalski, Berlin: **Ueber Krüppelfürsorge.**

Rede bei Eröffnung der ersten Berliner Krüppelheilanstalt.

12. Landsberger: **Ueber die Tätigkeit der Berliner Schulärzte.**

Einige Punkte aus dem von Hartmann der Schuldeputation erstatteten Jahresbericht werden hervorgehoben.

13. Paull, Karlsruhe: **Krankenhäuser in drei Erdteilen.**

Erlebnisse einer Mittelmeerreise. Feuilleton.

Aerztliche Rundschau. Nr. 5. 1907.

1. Mörchen: **Ueber „orthozentrische" Kneifer.**

Entgegen einer sehr absprechenden Kritik von Feilchenfeld (d. W. Nr. 52, 1906) hat Verf. mit dem orthozentrischen Kneifer bei sich selbst und einzelnen Patienten die besten Erfahrungen gemacht. Er hat die verschiedensten Arten von Gestellen und Fassungen von Kneifern durchprobiert, aber erst der orthozentrische hat es ihm ermöglicht, auf die Brille zu verzichten. Der leichte und unbedingt sichere Sitz des Gestelles, die nicht variationsfähige, tadellos horizontale Einstellung der Längsachse des Glases, das gute Aussehen haben ihm den orthozentrischen Kneifer unentbehrlich gemacht.

2. Rosenthal, Weimar: **Beta Sulfopyrin bei der Behandlung des Jodismus und des akuten Schnupfens.**

Bücherbesprechung.

Ueber den Heilwert der „gelben Augensalbe".

Von Dr. Gelpke, Karlsruhe. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde, VI. Band, Heft 6.) Verlag von Carl Marhold, Halle a. S. 1906.

Nach Besprechung der verschiedenen, unter dem bekannten Namen der gelben Augensalbe im Gebrauch stehenden Mittel kommt Verf. zu dem Schluß, daß man, mag man für die gelbe Salbe als resorbierendes Mittel mehr oder weniger eingenommen sein, sich stets eines vorzüglichen Präparates versichern muß. Je feiner das Hg. in der Salbe verteilt ist, je reizloser das Konstituens und dessen Fähigkeiten mit den physiologischen und pathologischen Flüssigkeiten des Auges sich zu mengen, desto gleichmäßiger und günstiger die Oberflächenwirkung. Klumpige, schollenartige Hg.-Ansammlungen in der Salbe müssen unbedingt eine schädliche Aetzung der Bindehaut und Hornhaut zur Folge haben.

Die verschiedenen Indikationen der gelben Salbe interessieren nur den Augenarzt. Jedenfalls ist ernstlich vor dem häufig geübten schablonenhaften Gebrauch des Mittels zu warnen.

Moll, Berlin.

Vermischtes.

Berlin. Auf Anregung des deutschen Samariterbundes soll in der Pfingstwoche 1908 ein Internationaler Kongreß für Rettungswesen in Frankfurt a. M. stattfinden. Es ist der Gedanke einer solchen Zusammenkunft aus dem Grunde als ein sehr zweckmäßiger und zeitgemäßer zu begrüßen, als je nach den örtlichen Verhältnissen und Arten der Betriebe und Verkehrsmittel eine Sonderung der Einrichtungen und Gerätschaften für erste Hilfe in Städten und auf dem flachen Lande, auf Eisenbahnen, an den Küsten, auf und an See, an Binnenwässern, in Bergwerken, im Gebirge usw. stattgefunden hat. Ein Austausch der auf diesem Gebiete gemachten Erfahrungen ist daher dringend erforderlich. Vor kurzer Zeit hat zu Frankfurt a. M. die Begründung des Organisationsausschusses stattgefunden, dessen Vorsitz Oberbürgermeister Adickes, Frankfurt a. M., übernommen hat.

Berlin. Am zweiten Pfingstfeiertage findet in Heidelberg die XIV. Tagung süddeutscher Laryngologen statt. Das definitive Programm wird Mitte April verschickt werden.

Berlin. Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums ladet alle Aerzte in einem dringenden Aufruf zu recht lebhafter Beteiligung an den vortrefflichen Bestrebungen der Gesellschaft ein. Jahresbeitrag 3 M. Charlottenburg, Hardenbergstr. 39.

Berlin. Im Seminar für soziale Medicin der Ortsgruppe Berlin des Verbandes der Aerzte Deutschlands wird vom 20. April bis 4. Mai 1907 ein Vortragszyklus über das Krankenversicherungsgesetz in Theorie und Praxis im großen Auditorium des Kaiserin Friedrich-Hauses, Abends 8 Uhr, gehalten werden. Die Herren Prof. Dr. Mayet, Dr. Mugdan, Dr. Albert, Dr. D. Munter, Dr. Dresdner, Dr. I. Köhler und Dr. Rudolf Lennhoff werden die Vorträge übernehmen. Außerdem finden seminaristische Uebungen statt.

Amsterdam. Ein internationaler Kongreß für Psychiatrie, Neurologie, Psychologie und Irrenpflege wird hierselbst vom 2. bis 7. September d. J. stattfinden. Derselbe wird gegen die früheren Kongresse zu Brüssel, Paris, Antwerpen und Mailand durch Angliederung einer Sektion für „Experimentalpsychologie" erweitert werden.

Möbius-Stiftung. Am 8. Januar dieses Jahres ist einer der bedeutendsten und beliebtesten Aerzte, Dr. Paul Julius Möbius zu Leipzig, mitten aus fruchtbarster wissenschaftlicher Arbeit und segensreichstem Wirken durch allzufrühen Tod seinen Freunden, Kollegen und Patienten entrissen worden. In bescheidener, anspruchsloser Zurückgezogenheit rastlos schaffend, hat er durch eine seltene Fülle origineller Werke und Schriften und durch zahlreiche wertvolle Anregungen nicht nur die medicinische Wissenschaft außerordentlich gefördert und ihr Gebiet erweitert, sondern auch viele neue Richtungen vorgezeichnet und erstrebenswerte Ziele gesteckt. Darum erscheint es ebenso Pflicht der Dankbarkeit wie Gebot der Wissenschaft, dafür zu sorgen, daß sein Geist in der Medicin und besonders in den von ihm gepflegten Fächern, der Nervenheilkunde und Psychiatrie, noch recht lange lebendig fortwirke. Zu diesem Zwecke beabsichtigen die Unterzeichneten eine Möbius-Stiftung zu begründen, deren Zinsen in der Regel alljährlich als „Möbiuspreis" für eine würdige und gediegene Arbeit*) aus einem der beiden genannten Fächer verwendet werden sollen. Alle, die Möbius gekannt haben, werden mit den Unterzeichneten der Ueberzeugung sein, daß diese Art, in der Nachwelt fortzuleben, dem Wunsche des Verewigten entsprochen haben würde. Anmeldungen bitten wir an den mitunterzeichneten Herrn Curt Reinhardt in Leipzig, Lessingstraße, zu richten. Es wird bemerkt, daß es sich nur um einen einmaligen Beitrag handelt. Unter Bekanntgabe des Erfolges der Subskription und unter Mitteilung der von den Unterzeichneten getroffenen Organisation der Stiftung werden wir die Einsendung des Betrages z. Zt. selbst erbitten.

Oberarzt Dr. Bresler, Lublinitz, Schlesien.
Professor Dr. Edinger, Frankfurt a. M.
Verlagsbuchhändler Walther C. Jäh, Halle a. S.
Augenarzt Dr. Lamhofer, Leipzig.
Obermedicinalrat Dr. Lehmann, Heilanstalt Dösen bei Leipzig.
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Moeli, Herzberge bei Berlin.
Curt Reinhardt, Leipzig.

*) Es soll abwechselnd in einem Jahre eine auszuschreibende Arbeit prämiiert werden, die dann in der „Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift" zu erscheinen hat, deren Mitherausgeber der Verewigte war, im anderen Jahre die würdigste Zeitschriftenarbeit oder Monographie psychiatrischen oder neurologischen Inhalts, die während der beiden vorangegangenen Jahre bereits veröffentlicht war, ausgewählt und mit der Prämie ausgezeichnet werden.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Der Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P. Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 15. April 1907. **Nr. 15.**

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Biersche Stauung in der inneren Medicin.

(Vortrag, gehalten vor dem Rostocker Aerzteverein, am 9. Februar 07.)

Von Dr. **E. Zabel**, Rostock, Spezialarzt für innere Krankheiten.

M. H.! Vor kurzem*) durfte ich hier vor Ihnen über die Verwendung und den Wert der Röntgenstrahlen in der inneren Medicin sprechen. Der Gegenstand des heutigen Themas betrifft gleichfalls einen Faktor von — ich will unvoreingenommen sagen — Interesse für die Gesamtmedicin, dessen speziellen Wert für die interne Medicin zu beleuchten, Sie interessieren dürfte.

Wie einst die Röntgenstrahlen fruchtbringend zunächst auf dem Gebiete der Chirurgie sich erwiesen, so kam die von einem Chirurgen ausgebaute Stauungshyperaemie anfangs auch nur dessen Disziplin zugute; und wie nur ganz allmählich — Schritt für Schritt — die Röntgenologie auch in der inneren Medicin Boden gewann, so mehren sich, wenn auch langsam, die Versuche, auch die Stauungshyperaemie der Therapie des internen Arztes mit Erfolg einzuverleiben. So konnte Krehl bei Besprechung schon der II. Auflage des Bierschen Buches den Satz aussprechen, daß nicht nur bei chirurgischen, sondern auch mancherlei in das Gebiet der inneren Medizin schlagenden Anomalien die Hyperaemie sich bewährt, und der Kreis Schritt für Schritt sich erweitert habe. Und Garrè richtet gelegentlich des Referats über die letzte Umarbeitung des Bierschen Buches wie an andere Spezialisten so vornehmlich an die Internisten die dringende Mahnung, den entsprechenden, sie interessierenden Abschnitten des Bierschen Werkes näher zu treten und nicht länger zu zögern, sich die systematische Prüfung dieses Heilfaktors auch in ihrem Fache angelegen sein zu lassen. Der Ausspruch und Rat so hervorragender Forscher zusammen mit dem Interesse, welches allerorten die Stauungshyperaemie wachgerufen, und den selbst von der gegnerischen Kritik nicht wegzuleugnenden Erfolgen, welche sie auf dem Gebiete der Chirurgie gezeitigt hat, rechtfertigt, wie gesagt, glaube ich, wenn ich auch vom Standpunkt des inneren Mediciners die Stauungshyperaemie hier in den Kreis unserer Betrachtung ziehe. Und zwar soll der Vortrag, da bisher eine zusammenfassende Darstellung der Bierschen Stauung in der internen Medicin fehlt, Ihnen zunächst unter Sammlung der zerstreuten Einzelbeobachtungen und Hinzufügung eigenen Materials einen Ueberblick über die Anwendungsgebiete und Resultate der Methode in der inneren Medicin geben und dann weiter an einer Zahl interessanter Untersuchungsreihen den Ausblick schildern, welcher sich der Stau- und Saughyperaemie in der Hand des internen Arztes voraussichtlich eröffnet, beides in der Absicht, die Methode nunmehr der verdienten Würdigung, systematischen Untersuchung und objektiven Beurteilung auch in der inneren Medicin entgegenzuführen.

*) Korrespondenz-Blatt des Allgem. Meckl. Aertztevereins Rostock. 27. XII. 06.

Von dem Grundsatze der Zweckmäßigkeit der natürlichen Heilungsvorgänge ausgehend, sieht Bier auch in der Hyperaemie eine zweckmäßige Lebenserscheinung, und zwar erachtet er sie unter den Reaktionsvorgängen des Körpers für das verbreitetste Selbstheilmittel des Organismus.

Er unterscheidet zu praktischen Zwecken — wissenschaftlich ist, wie er ausführt, eine strenge Trennung nicht möglich — zwischen der arteriellen oder aktiven Hyperaemie, bei der ein Körperteil reichlich vom strömenden Blut durchflutet wird, und der venösen, passiven oder Stauungshyperaemie, bei der es zur stärkeren Füllung infolge Verminderung des Abflusses kommt.

Die aktive, seit altersher als Wirkung der Wärme von Laien und Aerzten angewandte Hyperaemie, für die Bier unter Präzisierung der Indikationen praktische Apparate hergestellt hat, entfällt dem Rahmen dieses Vortrages, und wir beschäftigen uns hier nur mit der Stauungshyperaemie.

Auch sie stellt ein uraltes Volksmittel dar: Bier verweist auf das Binden der Glieder beim Aderlaß, zur Fernhaltung der Giftwirkung des Bisses von tollen Hunden und Schlangen und zur Verhütung einer inneren Verblutung (cf. Celsus' Rat der Extremitäten-Abschnürung bei Blutungen aus dem Munde [Kobert-Frieboessche Ausgabe p. 555]).

Ob die Erscheinung, daß zuweilen Epileptiker mit Extremitätenaura beim Gefühl des herannahenden Anfalls durch Umschnüren des Gliedes den Ausbruch derselben koupieren können, im Sinne der Wirkung einer Hyperaemieerzeugung gedeutet werden kann, lasse ich dahingestellt. Recht interessant ist die Bier von einem Psychiater gemachte Mitteilung, daß manche Epileptiker mit einsetzender Aura ihre Halstücher bis zur Erzeugung einer venösen Hyperaemie straff anziehen und dadurch die Attaque hintanzuhalten vermögen.

Die Stauungshyperaemie ist auch vor Bier schon — er erinnert an A. Paré, Dumreicher, Nikoladoni, Thomas und Helferich — zur Festigung von Knochenbrüchen und Ernährungsversuchen therapeutisch mit Erfolg angewandt und somit, wie Bier freimütig selbst zugesteht, von ihm nicht erfunden worden. Mit Recht beansprucht dagegen Bier das Verdienst, die Lehre von der zielbewußten Anwendbarkeit der Stauungshyperaemie geschaffen und vor allem, brechend mit den eingewurzelten Grundsätzen der die Therapie jahrzehntelang in unheilvollem Bann gehaltenen Antiphlogose und in richtiger Würdigung der Bedeutung der Entzündung, wie sie neuerdings von Lebert, Buchner, Metschnikoff, Ribbert u. a. vertreten wird, die Notwendigkeit der Förderung vornehmlich der

entzündlichen Hyperaemie, als einer nützlichen Einrichtung gelehrt zu haben.

Wenden wir uns zuerst — als zwei Faktoren von grundlegender Bedeutung für die Stau- und Saugbehandlung — den Apparaten und der Technik zu.

Zur Erzeugung der Hyperaemie verwendet Bier

1. Bindenkonstriktion.

Eine elastische, mit einer Mullbinde unterpolsterte Martin'sche Gummibinde, die in sich teilweise deckenden Touren glatt und möglichst proximal um die Extremitäten gelegt und entweder mit einer Sicherheitsnadel geschlossen oder deren Ende nach Klapp einfach mit Wasser festgeklebt wird, wobei man in den ersten paar Minuten keine Bewegungen ausführen darf. Zur Ersparung von Gummi empfiehlt Kuhn den Gebrauch einer Doppelklammer. Zwecks Druckregulierung der Binde hat nach Mitteilung von Mindes Kozlowski einen Apparat erdacht, bei dem das Band über eine Walze mit Schraubenvorrichtung läuft. Statt der Binde empfiehlt Henle zur leichten Dosierung einen mit einem Manometer in Verbindung stehenden Hohlschlauch, von Leyden-Lazarus mit Oesen und Knöpfen, ähnlich wie bei der Kopfstauung, versehene Gummibinden, Guth einfache Heftpflasterstreifen.

Zur Kopfstauung bedient Bier sich einer um den Hals — und zwar unterhalb des Kehlkopfes — zu legenden, unterfütterten Baumwollbinde von bei Erwachsenen 3 cm, bei Kindern 2 cm Breite, deren Länge etwa dem Umfange des Halses entspricht, mit im Nacken zu schließenden Haken und Oesen und einer Unterlage von je einem Filzklötzchen zu beiden Seiten des Kehlkopfes. Keppler gebraucht ein Gummiband, das aber wegen der Abnutzung (Schweiß) nach einigen Tagen durch ein anderes ersetzt werden muß. (Kehlkopf-Spiegelkontrolle notwendig. cf. weiter unten!) Während der Nacht muß die Binde infolge des Fortfalls der Muskelkontraktionen etwas lockerer als bei aufrechter Körperhaltung liegen.

Die Mahlzeiten werden von den meisten Patienten mit angelegter Binde ganz gut eingenommen. Die Binde bleibt je nach dem Falle verschieden lange — von einer halben bis 24 Stunden — liegen. In der Staupause wird nach Joseph die Haut der Konstriktionsstelle mit Kampherspiritus und Puder gepflegt. Die Binden seift man, nach demselben Autor, ab, legt sie für einige Zeit in Sublimatlösung und trocknet sie wieder.

Aehnlich wie die Kopfstauung wird die Hodenstauung erzeugt durch Umlegen eines mit einer Klammer zu schließenden dicken Gummischlauches um die Wurzel des Hodensackes nach Herabziehung des Testikel unter gleichzeitiger Verwendung eines gut gepolsterten Suspensoriums.

Art und Kriterien der Stauung.

Die durch die Binde hervorgerufene Stauung soll eine sogenannte Heiße Stauung sein, d. h. die gesunde Extremität soll nach Kompression der oberflächlichen Venen durch die Binde sich warm anfühlen, bläulichrot verfärbt sein und gut fühlbaren Puls darbieten. Nie sollen durch die Binde Schmerzen oder Paraesthesien ausgelöst, vielmehr die Patienten so wenig dadurch geniert sein, daß sie mit der Binde ihrer Beschäftigung nachgehen können. Für das richtige Liegen der Binde bei akuten Endzündungen gilt als Kriterium der Eintritt einer hochroten Verfärbung, ödematösen Schwellung und akuten Schmerzlinderung.

Streng zu vermeiden ist die sogenannte Kalte Stauung, bei der auch die Arterien zugedrückt werden, mit dem Auftreten zinnoberroter Flecke.

Eine Mittelstufe zwischen heißer und kalter Stauung wird in letzter Zeit von Bier zur kurzdauernden Hyperaemisierung tuberkulöser Gelenke angewandt.

Sehr selten ist die wahrscheinlich auf Lymphstauung beruhende Weiße Stauung, bei der die Glieder nicht hyperaemisch, sondern ödematös, glänzend und weiß sich zeigen.

Die weiße Stauung ist völlig unwirksam, die kalte Stauung aus klaren Gründen gefährlich. Nützlich und erstrebenswert ist allein die heiße Stauung.

Von günstigstem Einfluß ist nach Colley die Kombination der Staubehandlung mit warmen Vollbädern, namentlich auf die Abschwellung des Stauungsödems, welches nach ihm selbst dann sehr viel schneller eintritt, wenn das Glied überhaupt außerhalb des Wassers bleibt, was mir besonders für die Kopfstauung von Bedeutung erscheint.

Während bei der Bindenstauung die passive Natur der Hyperaemie unbezweifelbar ist, frägt es sich, welche Art der Hyperaemie durch die folgenden Apparate, die Schröpfköpfe und die gläsernen großen Saugapparate, erzeugt wird. Daß das Saugglas kein Derivans ist, wie man früher glaubte, sondern ein hyperaemisierendes Mittel, scheint Bier sicher. Wahrscheinlich ist nach ihm, daß bei leichteren Graden der durch diese Apparate erzeugten Hyperaemie diese arterieller Natur ist, bei höheren Graden infolge der Behinderung des venösen Rückflusses durch den atmosphärischen Druck aber eine Stauungshyperaemie vorliegt, wofür, worauf Bier hinweist, u. a. die Verminderung der Resorption und die Blaufärbung spricht.

2. Sauggläser.

a) Trockne Schröpfköpfe. Am Stamme, wo die Binde keine Anwendung finden kann, besorgen die Hyperaemie die altehrwürdigen Schröpfköpfe, denen so Bier wieder zu ihrem alten Ansehen verholfen hat. Zur Erzeugung und Regulierung des Grades der Luftverdünnung dient ein Gummiballon oder eine Saugspritze. Je nach der Flächenbeschaffenheit der Ansatzstelle hat man den Gläsern, deren umgelegte Ränder zum besseren Anhaften eingefettet werden, verschiedene Basisformen und -größen und zur gleichzeitigen Ansaugung von Sekreten seitliche Ausbuchtungen wie bei den Milchsaugern gegeben. Die Gläser werden ausgekocht, der Gummiballon mit Sublimat- und Lysollösung ausgespült.

b) Große Saugapparate. Den großen, namentlich von Biers Mitarbeiter Klapp ausgebildeten, gläsernen, mit ein oder zwei Gummistulpen versehenen Saugapparaten hat der in Vergessenheit geratene Junodsche Schröpfstiefel Pathe gestanden. Junod gebrauchte, wie Bier auseinandersetzt, sein Instrument allerdings als ableitendes Mittel zur intensiven Haemospasie, d. h. zur Blutansaugung in die vier Extremitäten zwecks Erreichung einer Ohnmacht als Narkose für Operationen und Einrenkung von Luxationen, sowie vor allem als Revulsivum gegen innere Blutung. Die Bier-Klappschen Apparate sollen etwas gerade Entgegengesetztes, nämlich die Hinleitung von Blut zu erkrankten Teilen, bewirken.

Um die Kontrolle der Farbe und des Grades der Hyperaemie zu ermöglichen, müssen die Innenwände gegen das Beschlagenwerden mit Seifenpulver abgerieben werden. Die um die Stulpe gewickelte Kautschukbinde darf nicht so fest angelegt werden, daß dadurch schon eine Stauungshyperaemie hervorgerufen wird. Zur Luftverdünnung dient eine Fahrradpumpe mit umgekehrter Ventilstellung. Für Schulter- und Hüftgelenk haben die beiden Autoren noch keine entsprechenden Apparate angegeben.

Eine große Bedeutung erlangen diese Apparate noch dadurch, daß sie durch Anlegung eines losen Gummifensters und dadurch erzielte Gewinnung und Benutzung des atmosphärischen Druckes die glückliche Kombination von Hyperaemiewirkung und orthopädischer Massage (versteifte Gelenke!) ermöglichen.

Die Technik der Anwendung beider Apparatformen, der Schröpfköpfe sowohl wie der Saugglåser größeren Stils, ist im allgemeinen die, daß man $^1/_2$ bis $^3/_4$ Stunde hindurch abwechselnd 5 Minuten saugt und 3 Minuten pausiert.

Feuilleton.

Zur Bekämpfung des Kurpfuschertums.

(Fortsetzung.)

Aber wir müssen zusehen, ob in jenem Verhalten der Volkspsyche nicht neben dem mangelhaften, unklaren also zu bekämpfenden Urgrunde noch ein anderer ruht, der wesenszugehörig d. h. berechtigt ist, dem gegenüber also die Parole auf unserer Seite nicht Kampf, nicht Lehre sondern Lernen heissen müsste!

Da bin ich nun der Meinung, dass es in der Tat einen solchen berechtigten Kern gibt, dem die sogenannte Schulmedicin im allgemeinen zu wenig gerecht zu werden pflegt, während ihm das Kurpfuschertum überall sehr schnell, und wie wir sehen werden ohne besondere Anstrengungen zu genügen vermag. —

Der kranke Mensch, auch der nicht abergläubische verlangt nach Autorität; er will zum Glauben und Hoffen, zur Zuversicht gebracht, gezwungen — meinetwegen sogar getäuscht werden. Und das ist sein gutes Recht! Aber hier versagen vielfach unsere Mittel, noch häufiger unsere therapeutischen Erwägungen. Ueber dem kranken Körper vergessen wir die mitkranke Seele und den mitkranken Geist! Auch der Allervernünftigste kann im Krankheitszustande nicht als im Vollbesitz seiner Vernunft — wenigstens nicht in der Anschauung seiner selbst — betrachtet werden. Ausser dem leidenden Körperzustande muss daher auch der kranke Seelen- und Vernunftzustand gebührende Berücksichtigung erfahren. Auf diesen beiden Kanälen der Empfindung und des Denkens können heilende aber auch schädigende Einflüsse aller Art dem leidenden Gesamtorganismus zugeleitet werden. Dieser wichtigen Rolle des nervösen Elementes wird oft in Praxis nicht das gebührende Interesse geschenkt, obgleich ein jeder moderne Arzt mit ihr vertraut ist.

Wir wissen, dass der von Cholerafurcht Besessene eine erhöhte Disposition für die Erkrankung gewinnt und wir kennen auch den physiologischen Weg, der diesen anscheinend mystischen Vorgang plausibel macht. Wir wissen, dass nicht nur schwere Körperanstrengung, Laufen und dergleichen, sondern auch Schrecken, Aufregung, Gemütsdepression die Verdauungstätigkeit in hohem Grade beeinträchtigen, die Resorption von Nährstoffen fast völlig hintenanhalten kann. Wir sind uns durchaus der Tatsache bewusst, dass der menschliche Körper kein Automat ist, der stets und ständig in gleicher Weise auf den gleichen Einwurf reagiert. Und doch wird diesem Satze



Zweierlei ist leider bei der Stauungs-Behandlung zu bedauern: D. i. einmal die infolge der dauernd notwendigen Kontrolle bedingte Unmöglichkeit der ambulatorischen Behandlung mit der Bindenkonstriktion und dann der große Zeitaufwand bei Anwendung der Sauggläser, beides Momente, die für den vielbeschäftigten praktischen Arzt schwer in die Wagschale fallen.

In der Folge sind nun einzelne Modifikationen und mit der Uebertragung der Stauungshyperaemie in die verschiedenen Spezialfächer mancherlei Sonderapparate angegeben.

So hat Kuhn-Kassel zur Verbilligung der Schröpfköpfe Gläser mit auswechselbarem, für alle verschiedenen Formen passendem Gummiballon angegeben. Von Muck, Raudnitz, Prym und Polyak sind Sauggläser für Gaumen- und Rachenmandelentzündungen, Peritonsillitiden und Retropharyngealabszesse konstruiert. Zur Therapie und — speziell topischen — Diagnostizierung der Nasen- und Nasennebenhöhlen-Erkrankungen haben eigene Apparate ersonnen Sondermann-Dieringhausen, Leuwer-Heidelberg und Martin-Magdeburg. Bauer-Wien hat ein nach Analogie des Siegleschen Ohrtrichters gebautes Instrument und Jacobi-Berlin einen Sauger der Urethralschleimhaut bei Gonorrhoe in die Therapie eingeführt.

Einen großen Apparat zur Hyperaemie-Behandlung des Kopfes hat Schmieden-Bonn konstruiert. Er besteht aus einer umklappbaren Glasglocke auf eisernem Gestell mit Halsmanschette, auswechselbaren Mundstücken, Nasen- und Ohrverschluß, sowie einem Schälchen mit Seifenpulver. Zur eigenen Bedienung dient ein Tretbalg, zur Zeitbestimmung eine 5-Minuten-Sanduhr. Der Apparat verursacht nach Schmieden auffallend wenig Belästigung. Bei höheren Graden der Luftverdünnung mit Trommelfellvorwölbung braucht der Patient nur das Mundstück fahren zu lassen, wodurch dieselbe eine momentane Unterbrechung erleidet. Nach Möglichkeit soll man allerdings derartige plötzliche Druckschwankungen vermeiden. Die Hyperaemie ist nach Schmieden bei richtig sitzender Halsmanschette arterieller Natur.

Wenn ich m. H., mir erlaubt habe, diese u. a. Instrumente hier mit auszulegen, so hätte ich mir mit der Demonstrationen Vorwurf des Uebergriffes in die anderen Spezialfächer zu machen, wenn ich nicht zu meiner Entschuldigung anzuführen hätte, daß einmal die Fabrik mir einen Teil — zwecks Auslegung — mitgesandt hat, einen anderen Teil ich mir aus persönlichem Interesse deswegen habe schicken lassen, weil ich aus ihm Anregung für die Verwendbarkeit der technischen Prinzipien auch für die innere Medicin schöpfen zu können glaubte. (Fortsetzung folgt.)

Kongressbericht.

XXXVI. Kongreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

Referent: Dr. Max Litthauer.

1. Sitzungstag 3. April 1907.

Die Eröffnungsrede des Vorsitzenden begann mit einem tiefempfundenen Nachruf auf Ernst v. Bergmann. Er gab dann ein kurzes Resümee der Krankengeschichte v. Bergmanns und erwähnte, daß die Sektion eine Pankreasnekrose aufgedeckt habe und zugleich eine Verwachsung und Abknickung an der Flexura coli lienalis.

Hr. Rehn-Frankfurt a. M.: Die Chirurgie des Herzens, resp. des Herzbeutels. Er wies zunächst darauf hin, daß er vor 10 Jahren zuerst auf dem Kongreß über einen Fall von Herznaht berichtet hätte. Wenn das Verlangen gestellt würde, daß jeder praktische Arzt auch die Herzwunden nähen müsse, so sollte dagegen unbedingt Einspruch erhoben werden. Die Erfahrung habe gelehrt, daß es zwar durchaus nicht gelänge, alle Fälle von Herzverletzungen zu retten, daß mancher Kranke selbst während der Operation an der Verblutung starb; daß aber die eigentlichen chirurgischen Manipulationen, die mit dem Herzen vorgenommen worden seien, keinen Herzstillstand herbeigeführt hatten. Die Diagnose der Herzverletzung sei nicht immer leicht. Die Röntgenuntersuchung kann Aufklärungen bringen. Im übrigen müsse man die Lage der Wunde berücksichtigen, den fast immer vorhandenen Chok, das Zeichen der inneren Blutung; eventuell kann man durch eine vorsichtig eingeführte Sonde ergründen, ob die Wunde in der Richtung nach dem Herzen sich in die Tiefe fortsetzt. Endlich sei durch die Perkussion festzustellen, ob der Herzbeutel mit Blut gefüllt sei. Der Pericard kann eine gewisse Menge von Blut — ca. 200 ccm — aufnehmen, ohne daß schädliche Wirkungen auf das Herz auftreten. Darüber hinaus vermag der Pericard sich nicht zu dehnen, es tritt dann Herzdruck ein. Das Herz steht schließlich ermüdet still. Die subjektiven Klagen der Kranken beziehen sich auf Atemnot, ein Gefühl von Oppression, Schwäche. Befinden sich im Herzen Fremdkörper, Messerklingen, Nadeln usw., so solle man womöglich das Herz erst freilegen und dann die Fremdkörper entfernen. Bei der Frage der operativen Behandlung müsse man auch berücksichtigen, daß auch spontane Heilungen vorkommen. Doch kommen auf solche Spontanheilungen häufiger sekundäre Todesfälle durch Nachgeben der Narbe vor.

Was den Eingriff selbst anlangt, so sei als erste Regel festzuhalten, daß das Herz auf möglichst schonende Weise freizulegen sei. Es muß dabei individualisiert werden. Rehn ist der Meinung, daß die Pleura, wenn möglich, zu schonen sei. Von großer Wichtigkeit sei die Tamponade des Pericards.

Wenn man berücksichtigte, daß vierundvierzig aller Todesfälle nach operativer Behandlung der Herzverletzungen durch die Blutung bedingt sind, so leuchtet es ein, daß blutsparendes Operieren von der größten Bedeutung ist. Experimente Gottliebs haben gezeigt, daß eine völlige Kompression des rechten Vorhofs von dem Tierherzen za. einundeinehalbe Minute ertragen wurde, eine unvollkommene za. vier Minuten. Gottlieb glaubt, daß auch ein menschliches Herz eine solche Kompression und die dadurch bedingte Absperrung des Blutes vom Herzen eine Zeitlang ertragen kann. Rehn rät daher, bei den Operationen zunächst die Cava inferior zu komprimieren, eventuell auch weiter hinauf Cava superior und Vorhof zu komprimieren. In der Zeit, wo durch die Kompression

---

nicht überall und lange nicht bis zu seinen letzten, noch garnicht abzusehenden Grenzen Rechnung getragen. Am meisten wohl noch in der Heilstättenbehandlung, deren augenscheinliche Erfolge zum grossen Teil dieser günstigen Allgemeinbeeinflussung zugeschrieben werden müssen. Den häuslichen Sorgen in freundliche Umgebung entrückt, mit zuversichtlicher Hoffnung auf Genesung erfüllt, wie ganz anders wird da der Appetit, die Ausnutzung des Dargebotenen sein können, als in der öden Trostlosigkeit einer engen oft unsauberen Behausung, als in der fröstelnden Atmosphäre traurig gestimmter, zagender und womöglich ungeduldig gereizter Angehöriger! Wie stählt sich in dieser würzigen Luft, in dieser sonnenfrohen Weite der ehemals erschlaffte Körper, wie bessern sich seine Aussichten im Kampfe mit den heimtückischen Bazillen! —

Und was so offensichtlich für die Tuberkulose gilt, sollte das nicht auch für eine ganze Reihe anderer — namentlich chronischer Krankheiten gelten können — ja sicher gelten? Aber das Ueble bei der Sache ist, dass der einzelne Arzt jenes hygienische Ideal wohl zu ahnen und zu wünschen, für seine Kranken jedoch nur selten zu verwirklichen vermag. Und so ist er mehr oder minder auf arzneiliche Surrogate angewiesen. Schade nur, dass der Glaube zum Medikament mehr und mehr selbst in ländlichen Bezirken im Schwinden begriffen ist, und dass der Arzt entweder noch in der alten Automatenvorstellung befangen diesem der Wirkung hinderlichen Unglauben keine Beachtung schenkt oder selbst von Skepsis durchdrungen, unfähig ihm zu steuern sich erweist. Die vielen populären Schriften über Medicin und Heilkunde weit entfernt, wirkliche Aufklärung zu verbreiten und abergläubische Vorstellungen auszurotten, haben jedenfalls das Eine vermocht, die ärztliche Autorität in weiten Kreisen auf's Gründlichste zu untergraben. Was früher seiner Stellung, seinem Titel von vorneherein gezollt wurde, zugleich das wirksamste Agens seiner Behandlung: den Glauben, das Vertrauen zu seinem Heilvermögen, diese Grundlage seines ganzen Wirkens muss sich heute der Arzt erst mühsam, hindurchsteuernd zwischen den Klippen des Aberglaubens und der Skepsis zu erringen suchen! Das ist nicht so leicht und ist nicht jedem gegeben, und weder gründliche Wissenschaftlichkeit noch selbst gute praktische Erfolge sind zu diesem Resultate unbedingt erforderlich oder gar sicher ausreichend. Das Entscheidende liegt in der Fähigkeit, zu der gesteigerten Sensibilität und Suggestibilität der veränderten psychischen und intellektuellen Wesenheit jedes Kranken imponierenden Zugang zu gewinnen. Die Erreichung dieses Zieles aber ist nicht nur eine Forderung des eigenen wirtschaftlich-materiellen Interesses, sondern sie ist zugleich und beinahe noch in höherem Maße — man könnte fast sagen: eine Rechtsforderung des hilfebedürftigen Kranken an seinen Arzt!

Arzt d. h. Heilkünstler zu sein, wie es der Kranke verlangt und verlangen darf, bedeutet nicht nur in Wissen und

die Blutung geringer würde, müsse die Naht angelegt werden. Man soll mit feiner Seide und drehrunden Nadeln nähen und zwar mit Knopfnaht. Was nun die Resultate der Operationen anlangt, so sind im ganzen 124 Fälle operiert worden. Von diesen sind 40% geheilt worden, 60% sind gestorben. 109 Stichverletzungen, 15 Schußverletzungen. Die Prognose beider Arten ist ungefähr gleich. Die Verletzungen der linken Ventrikel geben bessere Resultate als die der rechten.

Hr. Sauerbruch-Greifswald: Die Verwendbarkeit des Unterdruckverfahrens bei der Herzchirurgie.

Da bei ca. 80% der Herzwunden die Pleura unverletzt sei, so wäre es von größter Bedeutung zu wissen, ob die Eröffnung der Pleurahöhle den Verlauf der Herzverletzung in irgend einer Richtung beeinflußt. Es hat sich nun gezeigt, daß die Blutungen aus Herzwunden, in welchem Herzabschnitt sie auch gelegen sein möchten, erheblich nachlassen, sowie Pneumathorax hinzutritt. Andererseits bemerkt man, wenn durch Unterdruck eine Aufblähung der Lunge hervorgerufen wird, ein mächtiger Reiz auf das Herz ausgeübt wird. Beim Fortbestehen des Pneumothorax dagegen läßt die Herzkraft allmählich nach. Es wurden nun Versuche angestellt, um festzustellen, bei welchem Grad von Unterdruck in der Pleura die Blutung aus den Herzwunden sich in mäßigen Grenzen hält und zugleich die geringste Schädigung des Herzmuskels erfolgt. Es zeigte sich, daß das Optimum nach beiden Richtungen bei einem Unterdruck von 3 mm Quecksilber liegt. Bei diesem Unterdruck ist auch die Herzmuskulatur schlaff und die Anlegung der Naht gelingt leichter, als wenn die Lunge voll aufgebläht ist. Später läßt man dann einen stärkeren Grad von Unterdruck wirken und die Herzkraft erhält dadurch einen mächtigen Impuls. Die Experimente haben Sauerbruch nun gelehrt, daß bei dem Arbeiten unter Unterdruck die Infektionsgefahr vermindert sei. Endlich könne er bestätigen, daß die Kompression der Cavae einen eklatanten Erfolg auf die Blutung habe, die sehr wesentlich durch dieses Manöver verringert würde. Die Tiere hatten eine solche Kompression bis zehn Minuten vertragen.

(Fortsetzung folgt.)

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 27. Februar 1907.

Vor der Tagesordnung:

Bergmann stellt eine Frau mit einem Sarkom des Schädeldachs vor, das sich wahrscheinlich aus der Diploe entwickelt hat, und vielleicht auf ein Trauma zurückzuführen ist. Trotz der großen Blutungsgefahr soll bei der sonst absolut infausten Prognose die Operation vorgenommen werden.

Muskat demonstriert zwei Fälle von Ischias scoliotica.

v. Bergmann hält das Vorliegen einer Wirbelkaries nicht für ausgeschlossen.

Davidsohn zeigt eine Patientin, die an Aphonia spastica kombiniert mit Dyspnoea spastica leidet. Entstanden sind die Erscheinungen nach einem Abort; die Grundlage ist Hysterie. Bei dem langen Bestehen des Leidens (dreißig Jahre) ist die Prognose schlecht.

Blumenthal stellt einen Mann mit Tibiadefekt vor.

Lassar zeigt zwei Patienten, bei denen Lippencancroide durch Röntgenbehandlung, in einem Falle kombiniert mit Radiumbestrahlung geheilt wurden, und bei denen die Heilung schon über drei Jahre anhält; ferner einen Patienten mit Rhinophym, bei dem die Bestrahlung einen ausgezeichneten Effekt gehabt hat; schließlich einen alten Mann mit einem ausgedehnten Geschwür des Unterschenkels, das seit vielen Jahren besteht und allen Behandlungsmethoden getrotzt hat, da es immer als ekzematös oder Ulcus cruris gedeutet worden ist. Die scharfe Umrandung und der eigentümlich käsig-foetide Geruch charakterisieren es aber als ein syphilitisches. Moulagen von anderen Fällen werden gezeigt und hervorgehoben, daß solche Verwechselungen öfter vorkommen, daß aber die spezifische Behandlung, sowie die Lues erkannt ist, in kurzer Zeit Heilung bringt.

Hoffmann demonstriert lebende Spirochaete pallida im Blute bei Dunkelfeldbeleuchtung, und im Vergleich dazu die Spirochaete der afrikanischen Rekurrenz und der Spirochaete gallinarum. Die Dunkelfeldbeleuchtung erleichtert den Nachweis der Spirochaeten im frischen Präparat sehr.

Fortsetzung der Diskussion zu den Vorträgen Blaschko und Benda.

Saling demonstriert weitere Diapositive, die zeigen sollen, daß die mit Silber gefärbten spiraligen Gebilde keine Spirochaeten, sondern Gewebselemente sind, die infolge von Mazeration oder Nekrose darstellungsfähig geworden sind.

Bab hat mit der Komplementablenkungsmethode Untersuchungen angestellt und glaubt damit den biologischen Beweis erbracht zu haben, daß die Spirochaete pallida der Erreger der Syphilis ist; er fand antigenfreie Extrakte bei spirochaetenfreien Organen, antigenhaltige Extrakte bei spirochaetenhaltigen Organen und zwar korrespondierte der Gehalt an Antigen dem an Spirochaeten nach jeder Seite. Danach ist wohl anzunehmen, daß die Spirochaete der Produzent dieser Stoffe, mithin der Lueserreger ist, es sei denn, daß man die unwahrscheinliche Hypothese akzeptieren will, die Spirochaete sei ein eng symbiotischer Schmarotzer mit dem noch

---

Technik firm sein, sondern über diese selbstverständliche Voraussetzung hinaus, die psychischen Heilkräfte im Kranken selbst zu beherrschen vermögen. Jenseits des Lernbaren, das seinen Besitzer zum Mediciner macht, liegt noch ein Gebiet des Talents, dessen Anlage und Ausbildung den Mediciner erst zum Arzte vollendet. Der Jatrophysiker und Jatrochemiker bedarf der Ergänzung durch den Jatropsychiker. — Je mehr in Verfolg des berechtigt-wissenschaftlichen Bestrebens, die Grenzen des Unerkannten durch Erkanntes einzuschränken, normale und pathologische Physiologie in physiologische Chemie und Physik sich aufzulösen und aufzuklären begannen, desto höher wuchs für den praktischen Mediciner die Gefahr, sich im chemischen Laboranten zu verlieren. Die Bakteriologie, welche anfangs berufen scheinen konnte, als Darstellung des Kampfes zwischen Leben und Leben die Hypertrophie des Mechanisch-chemischen zu beenden, hat im Zeitalter der Toxine und Antitoxine, der Agglutinine und Präcipitine die Herrschaft des Reagenzglases vollendet!

Das Künstlertum des Arztes ist verschwunden im Bewusstsein des Publikums sowohl als auch im Arzte selber. Das Publikum sieht nur „die Aerzte“ nicht mehr den „Arzt“ und wo es ihn doch noch zu erkennen und anzuerkennen scheint, da ist es eine ferne Universitäts-Autorität, ein sogenannter „Natur“-Arzt, Homöopath oder aber ein nichtapprobierter Kurpfuscher!

Jenes Autorität-durchschauerte Zutrauen der Kranken ist von unserem Schilde gewichen, da wir in unserer geringen Berücksichtigung des Psychischen — seinem Verlangen keine Stätte geboten haben. Nun flattert diese heimatlose Sehnsucht bezaubert durch den Reiz der Ferne, der Ausnahme, der Opposition oder des Mystischen zu den hohen Lehrstühlen der Universität, zu homöopathischen und naturheilkundigen Aerzten und zum recht grossen Teile zum nichtapprobierten „Kurpfuscher“. Wer will es aber dem Publikum verdenken, wenn es diese Wege geht, da wir und solange wir nun einmal seinem Autoritätsbedürfnis so wenig Rechnung tragen? Wer will ihm diese Abirrung verargen, da es doch in der dort erreichten Befriedigung seines Verlangens einen äusserst wirksamen Heilfaktor gratis miterlangt, die Suggestion des Glaubens, die über das verhältnismässig enge Gebiet der eigentlich psychischen Erkrankungen hinaus auch bei einer grossen Reihe vorwiegend somatischer Leiden wirksamen Einfluss besitzt oder doch besitzen könnte!

(Schluß folgt.)



unbekannten Syphiliserreger. B. verteidigt dann energisch die Silberspirochaete, die vornehmlich im Bindegewebe und in der Wandung von Gefäßen gefunden wird, entsprechend der vornehmlichen Lokalisation syphilitischer Prozesse in den Organen. Die Silberspirochaete wird nur in syphilitischen Organen gefunden, nie in gesunden; auch in Tumoren hat B. sie vergeblich gesucht. Daß der Silberspirochaetennachweis nicht an Mazeration gebunden ist, beweist das Fehlen der Gebilde in künstlich mazerierten Foeten, dagegen das reichliche Vorkommen auch in ganz frischen syphilitischen Foeten. Nekrose und Fäulnis spielen ebensowenig eine Rolle. Daß elastische Fasern nicht in Betracht kommen, läßt sich durch Behandlung mit entsprechenden chemischen Reagentien nachweisen. Gegen die Deutung als Nervenfasern spricht neben anderen der Nachweis von Silberspirochaeten im Ovulum.

Lassar betont das Verdienst Siegels, auf die Notwendigkeit neuer Untersuchungsmethoden hingewiesen zu haben; ihm sei auch indirekt die Entdeckung der Spirochaete pallida zu danken. Die kritische Nachprüfung seines Cytorrhyctes stehe noch aus. Nicht unmöglich erscheine es, daß Spirochaeten und Cytorrhyctes nur verschiedene Generationsformen desselben Mikroorganismus seien. Vom praktischen Standpunkt sei maßgebend, daß das wohl ausgebildete Naturprodukt, die Spirochaete pallida, zwar nicht stets da, wo Lues sei, gefunden werde, aber doch prägnant häufig, so daß der positive Spirochaetenbefund die zweifelhafte Diagnose sichern könne. Daß die Spirochaete pallida aber die Alleinherrscherin der syphilitischen Aetiologie sei, sei noch nicht sicher erwiesen.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Biologische Abteilung.)

Sitzung vom 26. Februar 1907.

Vorsitzender: Herr Umber.

1. Herr Hueter, Altona, gibt den Obduktionsbefund des vor einigen Wochen von Herrn Umber besprochenen Falles von Melanogenurie. Vor zwei Jahren war wegen einer Geschwulst im Auge die Bulbusenukleation gemacht worden, vor fünf Monaten trat zuerst eine Anschwellung des Leibes auf, und es wurde am vorderen Leberrand ein knolliger Tumor gefühlt, der beständig wuchs. Ascites war vorhanden, die Haut war auffallend dunkel. Bei der Sektion fanden sich in einem Herzventrikel drei kleine schwarze Knötchen, desgleichen in einer Kniekehle, in einer Niere und in einer Nebenniere. Die Milz war auf dem Durchschnitt schokoladenfarbig, die Blasenschleimhaut und das Douglasperitoneum rauchgrau, der Ascites gelb. Die enukleierte Augenhöhle war ohne Besonderheit, das Knochenmark im Sternum braun, die Leber war mit dem Zwerchfell adhaerent und wog über 5 kg; in der hellgelben Galle fanden sich zwei kleine Cholestearinsteine. Die ganze Leber bildete ein einziges großes Melanosarkom. Der Vortr. geht dann auf die Entstehung des Pigments durch das Ferment Tyrosinase des näheren ein. Herr Liebrecht entgegnet, da er sich anläßlich eines Spezialfalles gleichfalls hiermit beschäftigt hat. Herr Umber, Altona: Nach seinen Erfahrungen findet sich das Melanogen nur bei großen Melanosarkomen, resp. deren großen Metastasen. 2. Herr Hueter, Altona, berichtet über den Sektionsbefund einer 81jährigen Frau, bei der zweifellos Argyrosis bestand. Vor siebenundvierzig Jahren hatte sie wegen eines Magenulcus eine Silberkur durchgemacht. Die Nierenpyramiden und der Aortenanfang waren dunkelbraun, die Plexus chorioidei schwarz. Das Pigment löste sich bei Zusatz von Salpetersäure auf. Herr Simmonds hatte früher Gelegenheit, Argyrosefälle zu sehen, bei denen die Meningen gefärbt waren. Herr Fraenkel hat vor kurzem denselben Befund wie Herr Hueter erheben hönnen; die Hautfarbe war blau- bis schiefergrau, es fanden sich auch in den Glomeruli Silberablagerungen. Herr Umber, Altona, bespricht die klinische Seite des vorgetragenen Falles: die Hautverfärbung der Patientin war verhältnismäßig gering, doch soll sie schon seit ca. vierzig Jahren blaugrau ausgesehen haben. Herr Wiesinger erkundigt sich, ob eine Röntgendurchleuchtung stattgefunden hatte, und erhält von Herrn Umber eine verneinende Antwort. Herr Jollasse behandelt ab und zu eine Dame mit Argyrose wegen Migräne: ihre Gesichtsfarbe ist dann direkt schwarz zu nennen. Diese Pat. ist einmal geröntgt worden, aber mit völlig negativem Resultat. 3. Herr Jollasse spricht über angeborene Pylorusstenose: der Fall betraf einen neun Wochen alten Knaben, der äußerst atrophisch und mit einem deutlichen, rechts vom Nabel befindlichen Tumor ins Krankenhaus kam. Er erbrach jede Nahrung explosionsartig, die Peristaltik des Magens war gut zu studieren. Er erhielt nach Seefisch stündlich 15 ccm Milch; an Laparotomie war bei dem decrepiden Kind nicht zu denken. Bei der Sektion fand sich, daß der Magen nicht ektatisch war, der Pylorus ragte in das Magenlumen, wie die Portio in die Vagina. Herr Schmilinsky bespricht die Aetiologie; er selbst hat Heilung nach sechs- bis achtwöchiger Behandlung eintreten sehen. Herr Deneke glaubt, daß die Pylorusstenose durch krampfhafte Spasmen entstehe; infolgedessen haben sich auch dabei die von Heubner zuerst empfohlenen heißen Umschläge so gut bewährt. Herr Stamm vertritt die gleiche Ansicht, während sich Herr Delbanco danach erkundigt, ob denn eine Muskelhypertrophie überhaupt ausheilen könne. Herr A. Franke hat in zwei Fällen sehr gute Erfolge mit Breiumschlägen und Rahmgemenge gesehen. Herr Grüneberg, Altona, widerspricht Herrn Denekes Ansicht und hält die Pylorusstenose für eine Hypertrophie der Ringmuskulatur, also wohl für eine Hemmungsmißbildung. Nach einer Bemerkung des Herrn Luce teilt Herr Simmonds mit, daß er solche Pyloruswandungen habe messen lassen und sie doppelt so dick gefunden habe. An der weiteren Debatte, die keine Einigung herbeiführt, beteiligen sich noch die Herren Schmilinsky, Simmonds, Fraenkel und Jollasse. 4. Herr Saenger demonstriert ein Gehirn, das in vivo einen Tumor im Kleinhirn-Brückenwinkel vorgetäuscht hatte, aber nur chronischen Hydrocephalus zeigte. 5. Herr Saenger zeigt ferner eine abundante Ponsblutung, die tetanische Krämpfe erst im rechten Arm, dann im rechten Bein und schließlich im ganzen Körper hervorgerufen hatte. Dabei bestand Stauungspapille: die Opticusscheide war mit Blut gefüllt. 6. Demonstriert Herr Saenger einen außerordentlich seltenen Fall von Blutung in die mediane Schläfenlappenpartie: gleichfalls Stauungspapille. Schönewald.

Periodische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift. Nr. 9. 1907.

1. Hochhaus, Köln: **Ueber frustrane Herzkontraktionen.**

Die wichtigsten objektiven Merkmale dieser eigentümlichen Herzstörung sind: Trotz einer energischen Herzkontraktion, die durch einen besonders kräftigen Spitzenstoß ausgezeichnet ist, kann ein entsprechender Puls nicht gefühlt werden, dagegen konstatiert man statt dessen einen deutlichen Venenpuls; gleichzeitig hört man über Spitze und Basis nur einen stark paukenden systolischen Ton, während der zweite fehlt; denselben Ton hört man selbst auch dann, wenn systolische Geräusche an der Spitze normalerweise vorhanden sind. Mit diesen objektiven Zeichen verbinden sich häufig auffallende subjektive Sensationen; manche Patienten bemerken schon an einem eigentümlich beklommenen Gefühl, wann eine frustrane Kontraktion herannaht, die dann selbst als heftiger Stoß in der Herzgegend verspürt wird; andere haben bei dem unregelmäßigen Schlag das Gefühl, als stände das Herz still, und werden schwindelig. Am Pulse fühlt man den sonst regelmäßigen Rhythmus ab und zu durch eine Intermission unterbrochen; oder die Erscheinung tritt mit einer gewissen Regelmäßigkeit bei jeder zweiten, dritten, vierten Systole auf (Allorhythmien, Bigemie, Trigemie etc.), so daß die verschiedensten Formen der Puls-Irregularität durch diese Störung der Herztätigkeit hervorgerufen werden können: die Eigenart der Arhythmie ist natürlich nur durch gleichzeitige Beobachtung von Puls und Herz zu konstatieren. Das Vorkommen dieser Störung ist ein außerordentlich häufiges; die durch sie hervorgerufene Arhythmie ist vielleicht die praktisch wichtigste; man findet sie sowohl bei organischen, wie bei den funktionellen Herzkrankheiten, gelegentlich auch bei anscheinend kerngesunden Personen, wo sie schon durch leichte Aufregung, Genuß eines kräftigen Weines oder einer starken Zigarre ausgelöst werden kann. Eine bestimmte Prognose läßt sich danach aus dem Auftreten dieser Herzalteration nicht

stellen. Was die Erklärung der Eigenart der Frustrankontraktionen betrifft, so ist wohl anzunehmen, daß der, die Herzmuskelkontraktion auslösende Reiz nicht, wie normal, an der Atrioventrikulargrenze beginnend und nach der Ventrikelmuskulatur fortschreitend einsetzt, sondern an mehreren Stellen gleichzeitig oder an einer andern Stelle, z. B. an der Herzspitze; aus dem Wechsel der Reizstelle erklären sich leicht die verschiedenen Erscheinungsformen dieser Herzstörung; neben der Heterotopie des Reizes dürfte dann wohl noch eine qualitative Aenderung der Zuckung in Frage kommen. Die Therapie des Syndroms fällt naturgemäß mit der des Grundleidens zusammen; da, wo bei allgemeiner Nervosität diese Herzstörungen im Vordergrund stehen, kann das Chinin in Verbindung mit geringen Dosen Kampher oder Digitalis sehr gute Dienste tun.

2. Volhard, Dortmund: **Ueber die Untersuchung des Pankreassaftes beim Menschen und eine Methode der quantitativen Trypsinbestimmung.**

Auf Grund der experimentell beim Hund gefundenen Tatsache, daß ein Rückfluß von Pankreas-Darmsaft und Galle in den Magen stattfindet, wenn dieser fette Speisen oder übermäßige Säure enthält, hat V. versucht, beim Menschen mit Hilfe eines Oelfrühstücks Pankreassaft mit oder ohne Galle zu gewinnen. Den gewonnenen Oelsaft untersuchte er nach einer von ihm in dieser Wochenschrift, 1903, Nr 49, beschriebenen Methode der titrimetrischen Pepsinbestimmung, die er so modifizierte, daß mit derselben Methode sowohl quantitative Pepsin- wie Trypsinbestimmungen angestellt werden können. Die Methode wird eingehend dargelegt. In 20 von 22 untersuchten Fällen fand V. so die Oelsäfte bei Normalen tryptisch wirksam. Während bisher der Nachweis der tryptischen Funktion nur auf indirektem Wege möglich war (exakte Kotanalyse, Sahlische Glutoidmethode, Schmidtsche Säckchenprobe), wird es mit der direkten Methode des Oelfrühstücks sicherer und leichter gelingen, ein Urteil über die sekretorische Funktion des Pankreas zu gewinnen. Verf. konnte mehrfach wichtige Aufschlüsse von dieser Methode erhalten, z. B. zweimal aus dem stark positiven Ausfall der Probe bei schwerem Ikterus Pankreascarcinom, bei Lienterie durch Atrophie der Schleimhaut des Darmes Pankreasachylie ausschließen.

3. Lewinski, Dresden: **Sahlis Desmoidprobe und Schmidts Bindegewebsprobe.**

Sahlis „Methode zur Prüfung der Magenfunktion ohne Anwendung der Schlundsonde" beruht auf der von Schmidt gefundenen Tatsache, daß rohes Bindegewebe nur der Magenverdauung unterliegt, den Darmkanal aber unangegriffen passiert; Sahli benutzt Bindegewebe in der Form von Rohkatgut, schnürt mit demselben Gummibeutelchen zu, die Methylenblau enthalten, und läßt sie nach der Mittagsmahlzeit schlucken; färbt sich der Urin innerhalb von 20 Stunden blau, so schließt er, daß der Magen den Katgutfaden durch seine Sekrete gelöst hat; tritt die Farbreaktion später oder gar nicht auf, so ist darin ein Zeichen gestörter Magensekretion in sekretorischer oder motorischer Richtung zu sehen. Den natürlichen Maßstab für die Desmoidreaktion stellt die in der Schmidtschen Probediät enthaltene Bindegewebsprobe dar; diese Probekost reicht das Bindegewebe in einer bestimmten Portion gehackten Fleisches; diese Menge Bindegewebe löst ein gesunder Magen restlos auf; Störungen seiner Funktion verraten sich durch mehr oder minder grobe Fetzen von Bindegewebe in den Faeces, worüber ein Blick auf den mit Wasser verriebenen Stuhl belehrt. Verf. hat nun in einer Reihe von Fällen beide Reaktionen bei denselben Menschen unter genauer Innehaltung der respektiven Vorschriften angestellt; in fast der Hälfte der Fälle erhielt er sich in verschiedener Richtung widersprechende Resultate. Auch Reagenzparallelversuche über Einwirkung des Magensaftes auf den Desmoidbeutel einerseits und Bindegewebsflocken andrerseits ergaben nicht immer übereinstimmende Resultate. Gegenüber den Darmsekreten erwies sich das Katgut als minderwertiges Material, indem es nicht die dem rohen Bindegewebe zukommende Resistenz zeigte. Mit Feststellung der Tatsache der Katgutverdauung im Darm ist ein prinzipieller Fehler der Desmoidreaktion aufgedeckt; die rechtzeitige Blaufärbung des Urins erlaubt nicht mehr einen einwandfreien Schluß auf die Magenfunktion. Verf. kann danach in der Desmoidreaktion eine wesentliche Bereicherung der diagnostischen Hilfsmittel nicht erblicken. Um die bindegewebsverdauende Kraft des Magens zu ermitteln, ist die Faecesuntersuchung nach der Schmidtschen Probediät das zuverlässigere Verfahren.

4. Mulzer, Königsberg: **Das Auftreten intravitaler Gerinnungen und Thrombosen in Gefäßen innerer Organe nach Aether- und Chloroformnarkosen.**

Verf. hat an einer größeren Anzahl von Tieren, meist Kaninchen, mehr oder weniger langdauernde, tiefe Aether- und Chloroformnarkosen vorgenommen und dann histologisch die Veränderungen in den inneren Organen untersucht, insbesondere mit der Weigertschen Fibrinfärbung. Bei sieben Tieren, die die Aethernarkose höchstens eine halbe Stunde aushielten, fand sich keinerlei Blaufärbung in den Präparaten, die Gefäße enthielten nur normale, nicht deformierte, gut gefärbte Blutkörperchen; überschritt die Narkose eine halbe Stunde, so fanden sich innerhalb der Gefäßlumina zahlreiche feine, blaugefärbte Körnchen, die der Wand anliegenden Blutkörperchen erschienen körnig zerfallen; dauerte die Narkose dreiviertel bis eine Stunde, so sah man zwischen den Körnchen feine, blaue Fädchen, die sich in die Schicht der deformierten Blutkörperchen hineinerstrecken, und bei noch längerer Dauer war in einigen Gefäßen der Inhalt deutlich nach Art typischer Thromben geschichtet. Dieselben Verhältnisse: zerfallene Erythrocyten, körnige, fädige blaugefärbte Massen, teilweise geschichtete Thromben beobachtete Verf. nach Chloroformnarkosen, auch hier am zahlreichsten in den Gefäßen der Lungen, spärlicher in denen der Leber und Nieren. Durch intravenöse Injektionen von Aether und Chloroform ließen sich im ganzen ähnliche Veränderungen erzeugen, während Kontrolluntersuchungen an Tieren, die nie narkotisiert waren, entsprechende Erscheinungen völlig vermissen ließen. Die blaugefärbten körnigen und fädigen Massen, die sich immer nur im Lumen von Gefäßen, nie in Alveolen fanden, hält Verf. für Fibrin; er nimmt an, daß durch das im Blut kreisende Narkotikum primär eine Schädigung der roten Blutkörperchen gesetzt wird, die sekundär eine Verklebung und eine Gerinnung mit Bildung, resp. Ausscheidung von Fibrin hervorruft.

5. Vohsen, Frankfurt a. M.: **Beitrag zur Stau- und Saugtherapie im Ohr und oberen Luftwegen.**

Bei Uebertragung der Bierschen Methode auf Behandlung der Nase und des Ohrs mit ihren Nebenhöhlen muß berücksichtigt werden, daß die ernsteren Erkrankungen dieser Organe sich in starrwandigen Höhlen mit sehr engen Ausführungsgängen abspielen; eine durch Stauung herbeigeführte Vermehrung der Schwellung würde hier die Schmerzen erhöhen, weil nun erst recht die Räume, die untereinander kommunizieren sollten, daran behindert werden. Eine länger dauernde künstliche Hyperaemie an den Schleimhäuten der oberen Luftwege ist allein durch die Biersche Stauung zu erzielen; Verf. hat davon einen heilenden Einfluß auf akute und chronische Katarrhe der Nase und des Rachens nicht gesehen, und die reizlindernde Wirkung, die sich einstellte, ging nicht hinaus über die durch Pinselungen erzielte; eine leichtere Lösung der Krusten bei den trockenen Formen der atrophischen Schleimhautentzündung war durch die Stauung nicht zu erreichen. In längeren Ausführungen zeigt Verf. alsdann, daß das hauptsächlich von Sondermann ausgebildete Verfahren der Saugbehandlung der Nebenhöhlenerkrankungen im Grunde nichts weiter erreicht, als durch Luftverdünnung in der Nasenhöhle den Abfluß von Sekreten aus den Nebenhöhlen bei geeigneter Kopfhaltung zu befördern. Das läßt sich aber viel leichter ohne alle Apparate auf ganz natürlichem Wege erreichen, indem man bei zugehaltener Nase mit dem Thorax, oder noch besser bei geschlossener Glottis, mit dem Munde und der Rachenmuskulatur saugt. Die Luftverdünnung hat oft eine Hyperaemie der Schleimhaut zur Folge, die das Lumen der Nebenhöhlenöffnung zu verlegen geeignet ist; in solchen Fällen würde eine Luftverdichtung in der Nase, die — wie an einem Experiment gezeigt wird — für die Entleerung der Nebenhöhlen von gleichem Effekt wie die Verdünnung sein kann, erstrebenswert sein. Mit den Saugapparaten läßt sie sich nicht herstellen. Dagegen vermag der Kranke selbst in einfachster Weise ohne Apparate beliebig oft und stark Luftverdichtung und Luftverdünnung durch Zusammenpressen und Aussaugen bei zuge-



haltener Nase zu erzeugen. Auf diesem überraschend einfachen Wege kann der Kranke die Entleerung einer erkrankten Nebenhöhle vornehmen; dabei ist er an keine Vorrichtung gebunden und auch vom Arzt unabhängig.

6. Muck, Essen: **Aphoristische Mitteilungen von Beobachtungen über den Einfluß der vom Gehörgang aus durch Saugwirkung hervorgerufenen Stauungshyperaemie auf Paukenhöhleneiterungen.**

Das Saugverfahren vom Gehörgang aus wirkt nicht allein günstig durch die mechanische Entlastung der Schleimhaut vom Exsudat, sondern der bei der Luftverdünnung entstehenden passiven Hyperaemie und der durch die Saugwirkung entstehenden Auswaschung des Gewebes dürfte eine nicht unwesentliche Rolle bei der Heilung zufallen. Das Anwendungsgebiet der Stauungshyperaemie bei Ohrerkrankungen bleibt aber ein beschränktes; von den chronisch-eitrigen Prozessen müssen die kariösen und desquamativen ausgeschlossen werden; es eignen sich im wesentlichen nur die chronisch-eitrigen Schleimhauterkrankungen, die anderen Behandlungsmethoden trotzen. Bei akut-eitrigen Erkrankungen ist das Saugverfahren zu empfehlen erstens bei ungünstiger Lage der Perforation und zweitens bei hochgradiger Schleimhautschwellung mit zapfenförmiger Perforation und zähschleimig-eitriger Absonderung.

7. Kreuter, Erlangen: **Erfahrungen mit Scopolamin-Morphium-Chloroformnarkosen.**

Die präparatorischen Injektionen von Scopolamin und Morphium wurden in der Weise gemacht, daß ein und eine halbe und eine halbe Stunde vor Beginn der Narkose in getrennte Extremitäten bei Männern je 4 dmg Scopolamin und 1 cg Morphium, bei Frauen je 3 dmg Scopolamin und 1 cg Morphium eingespritzt wurde, so daß die Dosis von 8, bezw. 6 dmg Scopolamin und 2 cg Morphium nie überschritten wurde. Nach der ersten Injektion wurde für sorgfältige Fernhaltung aller äußeren Reize gesorgt. In 86 von 100 Fällen kam es zu einer mehr oder minder guten Scopolamin-Morphium-Wirkung, bei den Mißerfolgen dürften individuelle Momente, vielleicht auch eine Inkonstanz der Scopolaminpräparate eine Rolle spielen. Der Blutdruck zeigte nach Scopolamin-Morphium allein keine Aenderung, der Puls wurde durchweg beschleunigt, bedrohliche Zustände des Herzens traten nie auf, ebensowenig Spätwirkungen auf das Herz. Die Pupillen sollen mittelweit sein. Der prägnanteste Indikator für die Skopolaminwirkung ist das Auftreten des Babinskischen Reflexes, das bedingt ist durch die funktionelle Ausschaltung der Großhirnrinde durch das Scopolamin; die Intensität des Reflexes zeigt die Stärke der Scopolaminwirkung an; der Reflex ist bei positiver Wirkung schon eine Stunde nach der ersten Injektion nachweisbar, verschwindet in tiefer Chloroformnarkose und hält sich manchmal über zwölf Stunden.

Der Verlauf der eigentlichen Narkose unter Anwendung von Chloroform zeigt sich vorteilhaftest beeinflußt durch vorhergegangene kleine Scopolamin-Morphiuminjektionen. Die kombinierte Narkose wurde bei 59 Frauen und 41 Männern angewandt, die im Alter von 17—84 Jahren standen; wo eine Einwirkung der Injektionen zu konstatieren war, verlief die Einleitung der Narkose überraschend schnell und ruhig; zu einer mehr als eben angedeuteten Exzitation kam es nie; meist ging der Dämmerschlaf ohne Unterbrechung ins volle Toleranzstadium über. Erbrechen oder Würgen zu Beginn der Narkose wurde nie beobachtet; häufiger trat nach der Narkose Erbrechen ein, das aber immer viel milder als das gewöhnliche quälende Narkoseerbrechen war. Der Durchschnittschloroformverbrauch betrug pro Stunde 22,7 g; dabei sind aber die Mengen, die bei fehlender Scopolamin-Morphiumwirkung gebraucht wurden, mit in Rechnung gestellt. Von den Operationen, die in kombinierter Narkose vorgenommen wurden, werden hervorgehoben: Pylorusresektionen, Gastroenterostomien, andere Darmoperationen, Gallenwegsoperationen, Herniotomien, Strumektomien, Exstirpationen von Rectumcarcinomen, Mamma- und Extremitätenamputationen. Als besonders wohltuend wird das mehrere Stunden dauernde Nachhalten des Dämmerschlafs empfunden; als unangenehm dagegen ein intensives Durstgefühl, das bis zu 24 Stunden anhalten kann. Dieses ist aber ein Ausdruck einer durch Scopolamin bedingten allgemeinen Sekretionsbehinderung im Organismus; die dadurch gegebene Trockenheit in den Respirationswegen ist für die Inhalationsnarkose von größter Wichtigkeit; die auf diesem Wege mögliche Eindämmung der postoperativen Pneumonien ist ein großer Vorzug der Methode. Zwei Todesfälle bei den 100 Operationen mit kombinierter Narkose waren so gelagert, daß, selbst wenn man eine besonders schädigende Narkosewirkung annehmen wollte, diese nicht dem Scopolamin-Morphium zuzuschreiben war. Verf. faßt seine Erfahrungen dahin zusammen, daß in der Anwendung der kombinierten Scopolamin-Morphium-Chloroformnarkose irgend welche Gefahren für den Kranken nicht gelegen sind, daß, von besonderen Verhältnissen abgesehen, das Verfahren ein äußerst humanes ist und besonders bei eingreifenden Operationen und bei geschwächten Personen anzuwenden ist. Für kontraindiziert erachtet er die Methode bei allen Operationen im Gesicht, der Mundhöhle und den Respirationswegen, bei denen die Gefahr der Aspiration vorliegt und eine ausgiebige Expektoration erwünscht ist.

8. Peters, Magdeburg: **Zum Auswurfsedimentierungsverfahren mit Wasserstoffsuperoxyd nach Sachs-Müke.**

Seine Beobachtungen und Untersuchungen über das von Sachs-Müke angegebene Verfahren (d. W. 1906, Nr. 34) faßt Verf. dahin zusammen, daß, abgesehen von der Auflösung der einzelnen Auswurfsballen und dem dadurch ermöglichten Freiwerden etwaiger Tuberkelbazillen — bei dem Zusatz von Wasserstoffsuperoxyd vor allem durch das sehr lebhafte Schäumen in zahllosen kleinsten Blasen, eine sehr gleichmäßige und ausgiebige Umrührung des ganzen Sputums und somit die denkbar gleichmäßigste Verteilung etwaiger im Sputum enthaltener Tuberkelbazillen erfolgt, daß demgemäß auch in dem sich bildenden Sediment die Tuberkelbazillen so gleichmäßig verteilt sind, daß ihr Auffinden wesentlich erleichtert, in vielen Fällen überhaupt erst möglich gemacht wird. Die Einfachheit des Verfahrens, das keine Apparate und kein Laboratorium notwendig macht, macht es besonders für den praktischen Arzt geeignet.

9. Lengfellner, Berlin: **Plattfuß-Metall- und Zelluloid-Metalleinlagen.**

10. Hoffmann, Karlsruhe: **Eine zweite Art der Umsetzung von Längsextensionen in queren Zug.**

Sein in Nr. 6 und 29 d. W., 1906, angegebenes Extensionsverfahren, dessen Vorzug darin beruht, daß man auf das Rollensystem verzichten und die Extension an jedem Bett anbringen kann, hat H. dahin modifiziert, daß nicht mehr die Längsrichtung des Zuges in einen queren Zug nach beiden Seiten hin übertragen wird, sondern der Zug nur noch nach einer Seite ausgeübt zu werden braucht. Die Vorrichtung wird an der Hand von Abbildungen erklärt.

11. Heine, Dortmund: **Der Draht-Zelluloidverband.**

12. Boas, Berlin: **Ueber nervöses Aufstoßen.**

Bemerkungen zu dem Artikel von Adler in Nr. 4 d. W., 1907.

13. Kolb: **Die Sammelforschung des Bayerischen Komitees für Krebsforschung über das Jahr 1905.**

An der Hand von Tabellen werden die Ergebnisse der Berichte aus den Anstalten und von den praktischen Aerzten dargelegt. Berücksichtigt werden bei den Gestorbenen die Altersverteilung, die Lokalisation in den einzelnen Organen, die Zeitdauer vom Beginne der ersten Erscheinungen bis zum Tode, der Ernährungszustand beim Beginne der Behandlung, bei den Lebenden die Altersverteilung, die Lokalisation in den Organen, der Ernährungszustand, die Hilfsursachen (Alkoholismus, Traumen, Erblichkeit, Wohnungsverhältnisse, Ansteckung). Einzelheiten entziehen sich kürzerer Mitteilung.

14. Avellis, Frankfurt a. M.: **Johann Christian Senckenberg.**

Eine Erinnerung zu seinem 200. Geburtstage.

Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 9. 1907.

1. Ribbert, Bonn: **Menschliche Zellen als Parasiten.**

Mit dem Begriff des Parasiten wird meist die Vorstellung



verbunden, daß er von außen in den Körper, der ihn beherbergt, hineingekommen ist. Dieses Charakteristikum ist aber nicht erforderlich: Ein zelliges Gebilde, das, ohne in den Organismus als physiologischer Bestandteil eingefügt zu sein, in ihm und durch ihn, aber im übrigen unabhängig von ihm lebt, muß Parasit genannt werden, mag er aus der Außenwelt hineingekommen sein oder nicht. Die Frage, ob Schmarotzer aus dem Körper selbst stammen können, ist zu bejahen. Die Dermoidcysten, die Embryome sind ihrer biologischen Bedeutung nach nichts anderes als Parasiten; aber ihnen fehlt die freie Beweglichkeit, die dauernde Vermehrung, die zur Bildung immer neuer, sich anderswo im Körper festsetzender Individuen führt. Manche Eigenschaften mit den einzelligen Parasiten gemein haben die Leucocyten, die im strömenden Blute vorhandenen weißen Zellen; sie haben keinen festen Sitz, sind wanderfähig; aber zu völliger Uebereinstimmung fehlt ihnen die Fähigkeit zu dauernder, selbständiger Teilung. Besitzen diese die normalen Leucocyten des Blutes und der Lymphe nicht, so kommt sie doch ihren noch nicht differenzierten Vorstufen, aus denen sie hervorgehen, zu, insbesondere bei den Leucocyten im engeren Sinne, den Myelocyten des Knochenmarks. Wenn unter bestimmten Bedingungen die Myelocyten ihre normalen Beziehungen zum Knochenmark verloren haben, aus ihm ausgetreten und von ihm unabhängig geworden sind, dann geraten sie in immer wiederholte Teilung, überschwemmen das Blut und die Organe und liefern unter mehr oder weniger weitgehender Umwandlung in Leucocyten das Bild der myelogenen Leucaemie. Ihre Vermehrung erfolgt zunächst am stärksten in der Milz, in die sie in der Norm nicht hineingehören, später wuchern sie auch im Blut, in den Lymphdrüsen, überall dort, wo sie sich festsetzen. Damit haben sie dann voll und ganz eine parasitäre Lebensweise angenommen und alle die den Schmarotzern zukommenden Merkmale gewonnen; nur stammen sie eben aus dem erkrankten Körper selbst. Welches auch der Grund für die Zellenausschaltung sein mag, jedenfalls ist diese die Grundlage für die selbständige Existenzfähigkeit der Markzellen, für die Ablagerung und Wucherung in allen Organen, für die in diesen Erscheinungen sich kundgebende parasitäre Lebensweise. Myelogene Leucaemie ist also nichts anderes, als parasitäre Wucherung aus dem Mark ausgeschalteter Markzellen, lymphatische Leucaemie dieselbe Wucherung von ausgeschalteten Stammzellen lymphatischer Organe.

Was nun die eigentlichen Geschwülste betrifft, so sind die malignen Tumoren der Typus des parasitären Wachstums menschlicher Zellen. Die Zellen des Carcinoms wachsen in den Spalten des Gewebes, ohne irgendwie zu seinen Bestandteilen in eine innere funktionelle Beziehung zu treten, sie wuchern in Blutgefäße hinein, drängen sich zwischen die Elemente der verschiedenen Organe, und bringen sie zur Vernichtung; sie sind überall fremde Gebilde, und wenn sie auch ihre epitheliale Abkunft nicht verleugnen, so unterscheiden sie sich doch fundamental von normalen, typisch gefügten Epithelien; diese gehen mit der in bestimmter Weise gebauten Bindesubstanz eine innige Gemeinschaft ein; das Bindegewebe des Carcinoms hat keinen charakteristischen Bau, es hat nur die Aufgabe, den Krebszellen durch seine Gefäße die Nahrung zuzuführen. Die Krebszellen bleiben sonst völlig unabhängig vom Interstitium, liegen lose in den Räumen und hängen mit der Wand nicht zusammen. Die Epithelien des Carcinoms sind wanderfähig; sie bewegen sich in den Spalten der Gewebe entweder kontinuierlich vorwärts, oder sie trennen sich von den übrigen und kriechen einzeln auf kürzere oder weitere Strecken vorwärts. Werden sie auf passivem Wege mit dem Blutstrome verschleppt, so vermögen sie an dem neuen Ort, wohin sie gelangen, zu existieren und zu wachsen. Auch eine Uebertragung auf andere Individuen vermögen sie auszuhalten; in dem neuen Individuum sind sie nach jeder Richtung Fremdlinge, selbständige Lebewesen, Parasiten. Der Einwand, daß Krebszellen deshalb keine Schmarotzer sein könnten, weil sie imstande seien, andere an sie anstoßende Zellen des Körpers zum gleichartigen Mitwachsen zu bringen, ist hinfällig; denn niemals sind es die dem Tumor benachbarten Elemente, die seine Vergrößerung herbeiführen; eine Geschwulst wächst immer nur aus sich heraus. Die Annahme, daß die Krebszellen von außen in den Körper hineingekommen seien, daß sie aus Tieren, z. B. aus Schnecken herzuleiten seien (Kelling), oder von artgleichen Individuen stammten (Krontal), besteht nicht zu recht; die Tumorzellen entstammen unzweifelhaft dem Organismus selbst. Sie werden im Körper nicht gewaltsam, sondern durch langsam fortschreitende Wachstumsprozesse allmählich aus dem Zusammenhange getrennt, gewöhnen sich nach und nach an die neuen Lebensverhältnisse und können dann schließlich nach Art der Parasiten in den Geweben als selbständige Wesen existieren. Der weiteren Forschung bleibt als wesentlichste Aufgabe festzustellen, welches die ausschaltenden Wachstumsvorgänge sind.

2. Bönninger, Pankow: **Zur Pathologie des Herzschlags.**

An der Hand einer Reihe von Pulskurven erläutert Verf. das Symptomenbild der gleichzeitigen Kontraktion von Vorhof und Ventrikel. Das charakteristischste Zeichen, der systolische Venenpuls, gibt dasselbe Pulsbild wie bei der Tricuspidalinsufficienz; andere Zeichen dieses Herzfehlers fehlen aber völlig bei diesen Fällen, so daß es wohl berechtigt erscheint, diese Affektion des Herzens, die nicht so selten ist, besonders herauszuheben. Therapeutisch ist von Bedeutung, daß bei diesen Fällen von Herzstörung die Digitalis kontraindiziert ist.

3. Rumpf, Ebersteinburg: **Die Prognose der Lungentuberkulose.**

Für die Beurteilung der Prognose der Lungentuberkulose kommen verschiedene Momente in Betracht. Der phthisische Habitus hat an sich keine wesentliche Bedeutung; er verschlechtert aber die Prognose, wenn bei demselben Individuum noch mehrere als ungünstig geltende Faktoren zusammenkommen, wenn der Betreffende z. B. gleichzeitig ein schlechter Esser ist, andauernd Neigung zu Katarrhen zeigt. Was das Lebensalter betrifft, so besteht die allgemein verbreitete Meinung, die schlimmste Gefahr sei vorüber, wenn gewisse Lebensalter (das 14., 21., 28. Jahr) glücklich durchlaufen seien, nur insofern zu recht, als die rasch und ungünstig verlaufenden Fälle von Lungenschwindsucht am häufigsten in das jugendliche Alter fallen; aber diese Fälle bilden nicht die Regel, das häufigere ist ein sehr chronischer Verlauf der Lungentuberkulose, und gerade im jugendlichen Körper kann sehr vieles wieder verwachsen und völlig ausheilen. Betrachtet man den Lungenbefund nach Stadien (Turban), so ist die Prognose die beste bei Kranken im ersten Stadium, schlechter bei denen im zweiten, schlecht im dritten Stadium. Daneben spielt aber das Verhalten der Tuberkelbazillen eine wichtige Rolle; eine geschlossene Tuberkulose, die nach der Ausdehnung der krankhaften Veränderungen zum dritten Stadium zu rechnen ist, kann günstigere Aussichten bieten als ein erstes Stadium mit viel Bazillen im Sputum. Das dauernde Verschwinden der Tuberkelbazillen während der Behandlung ist prognostisch günstig. Von Bedeutung ist weiter der Vergleich zwischen der Dauer der Krankheit und dem Grade, den die Erkrankung in dieser Zeit an In- und Extensität in den Lungen und an Schädigung des Allgemeinzustandes erreicht hat. Das Verhalten des Pulses gibt wichtige Anhaltspunkte; dauernd frequenter Puls und Unbeständigkeit des Pulses sind schlechte Zeichen; auch langdauerndes Fieber trübt die Prognose. Die pièce de résistance für die Prognosenstellung bleibt aber die genaue physikalische Lungenuntersuchung. Mit Veränderungen des Klopfschalls und der Atmung ist nicht allzuviel anzufangen, denn diese verschwinden auch über gut vernarbten Lungenpartien selten ganz. Das Verschwinden der Rasselgeräusche dagegen, durch mehrmalige Untersuchung bestätigt, ist prognostisch außerordentlich günstig und muß das Ziel jeder rationellen Behandlung sein. Kann ein völliges Verschwinden der Rasselgeräusche nicht erreicht werden, so ist prognostisch immerhin günstig, wenn es wenigstens zu einer deutlichen Demarkation, zu einer perkutorisch und auskultatorisch gut nachweisbaren Abgrenzung des kranken gegen das gesunde Gewebe kommt.

4. Spengler, Davos: **Neue Färbemethoden für Perlsucht- und Tuberkelbazillen und deren Differentialdiagnose.**

Bei einem geringeren Prozentsatz von phthisischen Kranken, bei welchem im Sputum nach Ziehlscher Färbung keine Bazillen zu finden sind, findet man nach einer vom Verf. beschriebenen Färbung — fünf Minuten Färbung im Brutschrank oder bei Zimmertemperatur und bei Säureausschaltung — reichlich Bazillen.

Verf. hält solche Fälle für Perlsuchtfälle, weil nur die Perlsuchtbazillen, die beim Menschen vorkommen, eine so exquisite Säureempfindlichkeit an den Tag legen, daß die Ziehlsche Färbung mißlingt, die „Perlsuchtmethode" dagegen vollkommen positiv ausfällt. Diese Fälle zeichnen sich durch klinische und toxikologische Verlaufseigentümlichkeiten aus. Weiter zeigt eine große Zahl von Phthisikern die beiden Bazillentypen in symbiotischem Gemisch, und diese Fälle haben ebenfalls ein charakteristisches klinisches Gepräge; es sind chronisch verlaufende Fälle, während die Singulärinfektionen, die Tuberkelbazillenfälle und die mit angepaßten Perlsuchtbazillen, bezw. alle Fälle mit unterdrücktem antagonistischem Symbiotismus eine Neigung zur Progredienz zeigen und nahezu alle fiebern. Bei dieser Sachlage hat Verf. sich bemüht, neue Färbemethoden zur sicheren Unterscheidung der Perlsucht- und Tuberkelbazillen zu finden. Als solche haben sich ihm bewährt:

1. Die Hüllenmethode (Farbschichtungsmethode). Das Ausstrichpartikel wird alkalisiert mit einem geringen Quantum 1%iger Kali- oder Natronlauge und das Trockenpräparat unter äußerst schonender Erwärmung hergestellt. Dann Uebergießen des Präparats mit Löfflers Methylenblau und Abspülen mit Wasser; darauf Karbolfuchsinfärbung unter gelinder Flammenerwärmung, Wasserabspülung; schließlich Methylenblaunachfärbung unter langsamem Zusatz von wenigen Tropfen 15%iger Salpetersäure zum Methylenblau. In dieser Weise gefärbt erscheinen die Perlsuchtbazillen weit größer als die Tuberkelbazillen, so daß eine Verwechselung selbst in Gemischen beider Bakterien ganz unmöglich ist.

2. Die Pikrinmethode. Nach Karbolfuchsinfärbung unter gelindem Erwärmen Aufgießen von Pikrinsäure-Alkohol (Esbachs Reagenz und Alkohol absolut 5ā), dazu einige Tropfen 15%ige Salpetersäure und wieder Pikrin bis zur Gelbfärbung von Sputumbelägen, Wasserspülung, Trocknung; dann Aufgießen von 15%iger Salpetersäure, Alkoholabspülung und Kontrastfärbung mit Pikrinsäure-Alkohol bis zur Gelblichfärbung von Sputumschichten. Diese Methode ist allen übrigen überlegen, wenn es sich um den Nachweis von Perlsucht- und Tuberkelbazillen in tuberkulösen Sekreten und Exkreten handelt. Trotz noch so intensiver Hüllenschädigung sind die Bazillen noch nachweisbar; man findet sie oft noch massenweise, wenn nach Ziehl und andern Methoden nichts mehr nachzuweisen ist. Zur Voraussetzung hat der positive Ausfall der Pikrinmethode nur, daß noch Spuren von Hüllenwachs am Protoplasmaleib des Stäbchens haften.

3. Die Färbechtmethoden. Diese unterscheiden sich von den alten Tuberkelbazillenfärbungen nur durch die Ausschaltung der Säure. Alle Bakterien, die zu der Gruppe der Säurefesten gehören, sind in noch viel höherem Grade farbecht, d. h. sie nehmen, einmal karbolfuchsingesättigt, keine Secundärfarbe mehr auf, während alle übrigen Bakterien und die Gewebe additionell Kontrastfarbe aufnehmen und in dieser koloriert erscheinen, auch wenn keine Säure verwendet wurde. Die farbechten Doppelfärbungen geben meistens weit bessere Darstellungen der Säurefesten, als bei Säureanwendung; höchstens die Tuberkelbazillen machen mit ihrer schweren Färbbarkeit und großen Säureresistenz eine Ausnahme; Smegma-, Gras-, Perlsucht-, Hühnertuberkulosebazillen und andere dagegen erhalten ausnahmslos eine dinstinktere Darstellung mit der Farbechtmethode, weil sie äußerst säureempfindlich, zeitweise überhaupt nicht mehr ganz säurefest, sondern nur noch farbecht sind. Die Trockenpräparate werden mit in der Flamme sehr schonend erwärmtem Karbolfuchsin koloriert, mit 60%igem Alkohol gewaschen und mit Löfflerblau nachgefärbt.

5. Kruse, Bonn: **Neue Untersuchungen über die Ruhr.** (Schluß aus Nr. 8.)

Daß es sich in Deutschland fast ausschließlich um die Bazillenruhr, nicht um die Amoebendysenterie handelt, hat sich immer wieder bestätigt, ebenso, daß bei der bazillären Form zwei Arten, die echte Dysenterie und die Pseudodysenterie, zu unterscheiden sind. Der Shiga-Krusesche Bazillus ist fast auf der ganzen Erde wiedergefunden worden; er ist die Ursache einer weitverbreiteten, meist in großen oder kleinen Epidemien, aber auch endemisch auftretenden Ruhr. Beträchtlich verbreitet ist auch die Pseudodysenterie; sie scheint mehr in kleinen Epidemien und sporadischen Fällen aufzutreten; auffallend ist ihre Häufigkeit in den Irrenanstalten. Von praktischer Wichtigkeit ist, daß es, wie bei Typhus und Paratyphus, auch bei Ruhr und Pseudoruhr Bazillenträger gibt; trotzdem dürfte ohne die Annahme einer persönlichen Krankheitsanlage die örtliche und zeitliche Verbreitung der Dysenterie und besonders der Pseudodysenterie nicht zu erklären sein. Die Aufklärung der Entstehungsgeschichte der Pseudoruhr wird dadurch sehr erschwert, daß es einmal verschiedene Formen davon gibt, und daß die bakteriologische Feststellung der Krankheit meist nicht leicht ist. Verf. unterscheidet bei den Pseudodysenteriebazillen zwei Hauptrassen mit drei, resp. zwei Unterarten und daneben noch mehrere, in keine dieser Gruppen passende Stämme. Dieser Vielgestaltigkeit der Pseudodysenterien steht das Bild der echten Ruhr als ein gleichförmiges, streng abgeschlossenes gegenüber.

Die Diagnose der Ruhrformen ist leicht, wenn es gelingt, die Bazillen mit Hilfe von Milchzuckerlakmusagar oder Gelatinepinselplatten aus den Entleerungen zu züchten; nach weiterer Verimpfung kann dann eine Prüfung mit den verschiedenen Immunseris auf Agglutination vorgenommen werden. Gelingt die Züchtung nicht, so läßt sich mit Hilfe der Agglutinationsprobe im Krankenserum mit recht großer Wahrscheinlichkeit die Frage entscheiden, ob es sich um echte Dysenterie handelt oder nicht. Schwieriger ist die Diagnose der Pseudoruhr und ihrer Abarten, da auch das Blutserum Gesunder nicht selten diese Bazillen erheblich agglutiniert und das Kranker die Agglutination vermissen lassen kann. Nicht jede Ruhr ist notgedrungen als Infektionskrankheit zu betrachten; es gibt haemorrhagische und diphtherische Dickdarmkatarrhe, die rein giftigen Ursprungs sind (Quecksilbervergiftung, bakterielle, vom Blut aus wirkende Gifte); vielleicht können auch unter bestimmten Bedingungen (Genuß kalter Getränke, von unreifem Obst, Erkältungen) sonst harmlose Keime des Darmes virulent werden und zur Entstehung einer Ruhr durch Selbstinfektion führen. Die Untersuchungen über die Giftwirkungen der Dysenteriebazillen (Toxine und namentlich Aggressine) haben interessante, aber noch weiter auszubauende Ergebnisse gezeitigt; ebenso das Studium der Immunitätsverhältnisse, das die hohe Bedeutung der Phagocytose ergeben hat, zugleich aber auch, daß es sich bei der Infektion um einen Kampf handelt, dessen Ausgang nicht nur von dem Maße der auf beiden Seiten dazu mitgebrachten, sondern ebenso von den darin neu entwickelten Kräften abhängt. Mit dem Dysenterieserum, in dem alle Kräfte, die man bisher den Säften zuweisen durfte: bakterizide, opsonische, antitoxische, vereinigt sind, hat man fast überall günstige Erfolge bei der Behandlung der Ruhr erzielt.

6. Freund, Danzig: **Ueber Benzosalin.**

7. Oppenheimer, Berlin: **Fortschritte auf dem Gebiete der Brillengläser.**

Bezüglich des Materials der Brillengläser sind epochemachende Einzelfortschritte nicht zu verzeichnen; im allgemeinen wird an Stelle des Flintglases das eine größere Härte aufweisende Crownglas verwendet; Isometropglas und Bergkristallgläser haben sich nicht besonders bewährt. Was die Schleifart der Brillengläser betrifft, so werden zwar meist beiderseits symmetrische, sphärische Gläser verschrieben, besser aber aus allgemeinen wie kosmetischen Gründen sind periskopische Gläser, d. h. solche, die außen stets konvex, innen konkav sind. Anstatt der plan-, bezw. sphärisch-zylindrischen Gläser, verordnet man besser torische Gläser; dieselben sind außen stark konvex, innen aber torisch geschliffen (eine torische Fläche besteht aus zwei zueinander senkrechten Zylindern verschiedener Schärfe). Für hochgradig Kurzsichtige und Uebersichtige empfehlen sich die sogenannten Gläser neuer Schleifart, bei denen nur der mittlere Teil der ganzen Scheibe ausgeschliffen, bezw. für das Sehen verwertet wird, der übrige Teil plan oder weniger gekrümmt bleibt. Eine Gläserkategorie, die Fernglas und Naheglas zusammen enthält, sind die Bifokalgläser, die für manche Berufsarten einen wahren Segen bedeuten.

8. Gillet, Berlin: **Ein improvisierter Feld-Röntgentisch nebst Stativ.**

An der Hand von Abbildungen werden die einfachen Vorrichtungen beschrieben, die als Stativ eine mit Schraubenzwinge am Aufnahmetisch abnehmbar befestigte Stange, oder an Stühlen

zu befestigende Holzlatten vorsehen und einen Röntgentisch aus einem Brett (ausgehobene Tür) und Stühlen zusammengestellt.

9. Justi, Steglitz: **Erfindungen aus dem Gebiete der Medicin, öffentlichen Gesundheitspflege und Krankenpflege.** (Schluß folgt.)

10. Paull, Karlsruhe: **Krankenhäuser in drei Erdteilen.** Erlebnisse einer Mittelmeerreise.

11. Kron, Berlin: **P. J. Möbius.** Nekrolog.

Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 8. 1907.

1. Hirschberg, Berlin: **Ueber die Magnetoperation in der Augenheilkunde.**

Wenn auch die Diagnose in einzelnen Fällen recht schwierig sein kann, so müssen doch die praktischen Aerzte sich daran gewöhnen, in jedem Fall von ernster Augenverletzung von Arbeitern sofort an die Möglichkeit des Eindringens von Eisensplittern zu denken, und, wo die Möglichkeit vorliegt, ungesäumt der Sache auf den Grund zu gehen. Der Plan, einen in die Tiefe des Auges eingedrungenen Splitter reizlos einheilen zu lassen, ist als aussichtslos aufzugeben; so trefflich auch die Sehkraft, so reizlos das Auge sein kann, das einen kleinen Eisensplitter im Augenhintergrunde beherbergt, früher oder später geht doch die Sehkraft dieses Auges verloren. In diagnostischer Hinsicht ist die Behauptung zurückzuweisen, daß, wenn der Verletzte an den Riesen-Magneten gebracht, keinen Schmerz äußert, kein Eisen im Auge sei. Der Streit ob Röntgenbild, ob Magnetnadel ist gegenstandlos; beide sind erforderlich; am wichtigsten erscheint die Sideroskopie; in frischen Fällen, die sofort zu operieren sind, ist sie geradezu entscheidend. Ebensowenig wie in der Diagnose darf man in der Therapie beschränkt sein; H. verwendet je nach der Situation den Riesen-Magneten, den mittelstarken Magneten und den Hand-Magneten. In den Jahren 1896 bis 1903 wurde in 64 Fällen von Eisensplittern in Netzhaut oder Glaskörper die Extraktion mit dem Elektro-Magneten versucht; von diesen erlangten 36 gute und bleibende Sehkraft, davon 23 sehr gute Sehkraft $^1/_2$—1; 22 Fälle waren frisch, 14 alt; ein Drittel wurde mit dem Hand-Magneten, die übrigen mit Riesen- und Hand-Magnet zusammen operiert. In 6 von den 64 Fällen wurde die Form des Auges erhalten, die Sehkraft ging verloren. In 22 mußte der verletzte Augapfel entfernt werden, weil der Splitter übergroß oder Cyclitis oder Sepsis bereits eingeleitet war. In vier Fällen schließlich gelang die Ausziehung nicht. Im ganzen also stehen 38% Verlusten 53% gute Erfolge gegenüber. Eine gleich gute und dabei strenge Statistik ist noch nicht veröffentlicht. H. berichtet dann eingehender über zwei erfolgreiche Fälle der letzteren Zeit, einem frischen und einem alten, die beide für die Verletzten von entscheidender Bedeutung waren, da der eine das allein arbeitsfähige Auge, der andere sogar das einzige Auge des Verletzten betraf.

2. Orth, Berlin: **Zur Statistik der primären Darmtuberkulose.**

O. begründet zunächst seine Zurückhaltung gegenüber der Wertschätzung der Statistiken über primäre Darmtuberkulose und weist dann die Angabe Edens (d. W. Nr. 6): daß „sich inzwischen die im Orthschen Institut gefundenen Zahlen (bezgl. primärer Darmtuberkulose) neuerdings wesentlich geändert“ haben, als rechnerisch unrichtig und an sich unzutreffend und irreführend zurück.

3. Joachim, Königsberg: **Ueber die Registrierung der Kontraktionen des linken Vorhofs bei einem Fall von Adam-Stokesscher Krankheit.**

Der betr. Patient, der an Schwindel- und Ohnmachtsanfällen und Atembeschwerden litt, zeigte als auffälligstes Symptom eine enorme Verlangsamung der Herztätigkeit; die Pulsfrequenz schwankte zwischen 30 und 40 pro Minute; irgendwelche Herzgeräusche oder Töne zwischen den einzelnen Herzaktionen waren nicht zu hören, frustrane Extrasystolen also auszuschließen; dagegen pulsierten die stark geschwellten Jugularvenen weit rascher, als es bei der niedrigen Arterienpulsfrequenz zu erwarten war. Eine gleichzeitige Registrierung von Arterien- und Venenpuls zeigt, daß die Länge der einzelnen Arterienpulse 7,2—7,4 Fünftelsekunden beträgt, während die Venenkurve weit fequentere Wellen von 2,8—3,0 Fünftelsekunden Distanz aufweist. Venen- und Arterienpuls schlagen also fast vollkommen rhythmisch, aber ganz unabhängig von einander. Die Annahme, daß es sich hier um eine Dissoziation von Vorhof- und Kammerrhythmus handele, daß also beide Ventrikel in einem andern Rhythmus schlagen als beide Vorhöfe, konnte dann sicher gestellt werden durch eine Registrierung des linken Vorhofs vom Oesophagus aus. Die entsprechende Kurve zeigt erheblich höhere Frequenz als die gleichzeitig aufgenommenen Arterienpulse, dagegen den gleichen Rhythmus wie die Venenpulskurve (also Kurve des rechten Vorhofs). Eine Hemisystolie ist danach auszuschließen, das Vorhandensein einer Vorhof-Kammerdissoziation entschieden.

4. Bang, Sund: **Neue Methode zur Bestimmung des Harnzuckers.**

Die Titrierflüssigkeit besteht aus einer Kupferlösung, welche mit Kaliumkarbonat anstatt kaustischen Alkali versetzt ist, reichlich Kaliumrhodanid enthält, wodurch das gebildete Kupferoxydul als farblose Verbindung in Lösung gehalten wird. Beim Kochen mit Zucker findet eine teilweise Entfärbung statt; der Ueberschuß, welcher von der Zuckermenge abhängig ist, wird nach Abkühlung durch Titration mit einer Hydroxylaminlösung bestimmt und zwar direkt, ohne eine Filtration vornehmen zu müssen. Die verbrauchten Kubikzentimeter Hydroxylaminlösung geben die Zuckermenge in Milligramm an. Genauere Einzelheiten der Probe werden erläutert und ihre Brauchbarkeit durch vergleichende Untersuchungen dargelegt. Gegenüber der Fehlingschen erweist sie sich entschieden überlegen; sie ist viel bequemer als diese; auch fordert sie keine Uebung und ist schneller durchzuführen; eine Bestimmung erfordert kaum fünf Minuten; ein wesentlicher Vorteil ist es auch, daß es gleichgültig ist, ob der Harn Eiweiß enthält oder nicht, so daß dessen Entfernung nicht notwendig ist.

5. Mühlmann, Bolachany-Baku: **Einige Beobachtungen an den Leukocyten und Haemokonien.**

Bei Untersuchung des lebensfrischen, nicht gefärbten Blutpräparats sind die Granula der weißen Elemente schon bei mittelstarker Vergrösserung, sehr gut bei Oelimmersion zu sehen; besonders hervor treten die neutrophilen und oxyphilen Granula, erstere schwach, letztere stark glänzend. Die unregelmäßig polygonal gestalteten Granula sind gewöhnlich unbeweglich; unter Umständen aber kann man sie sich bewegen sehen; ist ihre Zahl groß, so zeigen sie ein kaleidoskopartiges Umherlaufen, ist sie geringer, so kann man einzelne verfolgen und konstatieren, daß der Ortswechsel innerhalb der Zelle sehr groß ist. Die Bewegung der Körperchen hält nicht sehr lange an, sie ist nur am lebensfrischen Präparat zu sehen, dauert nur wenige Minuten und ist auch in der Feuchtkammer z. B. nicht über wenige Tage hinaus zu erhalten. Diese Tatsachen scheinen dafür zu sprechen, daß die Bewegung keine passive, sondern eine aktive, von den Körpern selbst ausgehende, eine Lebensäußerung derselben ist. Konstatieren konnte Verf. die Bewegung der Körperchen im Blute sekundär syphilitischer Individuen, solcher mit Ulcus molle, im Blute einer Frau nach überstandener Splenectomie, im haemorrhagischen Harne, im Sputum und im Saft indurierter, nicht erweichter Inguinaldrüsen. Die Erscheinung, namentlich bei den syphilitisch infizierten Individuen schien mit dem Krankheitsprozeß in Zusammenhang zu stehen. Was die Natur der Körperchen betrifft, so entsprechen ihre chemischen Reaktionen nicht dem Fett, geben dagegen Farbenreaktionen, die dem Eiweiß entsprechen. Im Blutplasma, außerhalb der Zellen sind sie regelmäßig zu finden, wo sie auch in Zellen eingeschlossen gefunden werden; hier zeigen sie sich polygonal contraktil, mit geißelartigen Fortsätzchen. Alles drängt dazu, sie als selbständige Gebilde zu achten, entsprechend der Auffassung Altmanns gegenüber Ehrlich.

Die Haemokonien lassen sich bei ultramikroskopischer Beobachtung sehr leicht in jedem Blutpräparat des Menschen nachweisen; es sind hellglänzende, runde Körperchen; sie finden sich in fortwährender Bewegung, die aber von derjenigen der Granulocyten verschieden ist. Die meisten Reaktionen dieser Ultrateilchen des Blutes entsprechen dem Fett. Damit erscheint es höchst wahrscheinlich, daß die Haemokonien Fett oder eine dem Fett nahe-



stehende Substanz darstellen, womit auch ihr reichliches Auftreten nach fettreicher Nahrung übereinstimmt.

6. Lyritzas, Corfu: **Die Hypermetropie und deren Bestimmung ohne Skiaskopie.**

Das Verfahren, die totale Hypermetropie ohne die zeitraubende und viel Uebung voraussetzende Skiaskopie, sondern einzig und allein durch die gewöhnliche Prüfung mit Gläsern zu finden, beruht darauf, daß der Index sowohl des Vorhandenseins als des Grades der latenten Hypermetropie in jedem Falle ohne Ausnahme durch die Stärke des stärksten Konvexglases, das die mit freiem Auge erhaltene Sehschärfe nur beizubehalten imstande ist, ohne die geringste Verbesserung oder Verschlimmerung derselben herbeizuführen, gegeben ist. An Beispielen werden die Einzelheiten erläutert. Von großer Bedeutung für das Verschreiben der passenden Brille erscheint es, daß das Verfahren erlaubt, im voraus zu wissen, ob die aufgefundene manifeste Hypermetropie konstant bleibt oder nicht.

7. Salge, Dresden: **Einige Bemerkungen über die Bedeutung der Frauenmilch in den ersten Lebenstagen.**

Um die Funktion der Brustdrüsen in Gang zu bringen, bedarf es oft längerer Versuche; konsequentes Fortsetzen derselben wird in mindestens 90% zum Erfolge führen. Mengen von 250 bis 300 ccm sind in den ersten acht Tagen völlig ausreichend; die für den Säugling erforderliche Menge steigt in den ersten vier Wochen langsam auf 500—600 ccm an; oft ist geringere Milchsekretion mit einem höheren Kaloriengehalt der Nahrung verbunden. Bevor man sich zu dem Urteil, die Milch sei nicht ausreichend, entschließt, muß zum mindesten verlangt werden, daß durch Wägung vor und nach dem Trinken das wirkliche Volumen festgestellt ist. Um den Fettgehalt der Muttermilch zu untersuchen, genügt es nicht eine einzelne Probe zu nehmen; vor und nach jeder Mahlzeit muß man gleiche Quanten Milch abdrücken, diese von allen Mahlzeiten des Tages zusammengießen und mischen und in dem Gemisch den Fettgehalt bestimmen. Bis die Brust in Gang kommt, muß man oft über sechsunddreißig Stunden sich bemühen. Manche Verdauungsstörungen an der Brust sind auf Ueberfütterung zurückzuführen. Gute Gewichtszunahme und schöner Stuhl sind bei künstlicher Ernährung nicht immer eine Garantie für gute Entwicklung, da auch dabei eine Stoffwechselstörung sich entwickeln kann. Reicht die Brust nicht aus, so ist das Allaitement mixte unendlich besser als jede rein künstliche Ernährung; alles was an Frauenmilch zu haben ist, und ist es auch wenig, gibt eine ganz andere Gewähr für einen wirklichen Ernährungserfolg als die Verfütterung des schönsten Präparats. Muß beigefüttert werden, so muß man sich vor Ueberfütterung hüten, die umso verhängnisvoller ist, je jünger das Kind ist; niemals sollen die Pausen kürzer als drei Stunden sein, sechs bis sieben Mahlzeiten in vierundzwanzig Stunden und ein Nahrungsvolumen, das in der ersten Woche 250—300 ccm nicht überschreitet und ganz allmählich in vier Wochen auf 600 ansteigt.

Wiener klinische Wochenschrift. Nr. 6. 1907.

1. Bartel, Wien: **Zur Biologie des Perlsuchtbazillus.**

B. hatte nachgewiesen, daß virulente Tuberkelbazillen des Typus humanus nach längerer Zeit der Einwirkung mit organischem Material vermischt für Meerschweinchen ihre Virulenz verlieren. Das gleiche gelang ihm und Harse für den Typus bovinus festzustellen. Der Versuch betrifft ein normales Kaninchen, das als Kontrolltier diente, und ein vacciniertes Tier, das in einem größeren Intervall zweimal vacciniert worden war, das erste Mal mittels Vaccinationsmaterial aus menschlichen, das zweite Mal aus Perlsuchtbazillen. Beide Tiere wurden gleichzeitig mit einer vollvirulenten dichten Perlsuchtkulturaufschwemmung intraperitoneal geimpft. Das Kontrolltier endete nach vierunddreißig Tagen unter dem Bilde einer schweren Tuberkulose; das vaccinierte Tier wurde nach vierundachtzig Tagen getötet, ohne daß eine Störung seines Befindens eingetreten war. Es muß also angenommen werden, daß das zweimal vaccinierte, dann intraperitoneal mit virulenten Perlsuchtbazillen geimpfte Kaninchen eine bedeutend erhöhte Resistenz gegenüber der vollvirulenten Impfung besessen hat, und diese Resistenz ist durch die praeventive Impfung der angedeuteten Art anscheinend erzielt. Bazillen des Typus bovinus erwiesen sich bei länger dauernder Beeinflussung durch organische Substanzen, dann mit denselben verimpft, für das Meerschweinchen avirulent. Hingegen ist selbst durch länger dauernden Einfluß des Blutes eine solche Avirulenz nicht zu erzielen. B. glaubt, daß es möglich ist, auf die oben angegebene Weise vielleicht mit einiger Modifikation ein Vaccinationsverfahren gegen Perlsucht aufzubauen. Bei der Obduktion des vaccinierten Tieres zeigten sich allerdings vier rundliche Herde unter der Pleura pulmonalis in den peripheren Lungenabschnitten, die bis Hanfkorn groß an zwei Stellen kleine verkäste Stellen erkennen ließen. Peritoneum und Pleura waren fest und glänzend, verdächtige Veränderungen waren sonst an keiner Stelle des Körpers zu entdecken.

2. Türk, Wien: **Septische Erkrankungen bei Verkümmerung des Granulocytensystems.**

T. beschreibt eingehend einen Fall, der unter dem Bilde einer Sepsis bei bestehender Insufficienz der Mitralis aufgenommen wurde. Der Blutbefund zeigte eine enorme Verminderung der Leukocyten, nicht eine einzige polymorphkernige Zelle wurde bei der ersten eingehenden Untersuchung gefunden; die Neutrophilen waren fast vollkommen verschwunden, Eosinophile und Mastzellen fehlten völlig bei vielfach pathologischer Beschaffenheit der an sich nicht vermehrten, aber beinahe allein im Blute kreisenden Lymphocyten und verwandter ungranulierter Zellformen. Der Staphylococcus pyogenes aureus ließ sich rein züchten; auch eine Venenpunktion zwecks bakteriologischer Untersuchung wurde vorgenommen; die Platten blieben aber steril. Dagegen fiel die Gruber-Widalsche Reaktion positiv aus, so daß an die Möglichkeit zu denken war, daß die Sepsis sich zu einem uncharakteristisch verlaufenen Typhus gesellt habe, und daß beide schweren Infektionen zusammen dieses ungewöhnliche Blutbild erzeugt haben. Näher lag aber die Annahme, daß eine „alymphämische Lymphomatose“ die Grundkrankheit wäre, auf welche sekundär eine Staphylococcensepsis aufgepfropft wurde, da auch die Lymphocyten morphologisch nicht normal waren, sondern zumeist jene Veränderungen zeigten, welche regelmäßig bei lymphomatösen Wucherungen beobachtet werden: Vergrößerung, schlechte Färbbarkeit und enorme Zerreißlichkeit der Zellen. Eine weitere Stütze bestand in dem Auftreten einer nekrotisierenden Gingivitis und Stomatitis, einer rasch fortschreitenden Tonsillitis und der bestehenden Knochenschmerzhaftigkeit. Die makroskopisch anatomische und mikroskopische Untersuchung ergab keinerlei Anhaltspunkte für das Bestehen einer primären Lymphomatose. Das Knochenmark aber bietet einen ganz eigenartigen Befund. Die Markbälkchen erscheinen geradezu dürftig und vor allem fällt die geringe Zahl von Leukocyten in ihnen auf, während der Erythrocytenbildungsapparat ziemlich normal entwickelt ist. Die zwischen den Erythrocyten und Erythroblasten eingelagerten, nicht eben reichlichen weißen Zellen sind ausschließlich nur Lymphocyten und Plasmazellen; nach einer neutrophilen Zelle muß sehr lange gesucht werden, sie liegen stets nur einzeln, während die ersteren beiden Gruppen bilden; eosinophile Zellen sind äußerst selten, Mastzellen fehlen. Es handelt sich in diesem Falle einfach um einen Mangel an Granulocyten, den spezifischen weißen Elementen des Markgewebes, und an ihre Stelle sind förmlich vikariierend vermehrte Lymphocyten und Plasmazellen getreten. Dieser Knochenbefund steht wohl ohne jede Analogie da. Man muß wohl annehmen, daß schon vor dem Auftreten der tödlichen Krankheit ein verkümmerter und mangelhaft funktionsfähiger, also hypoplastischer Granulocytenapparat bestanden hat, der ausreichte, um den von keiner wesentlichen Schädigung getroffenen Organismus zu befriedigen, aber absolut außer stande war, eine energische Reaktion einzuleiten, als eine schwere Infektion eintrat. Im Anschluß an diesen Fall beschreibt Verf. noch einen Fall, bei dem es sich offenbar auch um eine mangelhafte Reaktionsfähigkeit des Granulocytenapparates und dadurch bedingt um eine schwere Reizung und infektiös-toxische Schädigung des an seiner Statt förmlich in die Lücke tretenden Lymphocytenapparates durch eine von den Tonsillen ausgehende Coccenallgemeininfektion gehandelt hat.

3. Reitter: **Zur differentiellen Diagnose der Knochenverdickungen.**

Zwischen Osteomyelitis, Periostitis chronica ossificans und Lues schwankt die Diagnose bei einem 45jährigen Pat., der nach

seiner Entlassung vom Militär bemerkt, daß sein linker Arm allmählich dicker wird und an der Haut des Oberarmes Geschwüre auftreten. Nach einem Fall wird der linke Arm völlig gebrauchsunfähig. Bei der Untersuchung fehlt die Schulterwölbung, der Oberarmkopf fehlt an der normalen Stelle, der rückwärtige Rand der Fovea glenoidalis ist abzutasten, der Oberarm ist in seinem oberen Drittel geknickt. Das oben dünne Humerus verbreitert sich nach unten, der Unterarm ist plump, das Handgelenk ist deutlich abgesetzt, erscheint grazil. Beide Unterarmknochen sind stark verdickt, höckerig. Die Muskulatur ist an der Schulter, am Oberarm und Vorderarm atrophisch. Am Vorderarm, nicht auf der Hand, ein Oedem. Die Haut der Schulter und des Oberarmes auf eine weite Strecke hin narbig, pigmentiert, über dem Akromion an einer Stelle mit dem Knochen verwachsen. Bewegung im Schultergelenk bedeutend eingeschränkt. Sonstige Gelenke frei. An beiden Unterschenkeln Oedeme. Chronische Bronchitis und Nephritis parenchymatosa, kein Amyloid; sonst kein weiterer Befund. Die Röntgenaufnahme ergibt mit Sicherheit das Fehlen des Humeruskopfes in der Fovea glenoidalis, eine Kontinuitätstrennung am Collum chirurgicum, eine bindegewebige bewegliche Verbindung an dieser Stelle und hochgradige periostale Veränderungen unterhalb der Fraktur. Die Ulna ist verdickt, mit mächtigen aufgelockerten und ausgefransten Periostauflagerungen bedeckt, am Radius ähnlicher Befund. Das Handgelenk und die Knochen der Hand bieten ein vollkommen normales Bild. Gegen eine Osteomyelitis spricht die Lokalisation, der Mangel an vermehrtem Längswachstum, an Fistelbildung, an Sequestern und das Freibleiben der Gelenke, sowie die geringe Sklerosierung der Knochen. Die Nephritis ist eine häufige Komplikation der Osteomyelitis. Für Lues dagegen spricht die überwiegende Beteiligung des Periostes, die diffuse Ausbreitung mit stellenweiser Absumption und Einschmelzung, das Fehlen von Sequestern, die Nekrose und Karies mit geringer Fistelbildung, die Fraktur, die wahrscheinlich spontan entstanden ist. Vielleicht ist die Spontanfraktur auf ein Gammi des Knochenmarks zurückzuführen. Weitere Zeichen von Lues sind bei dem Patienten nicht nachzuweisen außer der Hautaffektion am linken Oberarm, die ein serpiginöses Hautsyphilid ist. Ob das Mark nun, das Periost oder die Haut den Ausgangspunkt der Veränderungen bildet, läßt sich nicht entscheiden.

4. Pappenheim, Prag: **Isolierter halbseitiger Zungenkrampf.** Ein Beitrag zur Jaksonschen Epilepsie.

P. erörtert im Anschluß an einen sehr ausführlich beschriebenen Fall, der langsam unter Bromdarreichung heilte, die Pathogenese der Krampfanfälle. Sie sind kortikalen Ursprungs, beginnen in der Zunge, greifen einerseits nach vorn auf das Zentrum für das Augenlid, die Augen- und Kopfdreher über, andrerseits nach oben auf das Zentrum für den Mundwinkel und die obere Extremität. Der Genioglossus bleibt frei; ebenso hören die Zuckungen in den zwischen Unterkiefer und Zungenbein verlaufenden Muskeln einige Tage vor dem Schwinden der Krämpfe überhaupt auf. Welcher Art ist nun der supponierte Herd? Ein paralytischer oder gemeinepileptischer Anfall muß ausgeschlossen werden, ebenso ein syphilitischer Prozeß und ein Tumor oder Absceß. Der Verlauf erfordert die Annahme einer sich spontan rückbildenden Noxe. Gegen einen apoplektischen Insult sprechen die lange andauernden Krampfanfälle und die vollständige Rückbildung der Lähmungen. Eine Pachymeningitis haemorrhagica infolge Alkoholmißbrauchs wird durch den langen Bestand der isolierten Krämpfe unwahrscheinlich. Es bleibt der Alkohol als aetiologisches Moment nur übrig. Es könnte sich an der betreffenden Stelle im Gehirn eine Meningealverdickung oder ein kleines Cystchen befinden, das unter dem Einfluß des Alkohols die Krämpfe erzeugte, es fehlt aber jede Unterlage für eine derartige Läsion. Also ist die toxische Wirkung des Alkohols als Ursache der Krämpfe aufzufassen, wie ja auch Blei- und Acetonvergiftung Rindenkrämpfe auszulösen vermögen. P. beschreibt daran anknüpfend die Krankengeschichte eines Patienten, dessen Rindenkrämpfe mit Wahrscheinlichkeit auf Alkoholismus zurückzuführen waren.

Nr. 7.

1. O. v. Frisch, Wien: **Zur Technik der Sehnennähte.**

Die Erfolge der bisher gebräuchlichen Methoden der Sehnennähte sind keineswegs befriedigend gewesen; der Prozentsatz der Heilungen ist recht gering, da die Nähte sich oft wieder lösen, oder Verwachsungen der Sehne mit der Umgebung eintreten, die eine normale Funktion ausschließen. Für eine gute Sehnennaht sind zwei Hauptforderungen aufzustellen: 1. dauernde Haltbarkeit, wobei zu betonen ist, daß stärkere Spannung der Sehnenenden keine Verschlechterung der Prognose gibt und 2. Heilung in anatomisch richtiger Lage. Die Sehnenenden dürfen bei der Naht nicht nebeneinander gelagert werden, eine Resektion muß vermieden werden. Die von Lange angegebene Methode dürfte die brauchbarste sein. Er durchflicht vom Querschnitt der Sehne beginnend dieselbe in einer Ausdehnung von mehreren Zentimetern, sowohl distal wie proximal, überträgt somit die Belastung auf eine ansehnliche Strecke der Sehne, während fast alle anderen Methoden den ganzen Zug und Druck an einer bestimmten Stelle und zwar recht nahe dem Querschnitt wirken lassen. Diese Sehnennaht ist fest, ohne kompliziert zu sein, sie quetscht das Gewebe nicht, weil sie an keiner Stelle zirkulär verläuft; sie gestattet ein genaues Adaptieren der Querschnitte und die Punkte der größten Belastung liegen am weitesten von den Sehnenenden entfernt. Nur ein Knoten ist vorhanden, ein Vorteil, der bezüglich der Gleitfähigkeit der geheilten Sehne nicht belanglos ist. Die Nachbehandlung kann sehr bald beginnen und das funktionelle Resultat ist günstig. Bei Verletzung mehrerer Sehnen, welche unmittelbar neben- oder übereinander liegen, können die Seidenknoten abwechselnd am distalen und proximalen Teile geknüpft werden. Ferner gestattet die große Haltbarkeit der Schlinge und die damit verbundene Möglichkeit, auch weiter von einander entfernte Schnittflächen gut und sicher zu vereinigen, die Sehnennaht zur Zeit der Wahl auszuführen. F. hat mehrere kleine Modifikationen dieses Verfahrens eingeführt; er legt häufig eine kleine, locker geschürzte Adaptionsnaht durch die Sehnenenden nach dem Knüpfen des langen Fadens, die eine genaue Berührung der Querschnitte verbürgt. In Fällen, wo die Zeit der Verletzung weit zurückliegt, die Sehnenenden atrophisch geworden sind und sich leicht auffasern, desgleichen wenn die Sehne nahe dem Uebergang zu ihrem Muskel durchtrennt ist, bedient er sich einer Art fortlaufender Naht, welche den seitlichen Rand der Sehnen in weiten Abständen spiralförmig faßt. Besonders bei dünnen Sehnen ist diese Modifikation empfehlenswert. Ist die Sehne nahe ihrem Ansatz durchtrennt, so daß für eine Durchflechtung das distale Stück zu kurz ist, so schlingt er nur das proximale Ende nach Lange an und legt am anderen Ende die zweite Naht nach Wölfler an. Aehnlich muß bei der Naht sehr tief gelegener Sehnen verfahren werden.

2. Marke: **Der Pestfall vom Lloyddampfer Callipso.**

Der Pestfall ist dadurch sehr interessant, daß er bei einem Individuum vorgekommen ist, welches nie in überseeischen Ländern gewesen ist, auf einem Schiffe, das mit pestverseuchten Häfen nicht verkehrte, absolut rattenfrei war und seine Ladung von einem so gut wie rattenfreien Schiffe erhalten hatte. Nur zwei Ratten wurden nach der Schwefelausräucherung gefunden, die bei der bakteriologischen Untersuchung keinerlei Anzeichen einer Pestinfektion erkennen ließen. Die Aetiologie ist also völlig dunkel. Dieser Fall blieb vereinzelt, trotzdem die Möglichkeit zur Uebertragung reichlich gegeben war. Der mit Lungenpest behaftete Patient verkehrte, noch einige Stunden vor seinem Tode, mit zahlreichen Personen, stattete Besuche ab, teilte das Krankenzimmer mit zwölf Patienten, in dem Bett des Kranken an Bord schlief unmittelbar nach seiner Ausschiffung ein anderer Matrose und doch erkrankte niemand weiter. Die bakteriologische Untersuchung hat einwandsfrei die Diagnose Pest ergeben. Verf. schlägt vor, für die politischen Behörden und die Seeverwaltung in Triest ein gemeinsames, gut eingerichtetes Laboratorium mit einem Bakteriologen an der Spitze zu bestimmen, damit möglichst frühzeitig Infektionskrankheiten sicher festgestellt werden können.

3. Grünberger, Wien: **Ueber ein durch Gelatineinjektionen wesentlich gebessertes Aneurysma der Arteria anonyma.**

Es handelt sich in diesem Falle um ein Aneurysma, das eine Reihe von Kompressions- und Verdrängungserscheinungen bewirkt. Die Vena anonyma rechts ist komprimiert, der rechte Nervus recurrens ist gelähmt, der Oberlappen der rechten Lunge ist komprimiert. Es besteht eine Stenose der linken Bronchus, das Herz



ist nach links verschoben, ebenso Trachea und Larynx sehr stark. Die Paraesthesien in der rechten Hand sind durch Kompression des Plexus brachialis, die in die Schulter ausstrahlenden Schmerzen entweder durch Kompression eines Nerven oder, wie Cardarelli behauptet, durch Kompression der rechten Vena anonyma entstanden. Die klinische Diagnose lautet Aneurysma der Arteria anonyma. Mit dieser Annahme lassen sich aber zwei Symptome nicht vereinbaren, das positive Oliver-Cardarellische Symptom und die Stenose des linken Bronchus. Es mußte daher noch ein zweites Aneurysma angenommen werden und zwar am Arcus aortae. Die radiologische Untersuchung ergab ein apfelgroßes Aneurysma der Arteria anonyma. Es ist also die Stenose des linken Bronchus und das Oliver-Cardarellische Symptom nur dadurch zu erklären, daß der dilatierte und nach links gedrängte Aortenbogen gegen den linken Bronchus gepreßt wird und dadurch eine Stenose desselben, sowie das Oliver-Cardarellische Symptom hervorruft. Ist diese Erklärung richtig, so wäre eine neue Entstehungsart dieser beiden Symptome damit gegeben. Von chirurgischer Seite wurde ein Eingriff abgelehnt, es wurde zur Behandlung mit subkutanen Gelatineinjektionen geschritten. Bettruhe und strenge Diät hielt der Patient nicht inne. Die Injektionen wurden wöchentlich einmal in der hinteren Axillarlinie, in der Höhe des Angulus scapulae gemacht; der Einstich der Nadel, sowie das Ende der Injektion ist schmerzhaft. Bei dieser Behandlung ist die rechtsseitige Rekurrenslähmung, die Kompression des rechten Plexus brachialis, der rechten Vena anonyma, ferner die Stenose des linken Bronchus geschwunden; ferner ist der sichtbare Tumor um ein ganz Bedeutendes kleiner und härter geworden, seine Pulsation geringer.

4. Liebmann, Triest: **Ueber Novaspirin, ein neues Aspirinpräparat.**

Therapeutische Monatshefte. Januar 1907.

1. Schultz-Zehden, Berlin: **Ueber den Zusammenhang zwischen Sehstörungen und einigen wichtigen Konstitutionsanomalien.**

Im Anschluß an schwere Blutungen kann es zu völliger Verdunkelung des Gesichtsfeldes kommen; wenn die Störung auch in den meisten Fällen in wenigen Tagen vorübergeht, so kommen doch auch Fälle vor, die mit völliger Erblindung infolge von Sehnervenatrophie enden.

Bei Chlorose und einfacher Anaemie treten eine Reihe funktioneller Störungen auf (die Nahearbeit fällt schwer, längeres Schreiben, Lesen ermüdet, nach kurzer Zeit verschwimmt alles), die auf leichte Ermüdbarkeit der Augenmuskulatur zu beziehen sind. Von organischen Veränderungen kommen in Betracht die Oedeme der Lider und der Catarrhus siccus. Die Untersuchung des Augenhintergrundes zeigt in vielen Fällen die Netzhautgefäße enger oder weiter als normal, also Blässe oder Hyperaemie des Augenhintergrundes. Viel wichtiger und häufiger sind die Veränderungen des Augenhintergrundes bei der perniciösen Anaemie. Sehnervenkopf und der ganze Hintergrund sind äußerst blaß, die Venen stark erweitert und geschlängelt. Blutungen verschiedenster Größe in kleinerer oder größerer Anzahl beherrschen das eigentliche Hintergrundbild. Häufig haben dieselben ein weißes Zentrum. Dessen Genese ebenso wie die anderer weiß-grauer Herde der Retina ist noch nicht geklärt.

Von Veränderungen des Sehorgans bei Leukaemie sind zu nennen: Lymphome an den Lidern, in der Conjunctiva und der Orbita, die entweder kleine Knötchen oder große Tumoren von elastischer Beschaffenheit und lappiger Oberfläche bilden. Operative Eingriffe werden bei Leukaemie wegen größerer Blutungen meist vermieden. Spontane Blutungen in die Bindehaut, die vordere Kammer, den Glaskörper sind bei Leukaemischen nicht selten zu beobachten. Der Augenhintergrund zeigt Veränderungen wie bei den schweren sekundären Anaemien und wirklich leukaemische. Der Fundus erscheint häufig organrot resp. schokoladenfarbig; die Venen sind auffallend weit und geschlängelt; am Aequator findet sich eine Anhäufung lymphoider Elemente, oft von roten Blutkörperchen eingesäumt (Retinitis leucaemica).

Ueber die Häufigkeit von Augenerkrankungen bei Diabetes ist aus der Statistik schwer ein Urteil zu gewinnen. Der Prozentsatz der diabetischen Augenleiden schwankt zwischen einundzwanzig und eins. An den Adnexen des Auges kommt es häufig zu Furunkelbildungen der Lider; Gerstenkörner machen beim Diabetischen besonders heftige Erscheinungen. Die Schwächung, die der Diabetes im allgemeinen hervorruft, macht sich auch bei der Muskulatur des Auges geltend und tritt besonders in einer leichten Ermüdung des Akkomodationsmuskels in die Erscheinung. Uebersichtigkeit und Kurzsichtigkeit können im Laufe eines Diabetes entstehen. Ernährungsstörungen sind es jedenfalls, die zur Trübung der Linse, zur diabetischen Katarakt führen; eine Zurückbildung eines Stars unter einer antidiabetischen Kur ist nicht anzunehmen. Der Glaskörper kann durch Blutungen Veränderungen erleiden, die für das Sehvermögen deletär werden können. Die diabetischen Augenhintergrundveränderungen haben eine gewisse Aehnlichkeit mit denen bei Nephritis; sie unterscheiden sich von den albuminurischen dadurch, daß der Sehnervenkopf frei ist, und die weißen resp. grauen Herde der Netzhaut fehlen; charakteristisch für Diabetes ist die Retinitis punctata centralis. Die Netzhauterkrankung der Diabetiker ist, was die Prognose quoad vitam anbetrifft, nicht in gleichem Maße ungünstig wie bei der Retinitis albuminurica. Die Sehschärfe kann eine bedeutende Abschwächung erleiden, wenn der Sehnerv erkrankt, retrobulbäre oder axiale Neuritis der Diabetiker. Da diese Affektion besonders häufig der Alkohol- und Tabaksamblyopie zu Grunde liegt, so muß bei der Behandlung des Alkohols und Nikotins als schädlicher Faktoren Rechnung getragen und sie strengstens verboten werden. Die schlechte Heilungstendenz der Wunden bei Diabetikern erfordert große Vorsicht für eventuell vorzunehmende Operationen; man soll nicht jeden Diabetiker operieren, auf jeden Fall vor einer Operation eine antidiabetische Kur vornehmen lassen.

Inwieweit die Gicht die Basis für Augenerkrankungen bilden kann, ist noch nicht völlig geklärt. Als gichtische können folgende Augenaffektionen gelten: Tophi in den Lidknorpeln, die in Form und Beschaffenheit den Chalazien gleichen, Conjunctivitis, die nur den bulbären Teil befällt, Skleritis und Episkleritis, sklerosierende Keratitis und Randinfiltrate. Die Behandlung der gichtischen Augenerkrankungen erfordert allgemeine therapeutische Maßnahmen und lokale Mittel, die z. T. dieselben sind wie bei anderen Entzündungen und Erkrankungen des Sehorgans, z. T. aber auch spezifischer Natur (Einträufelungen von Jod, Lithionwässern).

2. Lange, Kopenhagen: **Laryngologie als selbständige Spezialität, mit besonderer Rücksicht auf ihre heutige Stellung in Deutschland.**

Eine Betrachtung der deutschen Verhältnisse bezüglich der selbständigen Stellung der Laryngologie ergibt, daß nur eine geringe Minderzahl der Spezialisten sich allein mit Laryngologie oder Otologie beschäftigt, daß eine größere Zahl zugleich die beide Gebiete berührende Rhino-Pharyngologie betreibt, daß aber die Mehrzahl, von 867 Spezialärzten 661, d. h. rund **75%**, sich als Oto- und Laryngologen betätigt.

3. Rosenthal, Berlin: **Ambulante Abortbehandlung.**

4. Herz, Meran: **Die Licht-Luftstrombehandlung der Erkrankungen der Respirationsorgane.**

5. Saalfeld, Berlin: **Zur inneren Therapie der Syphilis.**

6. Hecht, Beuthen: **Ueber die neuesten Heilmittel gegen Erysipel.**

7. Berliner, Breslau: **Ein Beitrag zur Sykosisbehandlung.**

8. Schweitzer, Fiume: **Beiträge zur Therapie der Malaria.**

In der Therapie der Malaria stehen auch heute noch die Chininsalze als Spezifica da; wegen der unangenehmen Nebenerscheinungen wird aber oft das Chinin sehr ungern genommen und schlecht vertragen. Die moderne Chemie bestrebt sich, das Mittel von den unangenehmen Nebenwirkungen zu befreien, ohne daß seine Wirkung herabgesetzt wird. Als ein solches ideales Antimalaricum kann das durch die chemische Fabrik in Basel in den Handel gebrachte „Chininphytin" betrachtet werden. Chininphytin ist eine Kombination des Chinin mit Phytin, welches einen aus Pflanzensamen hergestellten Stoff bildet und 22% organisch gebundenen Phosphor in vollkommen ungiftiger Form enthält. Die spezifische Wirkung des Chinins wird durch Phytin als Kräftigungsmittel bedeutend unterstützt und die Kachexie als Folgezustand der Malaria chron. günstig beeinflußt. Verf. hat das Mittel bei

zwanzig Fällen angewendet und unangenehme Nebenwirkungen selbst bei großen Dosen nicht gesehen. Es wird in Tabletten à 0,01 g Chininphytin in den Handel gebracht: die Dose für Erwachsene beträgt sechs bis acht, für Kinder, je nach Alter, drei bis fünf Tabletten. Bei den typisch intermittierenden Fällen erhält der Kranke drei Stunden vor dem Anfall die Hälfte der Tagesdosis, eine halbe Stunde später die zweite Hälfte; an den anfallfreien Tagen, bei atypischen Fällen und Cachexia malarica gibt man Chininphytin früh, mittags, abends in gleichen Teilen. Das Mittel wirkte stets gut; die Anfälle nahmen an Heftigkeit bald ab, dauerten bedeutend kürzer, die Apyrexie trat rasch, oft nach zwei bis drei Stunden ein. Die Plasmodien waren selbst bei den tückischsten Fällen nach vier Wochen verschwunden. Bei der chronischen Malaria und Cachexia malarica nahmen die Kranken an Gewicht rasch zu und bekamen geradezu ein blühendes Aussehen; die Blutuntersuchung ergab eine bedeutende Vermehrung der roten Blutkörperchen. Einige Krankengeschichten illustrieren die erzielten Erfolge.

9. Brenning: **Die Schiffsapotheke auf Lloyddampfern.**

Die Schilderung der Einrichtungen der Apotheke auf den Dampfern des Norddeutschen Lloyd zeigt, daß in Bezug auf Arzneien, Reagentien, Verbandmaterial, Hilfsmittel zur Krankenpflege, Krankengeräte, ärztliches Instrumentarium weit über das gesetzlich verlangte Minimum hinausgegangen wird.

Die Heilkunde. 2. Heft. 1907.

1. Frangenheim, Königsberg: **Die Frakturen des Oberschenkelhalses.**

Nach den durch die Röntgenologie gegebenen Aufklärungen unterscheidet man die Brüche des Oberschenkelhalses am besten in Brüche am Schenkelkopf und Brüche an der Basis des Halses mit oder ohne Beteiligung der Trochanterregion des Schaftes: subkapitale und basale Schenkelhalsbrüche. Die frühere Einteilung in intra- und extrakapsuläre (besser -artikuläre) Brüche behält klinischen und prognostischen Wert; die extraartikulären Frakturen bieten günstigere Heilungsaussichten als die intraartikulären; eine Mittelstellung nehmen die unvollkommenen Frakturen ein, die an beiden Praedilektionsstellen vorkommen, und die gemischten Brüche, deren Bruchlinie zum Teil intra- zum Teil extraartikulär verläuft. Der Abbruch des Trochanter major kann beide Hauptbruchformen komplizieren. Beim subkapitalen Bruch wird der Kopf meist vollständig vom Halse getrennt, doch kommen hier auch unvollständige Frakturen vor, ebenso vollständige und unvollständige Einkeilungen des Halses in den Kopf. Der subkapitalen Fraktur gleicht in Entstehung und Erscheinungen die bei Jugendlichen vorkommende traumatische Lösung der Kopfepiphyse. Einen großen Formenreichtum zeigen die basalen Schenkelhalsbrüche.

Die Schenkelhalsfrakturen werden in jedem Lebensalter beobachtet, bei älteren Personen aber weit häufiger als bei jugendlichen. Beide Hauptbruchformen dürften gleich häufig vorkommen. Schenkelhals und Trochanterregion sind vielfach Sitz der Spontanfrakturen; Carcinommetastasen lokalisieren sich mit Vorliebe an diesen Stellen. Die meisten Schenkelhalsbrüche, sowohl die subkapitalen wie die basalen, entstehen durch einen Fall auf die Hüfte, auf die Trochanterregion des Schaftes.

Das souveräne diagnostische Hilfsmittel bei den Schenkelhalsfrakturen ist die Röntgenuntersuchung; ohne diese ist eine exakte Diagnose des Sitzes der Fraktur, die Unterscheidung der Brüche von den andern Verletzungen und Erkrankungen der Hüfte oft überaus schwierig. Manche nicht erkannte Schenkelhalsfrakturen und Infraktionen kommen später unter der Diagnose Coxa vara, Arthritis deformans, Malum coxae in verspätete Behandlung. Neben den Röntgenstrahlen kommen als diagnostische Momente in Betracht Schmerzen, Stellungsanomalien des Beins (Auswärtsrollung), Verkürzung, abnorme Beweglichkeit und Krepitation.

Die Prognose der Schenkelhalsfrakturen ist sehr ernst; ein Drittel bis ein Siebentel der Fälle gehen nach verschiedenen Statistiken an der Verletzung und ihren Folgen zu Grunde; die geringen Heilungsaussichten der subkapitalen Frakturen, die schweren Störungen der Beweglichkeit, die manche Basalfrakturen hinterlassen, trüben weiterhin die Prognose. Der Zeitpunkt, der zur Heilung eines Schenkelhalsbruches notwendig ist, wird im allgemeinen zu kurz bemessen; Verf. fand achtundeinhalb Monat nach der Verletzung bei günstigster Stellung der Fragmente eines Basalbruches erst fibröse Vereinigung der Bruchenden.

Unter den Behandlungsmethoden verdient die permanente Gewichtsextension nach Volkmann, die namentlich Bardenheuer vervollkommnet hat, den Vorzug. Die Resultate, die letzterer erzielt hat, hält Verf. für fast undenkbar günstig. Der Streckverband wird bei adduziertem Bein in der Weise angelegt, daß ein Längszug mit 20—25 kg Belastung in der Längsachse des Gliedes wirkt; ein Querzug am oberen Femurende zieht in der Richtung des Schenkelhalses nach außen mit 6—10 kg Gewicht, ein weiterer Zug übt eine Querextension des Beckens nach der gesunden Seite aus mit 6 kg Gewicht; außerdem werden noch Rotationszüge am Ober- und Unterschenkel mit 2 bezw. 1 kg Belastung angebracht. Die permanente Extension gestattet alten Leuten schon bald nach der Verletzung das Aufsitzen im Bett und ermöglicht frühzeitige Massage und die Vornahme aktiver und passiver Bewegungen. Der Streckverband liegt bei eingekeilten Frakturen vier, bei losen sechs bis acht Wochen; eine Belastung des Beins ist nicht vor Ablauf der achten Woche zu gestatten. Eine operative Behandlung erfordern die Fälle, die unter der Extensionsbehandlung deform oder pseudarthrotisch geheilt sind.

2. Klatt, Marienwerder: **Neuere Arbeiten über Leberkrankheiten.** Sammelreferat (Fortsetzung).

Referiert werden die Arbeiten über die Tumoren der Leber, Tuberkulose und Syphilis der Leber und Cholelithiasis.

3. Weiß, Wien: **Praktische Erfahrungen mit Cellotropin.**

4. Matzner, Birkfeld: **„Puro“ und seine Bedeutung für die Zusammensetzung der Blutflüssigkeit.**

5. Spira, Krakau: **Medicin und Aerzte in Portugal.**

Vermischtes.

Berlin. Im Interesse der neu gegründeten medico-historischen Sammlung im Kaiserin Friedrich-Hause werden wir um den Abdruck des Nachstehenden ersucht: Die der staatlichen Sammlung ärztlicher Lehrmittel angegliederte medico-historische Sammlung soll der Fortbildung der Aerzte auf dem Gebiete der Geschichte der Medicin dienen. Zu diesem Zwecke ist die gelegentliche Veranstaltung von Vorträgen mit Demonstrationen geplant. Auch werden die Diapositive und das sonstige für Lichtbilder-Vorträge geeignete Material unentgeltlich und leihweise zur Verfügung gestellt. Hierdurch werden die Gegenstände der medico-historischen Sammlung, ebenso wie die anderen Objekte der staatlichen Lehrmittelsammlung nicht allein in Berlin, sondern an allen Orten nutzbar gemacht werden können, wo medico-historische Vorträge stattfinden sollen. Der Zweck dieser Veröffentlichung ist, die Herren Kollegen und deren Angehörige dazu anzuregen, die Aufgaben und Ziele der medico-historischen Sammlung dadurch zu fördern, daß sie geeignete Objekte, die sich zerstreut im Privatbesitz befinden, der Sammlung zuwenden. In Betracht kommen: historische Instrumente, Zeichnungen, Bilder, Medaillen, Plastiken, graphische Darstellungen, Porträts und alle sonstigen Gegenstände, die auf die Ausübung der Heilkunde und die Auffassung der medicinischen Lehren in vergangenen Zeiten irgendwie Bezug haben. Zusendungen können in der Form geschehen, daß die Objekte der Sammlung gestiftet oder unter Aufrechterhaltung des Besitztitels leihweise überlassen werden. In beiden Fällen werden die Objekte dauernd im Kataloge der Sammlung mit dem Namen des Stifters geführt und tragen seinen Namen. Nähere Auskunft wird von Prof. Dr. Holländer (Kaiserin Friedrich-Haus, Berlin NW., Luisenplatz 2—4) gern erteilt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Der Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen.



R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P Meißner

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 22. April 1907. **Nr. 16.**

Die „Medicinische Woche“ erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne vorherige Genehmigung nicht gestattet. — Nachdruck der Rundschau und der Mitteilungen ist nur mit Quellenangabe gestattet.

Originalien.

Biersche Stauung in der inneren Medicin.

Vortrag, gehalten vor dem Rostocker Aerzteverein, am 9. Februar 07.)

Von Dr. **E. Zabel**, Rostock, Spezialarzt für innere Krankheiten.

(Fortsetzung.)

Wir müssen uns aber mit den Spezialfächern und zwar mit sämtlichen, sowohl der Ophthalmologie, Otologie und Laryngologie wie Psychiatrie, Gynäkologie und Dermatologie etc. auch von einem anderen Gesichtspunkte aus noch etwas eingehender beschäftigen. Denn es liegt auf der Hand, daß wir einen Faktor von so bedeutsamer Rückwirkung auf den Gesamtorganismus, wie ihn die Bindenkonstriktion und die Applikation der großen Sauggläser darstellt, — ich verweise nur auf die von Hoffmann festgestellte Blutdruckerhöhung als einen Punkt — nicht anwenden dürfen, ohne uns vorher auf das Eingehendste über die Wirkung auf den Gesunden und die Erfahrungen an pathologischen Zuständen orientiert zu haben. Ich erinnere nur an die Möglichkeit der Entstehung von Glottisödem, der Hervorrufung eines Glaukomanfalls und des Eintritts von Hirnhaemorrhagien unter der Halsbinde sowie der Beeinflussung der Menstruation und vielleicht der Gravidität durch die großen Saugglocken.

Im Anschluß hieran werden wir einige — im Gegensatz hierzu — willkommene Begleiterscheinungen (B.) besprechen.

A. Zusammenstellung unliebsamer und schädigender Nebenwirkungen, sowie strikter Kontraindikationen für die Stau- und Saugbehandlung.

1. Aeußerer Natur. Es ist viel darüber gestritten worden, ob man die Bindenstauung ambulant ausführen dürfe. Während die einen, wie Lämmerhirt und Jerusalem, der dem Patienten eine genaue schriftliche Instruktion mitgibt, dafür sind*), verbieten andere Autoren wie Nordmann, die technische Ausführung der Bindenanlegung etc. durch die Patienten und deren Angehörige auf das Allerentschiedenste.

2. Vom Organismus ausgehender Art.

a) An der Konstriktionsstelle. Bei fehlerloser Applikation und Kontrolle der Binde sind lokale Affektionen — es sei nicht gesagt, geradezu ausgeschlossen — aber nach der Literatur doch wohl sehr selten. Dem lokalen Decubitus und der Gangrän beugt man durch Unterfütterung der Binde oder durch Unterlegen eines Salbenläppchens (von Brunn), ferner durch das — für die Kopf- und Hodenstauung allerdings nicht so ausgiebig mögliche — Wechseln der Schnürstelle, sowie Toilette derselben nach Abnahme der Binde vor. Besondere Aufmerksamkeit auf die Bindenstelle scheint nach einer Beobachtung Lesers bei Allgemeininfektion durch im Blute kreisender Mikroorganismen und deren Toxine geboten, insofern, als Leser, sonst ein Anhänger der Bierschen Stauung, warnend auf die Gefahr von Abszeßbildung an der Konstriktionsstelle in diesen Fällen hinweist.

b) An dem gestauten Körperteil.

Kopfstauung. Der Otiater Haslauer hebt Kopfschmerz als üble Nacherscheinung der Halsstauung hervor. Aengstliche Patienten empfinden am ersten Tag nach ihm Beklemmungsgefühl; nach Polyák tritt normalerweise nach einigen Minuten verschwindende Beengung ein. Bald mache sich indeß ein Gefühl der Wärme und Völle des Gesichtes bemerkbar, manchmal eine unbedeutende Spannung der Wangen und der Augenlider.

Bei der Kopfstauung durch den Schmiedenschen Apparat rät dieser Autor selbst zur Vorsicht bei Arteriosklerose.

Vor der Kopfstauung durch Binde fürchten sich manche Aerzte, so Nordmann, Colley u. m. Ersterer rechnet mit der Möglichkeit, daß ähnlich wie an den gestauten Extremitäten Blutpunkte auch im Gehirn auftreten könnten. Colley scheut sich davor durch die Ueberlegung, daß dieselbe oedematöse Durchtränkung wie das Gesicht auch das Gehirn mit seinen Häuten erfahren und möglicherweise ähnliche Zustände wie bei der posttraumatischen Apoplexie ausgelöst werden könnten. Wenn überhaupt würde er das Verfahren nur bei jugendlichen, nie im Alter beginnender oder gar ausgebildeter Arteriosklerose stehenden Individuen zur Anwendung bringen, da die Stauung ein ganz den oft zur Katastrophe führenden Momenten des Schreiens, Niesens, Lachens und Pressens beim Stuhlgange äquivalenter Faktor sei. In gleicher Erwägung macht Hoppe darauf aufmerksam, daß, wenn nach Abnahme der Binde bei der Kopfstauung andere stauende Momente, wie Bücken, Husten, kräftige Bauchpresse hinzutreten, die Cyanose gewaltig ansteigt. Darin erblickt Hoppe eine Aufforderung, mit der Anwendung der Halsstauung besonders vorsichtig zu sein bei Leuten, die schwer körperlich arbeiten, an Bronchitis mit starkem Husten leiden, zu Nasenbluten inclinieren und an Obstipation leiden. Renner rät die Kopfstauung nur bei Kindern und Erwachsenen bis zu 40 Jahren und zwar auch nur dann, wenn ein gesundes Gefäßsystem vorliegt, anzuwenden. Auch Bier selbst warnt ebenso wie sein Schüler Keppler vor der Stauungshyperaemie bei Arteriosklerose, wenn auch Keppler keine nachteiligen Folgen von der Halsbinde bei Arteriosklerotikern zu verzeichnen hat. Cf. auch Schillings Mitteilung in der Anmerkung.

Mir scheint diese Furcht durchaus verständlich und um so berechtigter, wenn man sich die von Bier an trepanierten Epileptikern festgestellte Erhöhung des intracraniellen und spinalen Drucks und die durch die Hirnreizung zentral bedingte Steigerung des allgemeinen Blutdrucks bei der Halsstauung, sowie die Hofmann'schen Feststellungen der Pulsdruckerhöhung sowohl zentral wie peripher von der ganz gleich wo angelegten Binde vergegenwärtigt. Heller kann sich bei infektiösen Affektionen ebenfalls nicht zur Bindenkopfstauung entschließen, weil auf Grund einschlägiger Beobachtungen an den Extremitäten nach ihm die Gefahr der Rückstauung der Infektionserreger von oberflächlichen in tiefe Teile, namentlich den Knochen, sowie die Ausbreitung der Infektion per kontinuitatem, mit einem Worte, die Möglichkeit der — am Kopfe doppelt verhängnisvollen — Hineinziehung gesunden Gebietes in den Entzündungsbereich als Kontraindikation besteht.

Wenden wir uns weiter der speziellen Untersuchung zu, ob und in wiefern an den feineren Organen des Auges, Ohres, der Nase, und des Kehlkopfes unangenehme Erscheinungen oder gar Schädigungen durch die Halsstauung eintreten können. Darüber ist folgendes als berücksichtigenswert in Erfahrung gebracht.

Auge. Das gesunde Auge ist nach Hoppe morgens beim Erwachen stärker mit Tränen gefüllt, einige Male verklebt, die Bindehaut der Lider und des Augapfels kräftig bläulich rot injiziert; aber alle diese Veränderungen gehen schnell vorüber. Zuweilen aber sind die Bulbi gänzlich von den geschwollenen Lidern bedeckt und der ganze Gesichtsausdruck ein anderer geworden. Renner hebt aus Versuchen an sich selbst den Eintritt von Druck und Spannung der Augenmuskeln bei extremer Bewegung der Bulbi hervor. Zentrale Sehschärfe und Akkommodation blieben normal. Das Konvergenzvermögen war nicht erschwert. Das Gesichtsfeld verhielt sich während und nach Stauung nicht anders als vorher. Von prinzipieller Bedeutung ist die Beantwortung der Frage: Pflanzt sich die Stauung auf das Auginnere fort oder nicht? Die einen bejahen, die anderen bestreiten das.

Am Tierauge wird nach Wesselys Vortrag auf dem letzten Ophthalmologen-Kongreß zu Heidelberg weder durch die Binden-Kopfstauung noch die Saugglocke am Auge eine Hyperaemie der inneren Gefäße erzeugt; beim Menschen tritt dagegen nach ihm sicher Hintergrundshyperaemie ein. Das letztere sah ebenfalls Nieden-Bonn.

Bedenkliche Grade dürfte der Augendruck durch die Bindenstauung beim Menschen nicht annehmen, wohl aber unter Umständen bei der Saugung.

*) Auch Schilling hat, wie er auf dem Kongreß für innere Medicin mitteilte, die Stauungsbinde einem älteren Herrn (gegen Tripeminusneuralgie) in die Hand gegeben.



Renner fand an seinem eigenen Körper den Augenbinnendruck nicht erhöht trotz im Augenspiegel wahrnehmbarer Anzeichen einer venösen Stauung der Netzhaut. Ein Mal sah er stärkeren Netzhautvenenpuls nach Anlegen der Binde sofort verschwinden, nach Abnahme derselben wieder auftreten. Wegen der nach ihm unzweifelhaften Blutdruckerhöhung in den Kopfvenen warnt er vor der Stauung im höheren Alter mit Rücksicht auf die atheromatöse und aneurysmatische Entartung der Gefäße und die Möglichkeit einer Centralvenenthrombose. Auch könnte nach Renner bei Disposition ein Glaucomanfall ausgelöst werden.

Auch Hoppe hat zwar seine Bedenken gegen die nicht indifferente Kopfstauung, wie oben bereits erwähnt. Bei Innehaltung der Vorsichtsmaßregeln hat er indessen nie nachteiligen Einfluß gesehen. Die Stauung pflanzt sich bis ins Auginnere nach ihm fort.

Hervorgehoben zu werden verdient Hoppes Beobachtung der auffallend besseren Atropinwirkung unter der Kopfstauung infolge der Abflußbehinderung durch die Schwellung der Tränenwege. Schließlich sei erwähnt, daß nach Wessely Schädigungen am Auge trotz vielseitig zahllos angestellter Untersuchungen bisher nicht bekannt geworden sind.

Ohr. Wesentlich kürzer können wir uns fassen bei der Stau-Wirkung auf das Ohr.

Einige Patienten Kepplers klagten über nach 2—3 Tagen vorübergehende, nach dem Ohr (Nerv. auricularis? Polyák) ausstrahlende Schmerzen. Polyák beobachtete bei der Halsstauung gegen Larynxphthise Ohrenschmerzen unbekannter Aetiologie.

Fast alle Beobachter heben als unangenehme Nebenerscheinung das Auftreten von Gehörgangsentzündungen bei bestehender Mittelohreiterung hervor. Auf letztere müßte also der Internist ebenfalls vorher stets achten, was namentlich für die Applikation der Halsstauung bei Kindern in Betracht zu ziehen ist.

Auf die Einziehung der Trommelfelle und ihre Vorbeugung bei dem Schmiedenschen Apparat ist vorhin schon hingewiesen.

Nase und Rachen. Renner beobachtete am eigenen Körper ein Gefühl von geringem Verschwollensein der Nasengänge, Haßlauer bei einem Patienten Schwellung der Nasenmuscheln. Der Epistaxis wurde oben bereits Erwähnung getan. Vorhandensein von Rachenwucherungen in Kombination mit einseitiger Ohreiterung muß nach Stenger auf Grund je einer Beobachtung von ihm und Heine als sehr wichtige Kontraindikation angesehen werden, zumal auch Kinder mit normaler Nasenatmung in den ersten Stunden oder Tagen der Stauung mit Vorliebe durch den Mund atmen sollen, wodurch sie nach Stenger leichter zu Würgen und Pressen und somit zur Infektion des anderen Ohres Veranlassung geben.

Ein Patient von Haßlauer sprach 2 Tage mit nasalem Beiklang. Damit gehen wir zum Kehlkopf über.

Kehlkopf. Leicht belegte Stimme infolge ödematöser Schwellung der Schleimhaut der Stimmbänder beobachtete Renner an sich. Haßlauer erwähnt als Nebenerscheinungen an seinen Patienten je ein Mal heisere Stimmen, Rötung der Stimmbänder zusammen mit dem Bild der Transversus-Parese und Schwellung und Rötung der falschen Stimmbänder. Nach Tieferlegen der Binde unterhalb des Kehlkopfes waren diese Erscheinungen bald beseitigt.

Ebenso soll nach Polyák die Binde tief unten am Halse sitzen, weil sonst das Gefühl von Beklommenheit und Schluckreiz eintrete und dadurch der Kehlkopf und der obere Teil der Luftröhre mitbehandelt werden könne. Schwellung der Schilddrüse störe dabei nicht. Glottisödem hat Polyák nicht entstehen sehen.

Bei der Hodenstauung treten u. a. störende Pollutionen auf.

Obere Extremitäten. Von bemerkenswerten für die Stauungsbehandlung der oberen Extremitäten unter Umständen berücksichtigenswerten Erscheinungen möchte ich folgende Beobachtung Biers anführen. B. teilt mit, daß er nach vielmonatelang angewandter dauernder Stauung nicht selten die Erfahrung gemacht habe, daß, wenn er schließlich das Mittel aussetzte, die früher hyperaemischen Glieder auffallend blaß waren, wenn sie nicht durch kleine Blutaustritte einen gelblichen Ton erhalten hatten, eine Reaktion auf langdauernde und häufige venöse Hyperaemie, wie wir dies von der arteriellen seit langem wüßten. Bier weist als Paradigma auf die durch Heizwirkung viel und häufig hyperaemisierte, außerhalb ihrer Arbeit aber sehr blasse Haut von Bäckern, Heizern, Glasbläsern etc. hin. Mir scheint diese Tatsache insofern der Anführung wert, als man bei derart beruflich modifizierten Hautdecken, sowie bei Patienten mit trophischen und vasomotorischen Störungen der äußeren Decken möglicherweise Vorsicht walten lassen muß.

Untere Extremitäten. Das Auftreten von Varicen durch die Bindenstauung braucht man nach Bier nicht zu fürchten, da es hierzu ja der Erkrankung der Venenwand bedürfe. Phlebektasien sind nach Sick allerdings eine Kontraindikation. Erschwert oder gar unmöglich wird die Hervorbringung der Stauungshyperaemie an den Beinen fetter Frauen. Zuweilen kommt man dann dadurch zum Ziel, daß man die Binde anfangs sehr straff anzieht und sie dann nach und nach beliebig lockert.

Das Hüftgelenk ist der Stauung nicht zugänglich.

Als für alle vier Extremitäten wie für die Bindenkonstriktion überhaupt Geltung habende Punkte hebe ich zum Schlusse noch folgende drei berücksichtigenswerten Faktoren hervor.

Erstens muß man sich stets vor Anlegen der Binde über die Intaktheit der Sensibilität versichern. (Hysterie, Tabes, Syringomyelie etc.)

Zweitens hat man stets bei langer Fortsetzung der Bindenstauung sorgfältig der Gefahr einer Muskelatrophierung Rechnung zu tragen, welche, wie Bier betont, natürlich auch durch das Wechseln der Schnürstelle innerhalb eines gewissen Spielraums nicht hintangehalten werden kann.

Und drittens passiert es manchmal leider, daß, wie Bier hervorhebt, z. B. bei dem sonst vielleicht dankbarsten Objekt der Stauungsbehandlung, der gonorrhoischen Arthritis statt Linderung eine rapide Steigerung der Schmerzen eintritt, welche das Anlegen der Binden unmöglich macht und zum Verzicht auf die Hyperaemie-Therapie zwingt. Nach Bier handelt es sich in diesen Fällen höchstwahrscheinlich um das Vorliegen einer sekundären Neuritis als Ursache für das Mißlingen.

Abdomen. Körner hat nach mündlicher Mitteilung bei Kindern unter der Halsbinde Aufgeregtheit und Erbrechen, sowie in einem Falle Ikterus auftreten gesehen. Endlich möge in Hinsicht auf die abdominale Stauung um die Nabelgegend und mehr noch die Anwendung großer Sauggläser am Unterbauche und über der Symphyse, sowie an den Oberschenkeln der Vermutung wenigstens Raum gegeben werden, daß hierdurch möglicherweise einmal ein Einfluß auf Menstruation und Gravidität mitbewirkt werden kann. Ich erinnere an die Vorsicht, welche man bei Anwendung der aktiven Hyperaemie mit Rücksicht auf eine Verstärkung der Menstruation und namentlich — bei Kindern — erstmalige Hervorrufung der Menses walten lassen muß. Uebrigens ist eine Wirkung in die Tiefe wohl nur bei fettarmen Bauchdecken zu erzielen.

c) Von Seiten des Gesamtorganismus.

Darin stimmen alle Autoren überein, daß, wie Jerusalem und Bestelmeyer betonen, eine strikte Kontraindikation gegen die ambulatorische Stauungstherapie ein Mangel an Intelligenz sei. Auch bei hysterischen Personen scheint mir Vorsicht geboten. Bei hochgradig nervösen Individuen kommt man nach von Leyden-Lazarus zuweilen nicht zum Ziel.

Bei Diabetes wird von einigen Autoren, wie Colley, Habs u. a. vor

Feuilleton.

Zur Bekämpfung des Kurpfuschertums.

(Schluß.)

Hier haben wir zu lernen! Erstlich von der Natur des Krankseins selber! Nämlich, dass es sich hierbei um einen Alles-ergreifenden Zustand handelt, der auch die Empfindungen, ja selbst die Urteilskraft des Urteilsfähigsten — wenigstens in Bezug auf die eigene Person — nicht unangetastet lässt, dass wir eben darum auch nicht in dieser geschwächten Urteilskraft einen Bundesgenossen unserer Heilbestrebungen erwarten dürfen, endlich: dass wir aber dafür — während dieser vorübergehenden Entthronung des Bewusstseinsobergottes — in den jetzt ihrer Hemmungen entledigten Untergottheiten der Suggestibilität geschmeidige und willfährige Werkzeuge eines starken und klaren Willens finden können — und, dass wir uns dieses Werkzeugs auch ohne allen Zweifel bedienen dürfen. Zweitens aber müssen wir beim „Kurpfuscher“ selbst in die Schule gehen, um bei ihm zu lernen, was uns die Wissenschaft und ihre theoretische wie praktische Beherrschung nicht ohne Weiteres geben kann, nämlich die Betätigung einer starken und klaren Energie.

Allerdings scheint es einer besonderen Energieaufwendung bei vielen Kurpfuschern garnicht zu bedürfen, schon vor ihrer Sprechzimmertür hat — wie bei der Kartenlegerin — der Hilfesuchende durch sein blosses Erscheinen das Bekenntnis seines Glaubens abgelegt. Aber der erste Anstoss zu dieser Glaubenslawine, welche die Empfänglichen mitreisst, musste doch von der Persönlichkeit des erfolgreichen Kurpfuschers ausgegangen sein! Viele dieser Leute — das ist meine Ueberzeugung — sind geborene „Aerzte“. Schade nur, dass die Kenntnisse fehlen! Der mehr oder minder grosse Mangel dieser absolut notwendigen Ergänzung des Talents muss sie zum halben Schwindlertume erniedrigen.

Wie wir diese notwendige Energie, diese eindrucksvolle Persönlichkeit, welche den Kurpfuscher materiell (manchmal auch wohl therapeutisch) erfolgreich, den Mediciner erst im vollsten Sinne zum Arzte machen kann, erringen sollen, das lässt sich freilich im Einzelnen nicht angeben. Das ist Sache des Talents, eine angeborene Fähigkeit, die nicht jedem verliehen wurde. Trotzdem bedarf und verdient dieser Punkt einer Hinweisung, denn sehr viele von uns besitzen jene Gabe, ohne sie entsprechend auszubilden. Und gerade unsere Wissenschaftlichkeit ist es, diese Vertiefung des kritischen Geistes, der zur Selbstkritik führt und die Grenzen unseres Könnens uns stets gegenwärtig hält — gerade unsere Wissenschaftlichkeit ist es, welche uns hindert, jene Glauben-erzwingende Sicherheit im Auftreten darzutun, welche die suggestiblen Kräfte des Leidenden unserem Heilplane dienend einordnet.



der Stau- und Saugbehandlung lebhaft gewarnt; andere Autoren, wie Körte, Grube, Frommer u. m. sehen im Diabetes nicht nur keine Gegenanzeige, sondern empfehlen sogar die Stauungshyperaemie gegen diabetische Furunkulose und Gangraen.

Als eine unbedingte Kontraindikation dürfte schwerere Affizierung des Gefäßapparates anzusehen sein. Die Arteriosklerose wurde schon oben besprochen. Bei Herzfehlern im Stadium der Kompensation ist wohl die Entscheidung von Fall zu Fall nötig. Bei einem Kinde mit Mitralinsufficienz hat Bier z. B. wegen bestehender Chorea die Kopfstauung unbeschadet gemacht.

Strenge verboten ist nach Jerusalem, der einen entsprechenden Fall beobachtet hat, die Stauung, auch wenn sie noch so vorsichtig angewendet wird, bei Haemophilie.

Zu bedenken ist ferner nach Bier das im Anschluß an Stauung vorkommende und während der Dauer der Hyperaemie anhaltende, wahrscheinlich nach ihm auf Blutzersetzung zurückzuführende Auftreten von Eiweiß und selbst Haemoglobin im Urin, welches er regelmäßig bei einem dabei unter Fieber und Schüttelfrost ohne Störung des Allgemeinbefindens erkrankenden Knaben konstatieren konnte.

Möglicherweise handelt es sich nach Bier hierbei um eine, der ja auch durch allerlei sonstige Ursachen unter Umständen leicht auslösbaren paroxysmalen Haemoglobinurie nahestehende Affektion. Bei dieser Krankheit kann, wie Bier betont, nach Chvostek der Anfall durch Stauungshyperaemie hervorgerufen werden.

Hierhin gehört auch eine Beobachtung Haffters, die er im Laufe einiger Monate mehrmals an sich selbst gemacht hat. Ableitungen auf die Haut der Lenden durch blinde Schröpfköpfe, Sinapismen etc., hatten regelmäßig den Effekt, daß unter Nachlaß der Schmerzen während der folgenden 2—3 Tage Einschränkung der Diurese und deutlicher Blutkörperchengehalt des Urins auftrat.

Nordmann hält in Hinblick auf Lexers Kritik eine häufige Untersuchung des Urins auf Eiweiß bei Vorhandensein eiternder Entzündungen im Stauungsgebiet für wichtig, da die Resorption von Bakterien und Toxinen die Nieren zu schädigen imstande sei; bei bestehender Nephritis würde er auf eine sorgfältige völlige Eiterentleerung etwa vorhandener Herde besonders achten.

Auf eine sehr interessante, auf Einwirkung auf den Gesamtkörper hinweisende Beobachtung macht Colley aufmerksam, nämlich, daß bei Personen mit peripheren, chirurgischen Affektionen, wie Panaritien, nach Anlegen der Staubinde allgemein leicht schmerzhafte Schwellungen der oberflächlichen, axillaren, inguinalen etc. Lymphdrüsen nicht so selten aufträten und man das Lymphdrüsensystem daher in jedem Fall vorher zu untersuchen habe. Ich verweise anläßlich dieser Mitteilung auf Stahrs Blutbefund der lymphocytären Leukocytose bei der Staubehandlung.

B. Willkommene Begleiterscheinungen.

Endlich erwähne ich nach Anführung der unliebsamen und gefährlichen Begleiterscheinungen auch noch eine willkommene, unter Umständen zu beobachtende Nebenwirkung der Staubehandlung, nämlich den überraschend günstigen Einfluß auf ekzematöse Haut. So berichtet Colley, zu seiner freudigen Verwunderung ein schwerstes, nässendes Ekzem, welches den Träger unter Menschen unmöglich machte, mit glatter Haut zur Heilung gebracht zu haben. Einen ähnlichen Effekt, wenn auch in ganz bescheidenem Maße, konnte ich unlängst beobachten: Ein älterer, seit langen Jahren an nässendem Ekzem beider Hände leidender Herr erlitt einen Oberarmbruch. Es entwickelte sich ein starkes Stauungsödem des Unterarms und sehr bald begann das Ekzem an dieser Hand sich zurückzubilden.

Ferner macht Bier auf die angenehme Tatsache aufmerksam, daß bei Patienten mit chronischem Rheumatismus die kranken Gelenke, in welchen sie sonst immer das Gefühl der Kälte haben, unter der Applikation der Klapp'schen Saugapparate warm werden und auch in den Pausen warm bleiben.

Sie sehen, m. H., daß — von der letzten Gruppe der willkommenen Begleiterscheinungen abgesehen — die Stau- und Saughyperaemie nicht immer ein so harmloses Mittel zu sein braucht, wie man wohl anzunehmen geneigt ist, und daß wir bei ihrer Anwendung ganz wie bei der Verordnung pharmakodynamischer Mittel stets uns der möglichen schädlichen Nebenerscheinungen bewußt sein und uns in jedem Falle fragen müssen: Existiert hier eine Gegenanzeige oder nicht?

Bevor wir uns nun dem Anwendungsgebiete der Stau- und Saughyperaemie in der internen Medizin zuwenden, dürfte es nicht uninteressant sein, vorher noch der Frage nach der Wirkung der Hyperaemie und ihrer Erklärung näher zu treten.

Wirkung und Wesen der Hyperaemie.

Fünffach ist nach Bier die Wirkung der venösen Hyperaemie.

A. Schmerzlindernde Wirkung, namentlich bei infektiösen Erkrankungen. Sie beruht nach Ritter wahrscheinlich auf der serösen Durchtränkung der Gewebe und deren Einfluß auf die Nerven.

B. Bakterientötende oder -abschwächende Wirkung. Für die bactericide Kraft der Hyperaemie haben experimentelle Beweise u. a. erbracht:

Noetzel durch den Nachweis, daß hochvirulente Mikroorganismen ihre tötende Kraft nicht entfalten konnten, wenn sie in den frisch gestauten Körperteil (nur das frische Exsudat, nicht das chronische Transsudat hat nach ihm baktericide Kraft) eines an einer peripheren lokalen chirurgischen Affektion erkrankten Menschen injiciert waren.

Colley: Hochvirulenter Eiter, dessen Injektion tötete, erlitt eine die Giftwirkung bis zur leichten Krankmachung herabsetzende Abschwächung durch Zusatz der eben beschriebenen Oedemflüssigkeit aus einem kranken — nicht gesunden! — Arm im Reagenzglas.

Laqueur durch Erbringung der Tatsache, daß das Serum von Menschen nach der Stauung im Reagenzglase bakterientötende Kraft habe, ferner

Wessely durch den Nachweis der Erhöhung des Gehaltes des Kammerwassers an Antikörpern am hyperaemisierten Auge, und endlich — nicht zuletzt — Bier durch die Feststellung der Umwandlung heißer Abscesse in kalte unter der Stauung.

An der Eruierung der Ursache dieser baktericiden Kraft des Blutes haben viele Autoren gearbeitet und Folgendes festgestellt:

Buchner sieht in der Leukocytose des Stauungsgebietes und der Ausscheidung von Alexinen ins Serum, in einer späteren Arbeit in dem Auftreten und der Wirkung von Enzymen die Ursache der Bakterienvernichtung. Ebenso wie Buchner und ferner Heile sehen Leyden-Lazarus unter Hinweis auf Miculicz's berühmte Versuche in der Hyperleukocytose und dem Freiwerden von Enzymen, Antitoxinen und Bakteriolysinen die Hauptursache der schädigenden Kraft der Stauungshyperaemie auf die Mikroorganismen.

Stahr, der sich dem Studium der morphologischen Elemente des Blutes zuwandte, konstatierte ebenfalls eine erhebliche Leukocytose im Stauungs-Capillargebiete, vorwiegend der Lymphocyten unter Sinken der Neutrophilen, zu deren Erklärung er neben der Chemotaxis der Möglichkeit einer Produktionssteigerung der haemopoetischen Organe Raum gibt. (cf. Colley's Angabe der universellen Lymphdrüsenschwellungen.)

Hoffmann wies durch histologische Untersuchungen nach, daß in dem

---

Wir „versuchen" zu viel, statt eindrucksvoll zu verordnen! Aber freilich dieses „Versuchen" in unserem Munde ist nur der adäquate Ausdruck für unser vielfaches Experimentieren! Der Kranke erfährt durch unser Wort, oder merkt aus unserer Haltung, dass an ihm „versucht" werden soll, und so hilft sein Vertrauen nicht mit! Wenn wir schon einmal so verfahren wollen, warum den Kranken an unseren wissenschaftlichen Zweifeln teilnehmen lassen? Er muss seinen Arzt von Wissen und Sicherheit durchdrungen, als einen Beherrscher geheimer Kräfte vor sich fühlen, dann erst ist seinem Verlangen, gleichzeitig dem Zweckverlangen des kranken Organismus genügt!

„Und wenn Ihr Euch nur selbstvertraut, vertrauen Euch auch die anderen Seelen!" Freilich Selbstvertrauen als natürliche Gabe ist nur dem Windbeutel und dem umfassenden Geiste eigen, für den hellblickenden Strebenden ist es eine schwere Kunst! Aber der Schein des Selbstvertrauens ist auch ihm durch Uebung erreichbar, und zu unserem Zwecke genügt dieser Schein! Es ist keineswegs Charlatanerie, wenn wir dem Kranken die Blössen und Lücken unseres Wissens verbergen, im Gegenteile wir würden ihn eines wichtigen Heilfaktors berauben, wollten wir in falschverstandener Gewissenhaftigkeit ihm die Grenzen unseres Könnens verraten. In diesen Fehler verfällt der Kurpfuscher nie, der Arzt sehr oft, beides aus leicht begreiflichen Gründen.

Auch hier also können wir vom Kurpfuscher lernen und wir müssen es sogar unbeschadet unserer Wissenschaftlichkeit. Das ist nicht nur eine Forderung unseres eigenen materiellen Interesses, sondern zugleich ein tiefbegründetes Verlangen des Leidenden selbst. —

Ob und in wie weit uns die Erlernung und entsprechende Anwendung der Hypnose hier ein Hilfsmittel sein kann, soll wenigstens in Erwägung gestellt werden.

Ich bin am Ende meiner Ausführungen, nicht allerdings — das fühle ich selbst am besten — am Ende des Themas! Aber eine erschöpfende Behandlung konnte auch garnicht beabsichtigt sein! Nur einige Richtlinien sollten gezogen, einige Hinweise gegeben werden!

Es handelt sich in der Kurpfuscherfrage — das ist resumiert meine Meinung — nicht so sehr um die Vernichtung feindlicher Mächte als um die Stärkung der eigenen Kraft! Nicht den Kurpfuscher, den einzelnen, sollen und können wir bekämpfen — zu wichtige und unüberwindbare praktische wie theoretische Gründe stehen Dem entgegen —, wohl aber das Kurpfuschertum selbst in seinen beiden Wurzeln: gewissen Eigentümlichkeiten oder Eigenschaften (teils mehr zufälligen, teils wesensnotwendigen) der Volks- bezw. der Kranken-Psyche, und: gewissen Unzulänglichkeiten bei uns! Also nicht: „Kreuzige, Kreuzige" darf unser Kampfruf heissen, sondern: „Erkennen, Selbsterkennen und danach Handeln!" Ernst Thesing.

Granulationsgewebe fungöser Herde nach Saugung ebenso wie in den Granulationen bei phlegmonösen Entzündungen nach Stauungshyperaemie eine Erweiterung der Gefäße mit Verminderung der Leukocyten inner- und außerhalb der Gefäße stattfindet.

Noetzel hält wie Buchner die baktericide Kraft des Blutes am Orte der Stauung — zumal angesichts der Ansammlung großer Leukocytenmengen — für das wirksame Agens. Das Transsudat ist dem Blutserum an Schutzwirkung noch überlegen.

Laqueur fand das menschliche Blutserum nach der Stauung — bei Gesunden und chronisch-rheumatischen Personen! — nur wenig stärker baktericid.

Colley wies nach, daß das Stauungsoedem Antitoxine — wie die Blasen unter Derivantien — enthalte und baktericide Wirkung besitze.

Joseph hebt als einen Faktor des Stauungseffekts die Heilwirkung des infolge der Ausscheidung bakteriengiftiger Stoffwechselprodukte baktericiden, durch die Verdünnung entgiftend wirkenden, und infolge seines Drucks resorptionshemmenden Oedems hin.

Heller macht die Anhäufung der Bakterien-Stoffwechselprodukte für deren Abtötung verantwortlich, während Cornet der Meinung ist, daß diese Anhäufung nicht sowohl zur Abtötung führt, als vielmehr den Reiz zur bindegewebigen Abkapselung des Infektionsherdes abgibt.

Müller soll nach von Leyden-Lazarus die Umlagerung der chemischen Bestandteile zwischen den roten Blutkörperchen und dem Serum, sowie die Zunahme des Kohlensäuregehaltes, und Hamburger die letztere und die Erhöhung der Alkalescenz des Blutes vornehmlich als Ursache der Stau-Wirkung ansehen. Leo's Assistent Cohn-Kindborg, ebenso wie de Renzi, haben aber nachgewiesen, daß die CO^2- Ueberladung des Blutes nicht die Ursache der immunisierenden Wirkung der Stauungshyperaemie sein kann.

Richter glaubt in der Stauungshyperaemie eine unter Zirkulationsstörungen und Auswanderung weißer Blutkörperchen einhergehende milde Form der Entzündung zu sehen, wie bei der Wirkung von Tuberkulin, Zimtsäure, Jodoform etc.

Nach Baumgarten ist es nicht allein die Verstärkung der natürlichen Schutzkräfte des Organismus, sondern auch die Beeinflussung der Mikroorganismen selber durch die Stauungshyperaemie, welche bei der Erklärung ihrer Wirkung in Frage kommt. Diese erliegen nach ihm infolge der für sie besonders ungünstigen Veränderungen des Gesamtstoffwechsels mehr dem Hunger- als dem Vergiftungstod.

Mit Recht hebt Bier hervor, wie interessante und fruchtbare Arbeiten und Ausblicke die Forschung nach der Ursache der bakteriziden Kraft der Stauungshyperaemie uns erschlossen hat, rät aber zugleich warnend, angesichts unserer ja noch recht mangelhaften Kenntnisse über das Blut überhaupt vorerst nicht zu sehr das Gewicht auf einzelne Erscheinungen der venösen Hyperaemie, wie die Veränderung des Blutbildes oder des Serums etc., zur Erklärung ihrer Wirkung zu legen.

C. Resorptionshemmende Wirkung. Diese Wirkung der Hyperaemie kommt nicht nur bei der Stauung, sondern auch, wie nachgewiesen, unter der Saugglocke zur Geltung.

Theoretisch liegt hier auf chirurgischem Gebiete die Gefahr der mit der reaktiven Hyperaemie nach Abnahme der Binde einsetzenden plötzlichen Ueberschwemmung des Organismus mit den Giften nahe. Dem begegnet Bier mit dem Hinweis auf die von Czylhartz und Donath ermierte, in der Neutralisation und Bindung der Gifte, wie Strychnin, seitens des lebenden Gewebes begründete Entgiftung in dem Stauungsbezirk. Damit übereinstimmend konnte Kohlhardt nachweisen, daß tödliche, in gestaute Bezirke injizierte Cocaindosen in ihrer Wirkung proportional der Zeitdauer der Bindenapplikation abgeschwächt würden. Von Bedeutung ist hier ferner die Verdünnung der Gifte durch das Stauungsödem, wie Joseph (cf. B) durch seine Strychnininjektionen unter Hinweis auf Pouchets u. a. Feststellungen, daß tödliche Giftmengen in geringprozentiger Lösung nicht abtöten, dartat.

Der Bierschen Auffassung hält aber ein gleich zu nennender Autor mit Recht entgegen, daß Ritter bei seinen Tuberkulininjektionen nur eine Verzögerung, nicht aber eine Aufhebung der Resorption und Wirkung des Tuberkulins konstatiert habe, was die Bedenken nicht entlaste.

In dieser Gefahr der plötzlichen Resorption größerer Giftmengen nach Abnahme der Binde bei Entzündungsherden im Stauungsbezirk liegt denn auch die Schwäche der Bierschen Stauungsbehandlung und sie bildet den Hauptangriffspunkt der gegnerischen Kritik. Ihr energischter und bestbewaffneter Gegner, Lexer-Königsberg, hält die antitoxische Wirkung der Stauungshyperaemie für geringfügig, die bakterizide in leichten Fällen — ebenso wie Joseph und Wolff-Eisner — für vorteilhaft, in schweren Fällen aber für schädlich wegen des Freiwerdens größerer Endotoxinmengen, für welche es ja keine Antiendotoxine gäbe, infolge Bakteriolyse unter der Stauung. Werde aber bei akuten Entzündungen (wie z. B. beim Erysipel) durch Incisionen den Endotoxinen, proteolytischen Fermenten etc. ein Ausweg geschaffen, so leiste diese Kombination der Stauungs-Incisionsbehandlung Ausgezeichnetes. Im Grunde genommen ist Lexer also gar kein Gegner des Bierschen Verfahrens, und seine Ausführung birgt, wie auch Wolff-Eisner meint, keine Negierung desselben.

Er steckt ihm nur die gegebenen Grenzen, was m. E. der Methode nur förderlich sein kann. Biers Ruhm wird dadurch nicht geschmälert, denn man kann von einem Verfahren ja auch nicht alles verlangen wollen. Es verhält sich, wie Wolff-Eisner und Lexer betonen, mit der Stauungshyperaemie wie mit der Anwendung bakterizider Sera.

Wie kleine Mengen Streptococcen durch baktericides Serum unter Heilung des Individuums aufgelöst werden, dagegen die doppelte Menge der Mikroorganismen zwar auch durch entsprechende Mengen Serum abgetötet wird, aber nunmehr die größere Menge der dann freiwerdenden Endotoxine eine schwere Erkrankung bis zur Tötung bedingt, so kann in ganz analoger Weise die Stauungshyperaemie bei erst geringfügiger Infektion und namentlich prophylaktisch immunisierend, heilsam wirken, in schwereren Fällen durch die Endotoxinwirkung dagegen verhängnisvoll werden.

Wolff-Eisner rät, zum weiteren Ausbau der Stauungsbehandlung in denjenigen Fällen, wo man die Art der Bakterien erkannt habe, durch Injektion bakteriolytischen Immunserums die bakteriziden Kräfte des Organismus zu erhöhen, dadurch einen Teil der Bakterien nicht zur Fortentwicklung kommen zu lassen und so der Produktion und Resorption größerer Endotoxinmengen vorzubeugen.

Heller macht, um das noch anzuführen, auf die Notwendigkeit der Untersuchung des Keimgehaltes des Blutes nach Abnahme der Binde aufmerksam.

D. Auflösende Wirkung. Die bindegewebige, feste Stoffe auflösende Wirkung ist z. T. die Folge der serösen Durchtränkung, z. T. wohl — nach Heiles Meinung — auf Freiwerden intrazellularer, infolge Zerfalls namentlich von Leukocyten auftretender Enzyme, nach Sudeck auch auf die günstige Beeinflussung der Knochen-Weichteil-Atrophie zurückzuführen.

E. Ernährende Wirkung. Sie findet aber statt nur auf epitheliale Gebilde und das Bindegewebe, nicht aber auf Körperteile und Organe mit aktiven Funktionen.

Bier erinnert an die cyanotische Induration bei Stauungen infolge von Herzfehlern und Emphysem; an das Längen- und Dickenwachstum von Knochen und die Trommelstockfinger bei chronischen Stauungen, wie Herzfehlern, Bronchiektasen, Phthise etc. und einem an Craniotabes mit schweren, zu starker Stauung führenden Erstickungsanfällen leidenden Kinde.

Während nach Bier die aktive Hyperaemie mehr für chronische und nicht bakterielle Krankheiten und deren Folgezustände sich eignet, paßt die beschriebene passive Hyperaemie mehr für akute, bezw. subakute infektiöse und zwar vornehmlich lokale, chirurgische Zustände. (Fortsetzung folgt.)

Kongressbericht.

XXXVI. Kongreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

Referent: Dr. Max Litthauer.

1. Sitzungstag 3. April 1907.

Hr. Gluck-Berlin: Zur Chirurgie des Herzbeutels.

G. glaubt auf Grund anatomischer Erwägungen, daß es zweckmäßig ist, die Punktion des Herzbeutels möglichst nach außen von der Mammillarlinie vorzunehmen, weil man dadurch sich am besten gegen die unbeabsichtigte Verletzung des Herzens selbst schütze. Ferner berichtet G. über zwei Fälle von Pericarditis. Der erste Fall betraf ein Kind. Die gefundene Dämpfung zeigte die Eigentümlichkeit, daß man einen Bezirk intensiverer Dämpfung von einem Bezirk weniger ausgeprägter Dämpfung trennen konnte. Die intensiver gedämpfte Partie wurde als dem Herzen entsprechend angenommen und auf die Zone hellen Schalls im vierten Intercostalraum eingeschnitten. Der Eiter wurde im Pericard gefunden und entleert. Das Kind erholte sich zunächst, starb aber an allgemeiner Sepsis. Im zweiten Falle, der kürzlich operiert wurde, erzielte er einen vollen Erfolg.

Hr. Thiemann-Jena berichtet über einen 23jährigen Mann, der sich durch einen Unfall eine Nadel in die linke Brustseite gestochen hatte. 8½ Stunden nach der Verletzung kam er in die Jenenser Klinik. Der Mann war sehr anaemisch, es bestand ein sehr starker Kollaps; die Herzdämpfung war stark verbreitert; die Herztöne waren sehr leise. Daraus wurde auf eine Herzverletzung geschlossen. Die vorhandene Wunde wurde erweitert und von hier aus das Herz freigelegt. Nach Eröffnung des Herzbeutels wurden za. 100 ccm Blut entleert. Es fanden sich nun noch ein Loch im rechten Ventrikel von 1 cm Länge und ein zweites größeres im rechten Vorhof. Beide Wunden wurden mit Catgut genäht. Nach Ausräumung der Blutkoagula aus dem Herzbeutel wurde derselbe bis auf einen herausgelenkten Tampon geschlossen. Auch die bei der Operation eröffnete Pleura wurde tamponiert. Der Verlauf war gut, die Wunde heilte. Nach einigen Wochen bildete sich noch ein linksseitiges Empyen aus, das durch Rippenresektion eröffnet wurde. Darauf völlige, bis jetzt andauernde Heilung.

Hr. Lexer-Königsberg: Die ideale Operation des arteriellen und des arterio-venösen Aneurysma.

Die Unterbindung der großen Gefäßstämme an den Extremitäten bringt die große Gefahr der Gangrän mit sich, insbesondere ist die gleichzeitige Unterbindung der Arterie und Vene für das betreffende Glied gefährlich. Aus diesen Erwägungen habe er sich entschlossen angesichts der guten Resultate, welche die Gefäßnaht



bei den Versuchstieren ergeben habe, die Methode der Gefäßnaht auch beim Menschen anzuwenden, und zwar habe er das in zweierlei Weise getan; er habe sowohl die zirkuläre Vereinigung der Gefäße gemacht, als auch die Gefäßtransplantation. Er stellt sodann einen Mann vor, der nach einem Stich in die Kniekehle ein Aneurysma arterio-venosum der Vasa poplitea acquiriert hatte. Der Mann war für einen Simulanten gehalten worden. Bei der Operation wurde der aneurysmatische Sack freigelegt und ebenso die verletzten Stellen an den Kniekehlengefäßen. Die Wundränder der Wunde der Arteria poplitea waren von schlechter Beschaffenheit, daß an eine seitliche Naht der Arteria nicht gedacht werden konnte. Die Unterbindung der Arterie und der Vene wollte er wegen der Gefahr Gangrän vermeiden. Deswegen resezierte er das erkrankte Stück der Arteria poplitea, so daß das peripherische und das zentrale Ende za. 6 cm weit voneinander entfernt waren. Bei rechtwinklig gebeugtem Knie wurde die zirkuläre Naht der Arteria poplitea ausgeführt, die Vene wurde doppelt unterbunden. Nach Lösung des Schlauchs war der Puls sofort in den Arterien des Fußes fühlbar. Das Knie wurde in rechtwinkliger Beugung verbunden und vier Wochen in dieser Stellung belassen. Nach Abnahme des Verbandes konnte der Kranke sein Bein gebrauchen. Es sind niemals Zirkulationsstörungen beobachtet worden.

In einem zweiten Fall war bei einer Luxatio subcoracoidea, die nicht sogleich erkannt worden war, bei dem Versuch, die schon drei Wochen bestehende Luxation zu reponieren, eine Zerreißung der Arteria axillaris mit nachfolgender Aneurysmabildung zustande gekommen. Neun Wochen nach der Verletzung kam Patient in die Klinik. Es bestand eine sehr erhebliche Arteriosklerose. Bei der Operation wollte Lexer wegen der Brüchigkeit des Gefäßes die seitliche Naht nicht machen, die einfache Unterbindung unterblieb wegen der Gangrängefahr. Es wurde das erkrankte Stück der Arterie reseziert, so daß eine Diastase von 7 cm resultierte. Da die beiden Gefäßenden auf keine Weise zusammenzubringen waren, entschloß sich Lexer, ein Stück aus einer Saphena zu resezieren und dasselbe in die Axillaris zu transplantieren. Es wurde dann zunächst das zentrale Ende der Axillaris mit dem Saphenastück zirkulär vereinigt, darauf die provisorisch angelegte Subclaviaunterbindung momentan gelöst und festgestellt, daß der Blutstrom durch die eingenähte Saphena passierte. Darauf wurde die temporäre Subclavialigatur wieder geschlossen und das peripherische Ende des transplantierten Saphenastücks mit dem distalen Ende der Axillaris vereinigt; dann die Wunde geschlossen. Patient starb im Delirium drei Tage nach der Operation. Die Zirkulation in der Extremität blieb gut bis kurz vor dem Tode. Kurz vor der Katastrophe trat eine fortschreitende Blaufärbung der Hand ein. Bei der Sektion fand sich in dem transplantierten Saphenastück und an der Uebergangsstelle zur Arteria axillaris nichts von Thromben; wohl aber hatte sich an der Stelle, wo die provisorische Subclavialigatur gelegen hatte, trotz aller angewandten Vorsicht ein kleiner wandständiger Thrombus entwickelt.

Herr Becker-Koblenz: Traumatisches Aneurysma arteriovenosum der Carotis cerebralis und Exophthalmus pulsans.

B. stellt einen Patienten mit Exophthalmus pulsans des linken Auges vor. Derselbe war durch ein Gewehrfragment verursacht, welches bei einer Explosion in das Schädelinnere gedrungen war. Das Röntgenbild ergab, daß der Fremdkörper in der Nähe der Sella turicica gelegen war. Kompressionsversuche zeigten, daß bei Druck auf die linke Carotis die Pulsation des Auges wesentlich geringer wurde. Nach einem vergeblichen Versuch, durch fortgesetzte Kompression der linken Carotis das Leiden zu heben, wurde die linke Carotis unterbunden. Zunächst verschwanden alle Symptome. Nach einiger Zeit jedoch trat ein Recidiv ein. Jetzt wurde, wie ein Versuch ergab, der Blutzufluß zu dem Aneurysma arterio-venosum zwischen Carotis und Jugularis durch die rechte Carotis vermittelt. Da die Unterbindung durch die rechte Carotis nicht angängig war, wurde die Kompressionsbehandlung eingeleitet, und zwar wurde einmal die Carotis komprimiert, dann aber wurde auch auf den Exophthalmus direkt eingewirkt. In ein zylindrisches Rohr, das durch eine Membran verschlossen war, dessen verschlossenes Ende den Konturen des erkrankten Auges angepaßt war, wurde so viel Quecksilber gegossen, daß ein leichter dem Auge zusagender Druck auf dasselbe ausgeübt werden konnte. Durch diese Behandlung wurde eine wesentliche Besserung erzielt.

Hr. Küttner-Marburg: Beitrag zur Milzchirurgie.

K. berichtet zunächst über zwei Fälle von sequestrierendem Milzabsceß, welcher dadurch charakterisiert ist, daß die eitrige Entzündung der Milz zur Sequestrierung größerer Milzstücke führt. Er hat von dieser seltenen Krankheit zwei Fälle beobachtet. In dem einen Fall war der Abscess in die Pleura durchgebrochen und als Empyem operiert. Erst bei der Sektion stellte sich heraus, daß es sich um einen Milzabscess handelte. Im zweiten Fall gelang die Diagnose bereits während des Lebens, der Fall wurde geheilt.

Das Vorhandensein von großen Gewebsstücken im Eiter eines subphrenischen linksseitigen Abscesses hält Küttner für pathognomonisch für Milzabscess auch dann, wenn die Gewebsstücke nicht als Milz verifiziert werden können.

Im Anschluß an diese Erörterungen stellt er noch zwei Fälle vor. In dem einen Falle handelt es sich um eine Zertrümmerung der Milz durch eine Schußverletzung, die durch Operation geheilt wurde. Bei der zweiten Patientin bestand Leukämie und zugleich ein sehr erheblicher Tumor bei gleichzeitig vorhandener Wandermilz. Wegen der sehr großen Beschwerden, welche die Milzgeschwulst verursachte, entschloß sich K. zur Milzexstirpation, welche von der Kranken gut vertragen wurde. Die Patientin, welche niemals eine hämorrhagische Diathese vor der Operation gezeigt hatte, blutete auch während und nach der Operation nicht stärker als normal. Die Kranke ist wieder arbeitsfähig geworden, auf die Leukämie hat die Milzexstirpation keinen Einfluß gehabt.

Herr Jordan-Heidelberg: Zur Ligatur der Carotis communis.

Trotz der Gefahren, welche die Unterbindung der Carotis communis den Kranken brächte, wäre diese Operation gelegentlich unumgänglich. Er empfehle, um die Gefahr zu verringern, zwei Tage, bevor die definitive Ligatur der Carotis vorgenommen würde, unter Schleich'scher Lösung die Carotis freizulegen und sie mit einem Faden locker zu umschnüren. Stellen sich bedrohliche Erscheinungen ein, so löst man die Ligatur wieder. Durch Tierexperimente habe er festgestellt, daß, wenn man nach 48 Stunden eine solche lockere Umschnürung der Carotis wieder löse, daß dann distal von der Ligatur der Puls wieder fühlbar würde und daß die Gefäßwand bei der allmählichen Umschnürung keinen Schaden nähme. Vertragen die Tiere bezw. die Patienten die Abschnürung der Carotis, ohne daß zerebrale Symptome eintreten, so unterbindet man die Carotis definitiv und braucht jetzt Zwischenfälle nicht mehr zu befürchten.

In einem Falle von bronchiogenem recidivierenden Carcinom am Halse habe er das Verfahren beim Menschen angewendet und völlige Heilung erzielt.

Hr. Stich-Breslau: Zur Transplantation von Organen mittels Gefäßnaht.

Es ist dem Vortragenden gelungen, mittels Gefäßnaht Nieren und Schilddrüsen bei demselben Tiere zu transplantieren. Die transplantierte Niere funktionierte wieder, wie aus dem Urin, der aus dem Ureter abfloß, geschlossen werden konnte. Auch die Schilddrüsen waren, wie die mikroskopische Untersuchung lehrt, von normaler Beschaffenheit. (Fortsetzung folgt.)

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynaekologie zu Berlin.

Sitzung vom 22. März 1907.

Vorsitzender: Herr Olshausen.

I. Diskussion über den Vortrag des Herrn Kauffmann: Beitrag zur destruierenden Blasenmole.

Herr R. Meyer fragt an, warum Herr K. von einer destru-

ierenden Mole gesprochen hat, während er den Tumor nachher für gutartig erklärte.

Herr Kauffmann: Der Tumor ist pathologisch-anatomisch gutartig, klinisch destruierend.

Herr R. Meyer kann sich mit diesen Bezeichnungen nicht einverstanden erklären; seiner Ansicht nach ist der Tumor einfach gutartig. Umgekehrt kommt es häufig vor, daß ein pathologisch-anatomisch maligner Tumor klinisch benigne ist.

Herr Kauffmann: Die von Herrn Meyer erwähnte Schwierigkeit, den Tumor richtig zu klassifizieren, besteht fraglos. Die Zeichen der klinischen Malignität sieht er darin, daß der Tumor über den Uterus hinaus in die benachbarten Gewebe eingewachsen ist. Pathologisch-anatomisch zeigte er alle Kriterien der Gutartigkeit, im Gegensatz zum malignen Chorionepitheliom.

Herr Olshausen glaubt, daß man von destruierenden Tumoren sprechen kann, wenn dieselben, ohne Metastasen zu setzen, auf die Umgebung usurierend, zerstörend wirken. Diese Tumoren braucht man dann nicht als klinisch maligne zu bezeichnen. Bericht über einen ähnlichen Fall.

Herr Straßmann: Klinisch wichtig ist seiner Ansicht nach an dem beschriebenen Fall besonders das völlig symptomlose Vordringen des Tumors in die Venen hinein. Es geht daraus hervor, wie wichtig es ist, alle Blasenmolenfälle ähnlich wie die operierten Carcinome unter dauernder Kontrolle zu halten, um derartige Vorkommnisse nicht zu übersehen. Er glaubt, daß er in diesem Falle kaum den Mut gehabt hätte, operativ vorzugehen, da es sich ja auch um eine entzündliche Adnexerkrankung hätte handeln können.

Herr Ruge hält den Fall für außerordentlich interessant. In fast jeder Schwangerschaft dringen Zotten in die Gefäße und den Körper der Mutter ein, besonders regelmäßig bei Blasenmole, aber die Zotten gehen dann zu Grunde. Im vorliegenden Falle ist nun interessant einmal das Wachstum nach der Durchwanderung des Uterus, ferner, daß die Epithelien keine maligne Wucherung zeigen und endlich, daß im wesentlichen das Stroma der Zotten gewuchert ist, während das Epithel sogar Degenerationserscheinungen zeigt. Alle anderen sog. destruierenden Molen zeigen nur Usurierung, nie derartige Neubildungen.

Herr Kauffmann: Schlußwort. Adnextumoren konnten differential-diagnostisch nicht in Frage kommen, da die Adnexe gut abzutasten waren und das Wachstum des Tumors genau verfolgt werden konnte. Die Operation war bedingt durch den Verdacht eines Chorionepithelioms. Blasenmolen sind nach der Operation nie als geheilt zu betrachten, sondern stets unter Beobachtung zu halten.

II. Demonstration.

Herr Moraller demonstriert Sektionspräparate und Abbildungen des jüngst vorgestellten Falles von Totalprolaps mit Carcinom der vorderen Scheidenwand.

III. Vortrag des Herrn R. Meyer: Beiträge zur Pathologie der Bindesubstanzgeschwülste.

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über Nomenclatur, Einteilung und Wachstumsart der Myome gibt M. an der Hand zahlreicher epidiaskopisch vorgeführter makroskopischer und mikroskopischer Präparate eine Fülle interessanter Einzelheiten aus der Pathologie der Myome.

Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 6. März 1907.

Tagesordnung:

Waldeyer: Zum hundertjährigen Geburtstag von Theodor Schwann.

W. will, wenn auch der hundertjährige Geburtstag Schwanns erst in drei Jahren ist, schon jetzt die Erinnerung an ihn wachrufen, um das Interesse für ein an jenem Tage zu enthüllendes Denkmal wachzurufen.

Schwann vollbrachte in Berlin, wo er Assistent Johannes Müllers war, den Hauptteil seines Lebenswerkes, die Arbeit über die tierische Zelle. Neben dieser sind viele seiner anderen, keineswegs unbedeutenden Arbeiten in Vergessenheit geraten. Schon seine Dissertation, die die Sauerstoffaufnahme beim Hühnchenembryo zu einer Zeit, wo noch keine Blutgefäße entwickelt sind, behandelte, zeigt ihn als scharfsinnigen, kritischen Untersucher. Mit der Entdeckung des Pepsins begründete er die wissenschaftliche Lehre von der Magenverdauung. Weiter bearbeitete er die Frage der Generatio aequivoca und stellte durch Untersuchungen über Fäulnis und Gärung fest, daß dabei nicht chemische Prozesse zu Grunde liegen, sondern daß sie an Lebewesen geknüpft sind. Dann wies er das Gesetz nach, daß ein sich kontrahierender Muskel Arbeit leistet. Weiter sind zahllose Entdeckungen auf dem Gebiete der Histologie mit seinem Namen verbunden. Das Hauptwerk seines Lebens sind die mikroskopischen Studien über die Uebereinstimmung der mikroskopischen Struktur bei Tieren und Pflanzen, in dem er zeigt, daß die von andern entdeckte Zelle der Elementarorganismus ist, aus dem sich alle Gewebe entwickeln, wie auch das Ei selbst eine Zelle ist. Mit diesem Werk hat er die Grundlage zu der neuen Medicin gelegt, ein Werk, das dann Virchow, der zufällig im Jahre des Erscheinens in Berlin immatrikuliert wurde, ausgebaut hat, und das von ihm mit dem Satz omnis cellula e cellula den Stempel erhalten hat. Anschließend gibt W. einen kurzen Ueberblick von der Entwicklung der Anschauungen über die Zelle von ihrem Entdecker Malpighi bis zu Schleiden und Schwann, dann bis zu Virchow und dem weiteren Ausbau durch jüngere Untersucher und schließt mit dem Satze: Kein Fortschritt in der Medicin als auf den Schultern Theodor Schwanns.

Fortsetzung der Diskussion über die Spirochaete pallida.

Friedenthal: Feinste Nervenausläufer zeigen, wenn man sie mit Silber oder nach der Bielschowskischen Methode färbt, in Form und Dicke durchaus das Aussehen der Spirochaeten; mit diesen Färbungen findet man sie in ungeahnten Mengen. Alle nachweisbaren faserigen Gebilde brauchen aber nicht Nervenfasern zu sein; die neueren Färbemethoden haben allenthalben in verschiedenster Dicke faserige Gebilde ergeben, deren Deutung noch aussteht; so hat Gottberg in normalen Ovarien nie beschriebene Gebilde von entsprechendem Aussehen in zahllosem Gewimmel nachgewiesen. Die Endigungen der Nerven können jedenfalls sehr fein sein, viel feiner, als man bisher ahnte, sie brauchen keineswegs größer als Spirochaeten zu sein. Die Frage nach der aetiologischen Bedeutung der Spirochaeten hält er einer einfachen Lösung für fähig, wenn Hoffmann mit den Spirochaeten, die er angeblich über drei Monate in luftdicht abgeschlossenem Deckglaspräparat gehalten hat, Impfversuche macht.

Orth betont, daß Mazeration und Nekrose nicht verwechselt werden dürfen, wie das besonders Saling getan hat, der beide Begriffe fast gleichwertig durcheinander gebraucht. Die Mazeration der Früchte ist keine syphilitische Erscheinung, sondern einfach eine kadaveröse, die sich bei syphilitischen ebenso wie bei nichtsyphilitischen einstellt. Syphilis im Gegenteil verhärtet, und die Nekrose ist als Congulationsprozeß der diametrale Gegensatz der Mazeration. In nicht erweichten Organen syphilitischer Foeten sind Spirochaeten ebenso schön und zahlreich nachgewiesen worden wie in mazerierten und auch frei im Lumen von Gefäßen und Bronchien mit gut erhaltenem Epithel. Daß Mazeration die Vorbedingung der Entstehung der Silberspirochaete sei, ist also nicht richtig. In Abstrichpräparaten von Organen mit Silberspirochaeten sind die Gebilde auch mit Giemsafärbung nachgewiesen worden; daß sie hier weniger zahlreich sind, wird bedingt durch die relative Dicke eines Schnittes, die Dünne eines Ausstrichs, daß sie im Schnitt mit Giemsa nicht zu färben sind, liegt wohl an der geringen Tinktionsfähigkeit, die auch im Namen „pallida" Ausdruck gefunden hat. Daß die Dickenunterschiede zwischen Giemsa- und Silberspirochaeten bedeutungslos sind, zeigt O. durch Demonstration von Präparaten von Coccen und Typhusbazillen, die einmal mit gewöhnlichen Anilinfarben, das andere Mal mit Silber gefärbt sind, und im letzteren Falle bedeutend größer und dicker erscheinen. Daß Spirochaeten nicht überall gefunden werden, ist nicht verwunderlich; O. erinnert hier an die Tuberkelbazillen, die meist gerade an den am stärksten affizierten Organstellen, in Verkäsungen, überhaupt nicht gefunden werden. Die vielen gegen die Silberspirochaete erhobenen Einwände kann er nicht gelten lassen; er erkennt an, daß Nervenfasern und Spirochaeten ähnlich sein können und hält die schärfste Kritik der Silberspirochaeten für angebracht. Aber sicher ist, daß in den Silberpräparaten Dinge gefunden sind, die weder Nerven noch sonst etwas anderes, sondern nur Spirochaeten sind, und zwar dieselben, welche mit



Giemsa gefärbt werden können. Ob sie die Erreger der Syphilis sind, darüber scheint noch nicht das letzte Wort gesprochen.

Sitzung vom 13. März 1907.

Schluß der Diskussion über die Spirochaete pallida.

Mühlens betont nochmals, daß in allen Fällen von Syphilis sich die Diagnose durch den Nachweis der mit Giemsa gefärbten Spirochaete pallida sichern ließ. Neuerdings hat er auch Spirochaeten in Abstrichpräparaten von experimentell syphilitisch infizierter Kaninchenkornea nachgewiesen. Auch lebend läßt sie sich hier in großer Menge bei Dunkelfeldbeleuchtung nachweisen. Damit erscheint eine Verwechslung mit elastischen Fasern etc. völlig ausgeschlossen.

Hoffmann hebt noch einige neuere Tatsachen, die für die aetiologische Bedeutung der Spirochaete pallida sprechen, hervor. Bei congenital syphilitischen Kindern hat er im nativen Blutpräparat die Spirochaete lebend bei Dunkelfeldbeleuchtung nachgewiesen; außerdem oft im Blutausstrichpräparat mit Giemsa und in Schnitten von geronnenen Blutklumpen mit Silber gefärbt dargestellt. Von syphilitischer Kaninchencornea sind Affen mit Erfolg geimpft worden und bei diesen dann auch Spirochaeten nachgewiesen worden. Bertarelli hat Virus von der Kaninchencornea bis zu zehn Generationen übertragen und immer virulenter gefunden. Dieser hat das Verdienst, zuerst die Impfung der Kaninchenkornea mit Syphilis mit Erfolg gemacht zu haben, die Siegelsche Kaninchensyphilis erkennt H. nicht an.

Janke hat Abstrichpräparate mit Silber gefärbt; die Färbung der Spirochaete refringens ist ihm dabei bereits gelungen, die der pallida noch nicht; er hofft aber, daß dies möglich wird und damit einer der letzten Einwände Salings widerlegt wird.

Saling sucht nochmals zahlreiche der von Hoffmann, Bab, Orth etc. gegen ihn erhobenen Einwände zu widerlegen und bleibt bei der von ihm vertretenen Ansicht, daß der Nachweis der Identität der Silberspirochaeten und der mit Giemsa gefärbten nicht erbracht ist. Zum Schluß demonstriert er noch einige Bilder und Präparate, darunter als bemerkenswertestes Silberspirochaeten frei im Lumen eines Gefäßes in einem Schnitt von einem Schweineembryo, bei dem von Syphilis nicht die Rede sein kann, und bei dem auch in mit Giemsa gefärbten Abstrichen nichts zu finden war.

Blaschko und Benda Schlußwort. P.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Biologische Abteilung.)

Sitzung vom 12. März 1907.

Vorsitzender: Herr Umber.

I. Demonstrationen.

II. Vortrag des Herrn Schmilinsky: Vorteile und Nachteile der Korinthenprobe.

Stärkere Stauungsinsufficienzen des Magens prägen sich bekanntlich dadurch aus, daß nüchtern Speisereste im Magen vorhanden sind. Ist die Stauungsinsufficienz nur gering, so kann der Magen nach blander Diät nüchtern leer sein. Erst nach gröberer Kost zeigen sich geringe Reste (z. B. Fruchtschalen). Ewald und Strauß empfehlen, abends einen Eßlöffel rohe Korinthen nehmen zu lassen. Man kann dazu auch körnig-gedämpften Reis oder Graupen reichen. Wenn überhaupt etwas im Magen nach zwölfstündigem Fasten zurückbleibt, dann sind es Korinthen-, Reis- und Graupenreste. Der Grund für diese Retention ist ein dreifacher: 1. Alles im Magen ungenügend chymifizierbare bleibt bei dem Bestreben des Magens, sich seines flüssig-breiigen Inhalts zuerst zu entledigen, bis zuletzt zurück; 2. geringe Mengen von Korinthen etc. können auch in den Nischen eines buchtigen Ulcus sich verstecken und erst am anderen Morgen herausgespült werden; dabei kann die Motilität gut sein. Der Korinthenbefund spricht also nur dann für eine motorische Störung, wenn es sich um größere Mengen handelt, bei geringeren Mengen kann auch nur ein Ulcus vorliegen: da muß dann das übrige klinische Bild entscheiden; 3. die harten Korinthenschalen können ein Pylorusgeschwür reizen und durch Pylorospasmen, die nicht unbedingt immer durch Schmerzen ins Bewußtsein zu treten brauchen, zu verlangsamter motorischer Arbeit Veranlassung geben. — Sch. hat die Korinthenprobe, die er für den sichersten Nachweis geringerer Grade von Stauungsinsufficienz hält, viel angewandt und jahrelang keine Nachteile davon gesehen, noch in der Literatur gefunden. Nur Fleiner (Lehrbuch, 1896, S. 287), der bei bestehendem Ulcus Reizungszustände (Hypersekretion, Pylorospasmen) befürchtet, warnt vor der Probe. Sch. hat nun in zwei Fällen tatsächlich schlechte Erfahrungen gemacht. Erster Fall: zweiundvierzigjähr. Pat. Magendruck zwei Stunden nach dem Essen, nie wirkliche Schmerzen. Bei gutem Stuhl, der meist verstopft ist, schwindet der Druck. In letzter Zeit auch zweimal Erbrechen. Der Magen war nach abendlicher Kost von Brot und Fleisch nüchtern leer. Eine Stunde nach Probefrühstück 180 ccm dünnflüssige Reste: HCl +, Sarcine —, also Hypersekretion. Nach einem Eßlöffel Korinthen abends kommt es in der Nacht zu heftigen Rückenschmerzen und Spannung im Leibe. Am anderen Morgen enorm ausgedehnter Magen, der nüchtern große Massen einer gärenden (HCl +, Sarcine +), geringe Speisemengen und Korinthen enthaltenden Flüssigkeit zeigt. Sofort Erleichterung, Ulcuskur, Genesung. Zweiter Fall: sechsundfünfzigjährige Patientin. Seit Jahren Perioden von Magenschmerzen. Vor acht Jahren Magenblutung. 1903 zuerst Reste im nüchternen Magen. Wenn sie sich ruhig hielt und den Magen spülte, konnte sie alles vertragen, auch Rosinen, Pflaumen, Datteln. Bei der Untersuchung (1905) war der Magen nüchtern nach abendlichem körnigen Reis leer. Eine Stunde nach Probefrühstück 100 ccm sehr salzsaure Reste. Nach einem Eßlöffel Korinthen abends sind nüchtern Korinthen- und Brotreste im Magen. Vierundzwanzig Stunden nach Einnahme der Korinthen setzen sehr heftige Schmerzen ein: es werden weitere Korinthen herausgespült. Die Schmerzen lassen aber nicht nach und am darauf folgenden Abend kommt es zu einer heftigen Magenblutung. Ulcuskur, Genesung. — Wo nur der geringste Verdacht auf ein Ulcus besteht, muß man also leider auf die Probe verzichten. Gerade diejenigen Fälle von Ulcus, die am ersten zu Motilitätsstörungen und Motilitätsuntersuchungen Anlaß geben, die Ulcera pylori, sind aber, da die typischen Beschwerden fehlen können, nicht immer leicht zu erkennen. Die häufige Reizlosigkeit der Pylorusgeschwüre ist auch der Grund dafür, daß die Korinthenprobe bislang ungestraft auch bei ihnen angewandt worden ist. (Autoreferat.) Schönewald.

Periodische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift. Nr. 10. 1907.

1. v. Starck, Kiel: **Zur Diagnose der Barlowschen Krankheit (des kindlichen Skorbuts).**

Verf. schließt sich den Autoren an, die die sogen. Barlowsche Krankheit als zum Skorbut zugehörig betrachten, und die Bezeichnung „infantiler Skorbut“ vorziehen. Von den einzelnen Symptomen der Krankheit kann immer das eine oder das andere im Stich lassen. Eine Anaemie mehr weniger hohen Grades ist vorhanden, wenn die Krankheit bereits ein bis zwei Monate bestanden hat oder ein schon anaemisches Kind erkrankt. In reinen Fällen von B. K. geht der Anaemie die haemorrhagische Diathese voraus. Die haemorrhagische Schwellung des Zahnfleisches ist eins der wichtigsten Symptome des kindlichen Skorbuts und für die Diagnose besonders bedeutungsvoll. Wie an Beispielen gezeigt wird, sind die Veränderungen des Zahnfleisches häufig nur geringfügig, so daß die Affektion nicht selten übersehen wird; sie können aber auch das Bild der schwersten ulcerösen Stomatitis darbieten. Bei den Zahnfleischaffektionen von kleinen, mehr weniger zahnlosen Kindern mit B. K. und denen von größeren Kindern und Erwachsenen, welche an Skorbut leiden, handelt es sich lediglich um graduelle Unterschiede; das allen möglichen Reizen ausgesetzte Zahnfleisch der letzteren ist weniger widerstandsfähig und daher eher zur Erkrankung geneigt, als das von Säuglingen. Ein weiteres typisches Symptom ist die Schmerzhaftigkeit von einem oder mehreren Knochen, besonders der Extremitäten, bei Bewegungen und selbst bei Berührungen; dieselbe kann sich soweit steigern, daß eine Pseudoparalyse der betr. Extremität eintritt. Das Auftreten und die Intensität der Knochenschmerzen sind abhängig von dem Grade der Knochenveränderungen; umschriebene Blutungen

in das Mark und ein gewisser Grad von Markatrophie brauchen keine Symptome zu machen; ausgedehnte subperiostale Blutungen, Brüche an der Epiphysengrenze und dergl. müssen aber Schmerzen und Beschwerden machen. Für die Diagnose ist ihr Vorhandensein ebensowenig notwendig, wie eine Auftreibung an einem oder mehreren Knochen. Die Beurteilung der Knochenveränderungen wird wesentlich erleichtert durch das Röntgenverfahren, welches nicht nur Periostabhebungen durch Blutergüsse und entstandene Difformitäten der Knochen erkennen läßt, sondern auch deutlich zeigt, wie im Bereich des kranken Diaphysenendes die feine Spongiosazeichnung verschwunden und ein dunkler Schatten an deren Stelle getreten ist. Daß die auf Grund der haemorrhagischen Diathese entstehenden Blutungen die ausschließliche Ursache der Markveränderungen sind, ist nicht anzunehmen; auch ohne Blutung kann es zu ausgedehnter Markatrophie kommen. Ein sehr auffallendes Symptom, daß eine Verwechslung kaum möglich ist, ist die haemorrhagische Schwellung der Augenlider mit und ohne Exophthalmus. Als einziges sichtbares Symptom der zur B. K. gehörigen haemorrhagischen Diathese kann oft die Haematurie bestehen.

2. Hippel und Pagenstecher, Heidelberg: **Ueber den Einfluß des Cholins und der Röntgenstrahlen auf den Ablauf der Gravidität.**

Verff. haben zahlreiche diesbezügliche Versuche an Kaninchen angestellt. Eine dreimalige Bestrahlung mit Röntgenstrahlen von je eine viertel Stunde Dauer vermochte das Schwangerschaftsprodukt gänzlich oder zum großen Teil zu zerstören; dabei war die individuelle Widerstandsfähigkeit gegen den Eingriff außerordentlich verschieden. Auch bei Bestrahlung der graviden Tiere unter Schutz des Bauches durch Bleiplatte wurde Zugrundegehen des Schwangerschaftsproduktes erzielt, ungefähr in dem gleichen Häufigkeitsverhältnis wie bei direkter Bestrahlung des Abdomens. Die Cholinversuche wurden vorgenommen auf Grund der Erfahrungen, daß einige biologische Wirkungen der Röntgen- und Radiumstrahlen chemisch imitiert werden können, wozu besonders Cholinlösungen geeignet erscheinen. Unter vierzehn mit Cholin injizierten Tieren blieben zehn steril, bei zweien war ein Teil der Früchte zu Grunde gegangen; zwei lieferten normale Würfe; diese hatten nur die sonst verwendete Minimaldosis resp. die Hälfte derselben erhalten. Eine Dosis von 10 ccm einer 1%igen Cholinlösung acht Tage hintereinander vom sechsten oder siebenten Tag nach der Belegung an injiziert, führt beim Kaninchen nahezu regelmäßig eine Unterbrechung der Gravidität herbei. Die wenigen ausgetragenen jungen Tiere gingen fast alle nach kurzer Zeit spontan ein, so daß anzunehmen ist, daß die Lebensfähigkeit derselben durch die Bestrahlungen bezw. Cholininjektionen schwer beeinträchtigt wird. Der Untergang des Schwangerschaftproduktes wurde aus der enormen Häufigkeit der absoluten oder partiellen Sterilität geschlossen; um die Beweiskraft dieses Momentes zu unterstützen, wurden eine Reihe von mikroskopischen Untersuchungen angestellt, die in der Mehrzahl der Fälle, die steril blieben, das Vorhandensein einer beginnenden Gravidität mit größter Wahrscheinlichkeit dartaten; weiter machten dieselben es wahrscheinlich, daß es zu einer Resorption der Embryonen, nicht zum Abort kommt. Wie die graviditätsunterbrechende Wirkung der Röntgenstrahlen und Cholininjektionen zu stande kommt, ist noch nicht geklärt; Verff. halten es für das wahrscheinlichste, daß bei den Röntgenstrahlen eine im Körper entstehende, bei den Cholininjektionen die eingeführte oder durch don Organismus veränderte toxische Substanz vom Muttertier auf den Embryo übergeht und die Lebensfähigkeit seiner Zellen vernichtet; der abgestorbene Embryo verfällt der Resorption und die durch die Gravidität ausgelösten Veränderungen der Uteruswand bilden sich allmählich zurück.

3. Schmid und Géronne, Charlottenburg: **Ueber die Wirkung der Röntgenstrahlen auf nephrektomierte Tiere, ein Beitrag zur Frage des Leukotoxins.**

Vergleichende Versuche mit Röntgenbestrahlungen bei Kaninchen mit gesunden Nieren und nephrektomierten Tieren zeigten bei den letzteren einen weit rapideren Abfall der Leukocyten; schon nach zwölfstündiger Bestrahlung war bei diesen die Leukocytenzahl auf einen abnorm tiefen Wert gesunken, während sie beim nierengesunden Tier noch innerhalb normaler Grenzen lag und dieselbe Tiefe erst nach weiterer mehrstündiger Bestrahlung erreichte. Verff. glauben, daß diese raschere Leukocytenabnahme beim nephrektomierten Tier gegenüber dem gesunden Tier nur darauf beruhen kann, daß durch die Bestrahlung ein Leukotoxin entsteht, welches wenigstens zum Teil durch die Nieren ausgeschieden wird, nach Entfernung der Nieren aber sich im Blut anhäufen muß und demnach eine raschere Wirkung entfaltet. Daß das Leukotoxin das alleinige vermittelnde Agens für die Leukopenie sei, nehmen Verff. nicht an; neben der toxischen Wirkung dürfte noch eine direkte Strahlenwirkung bestehen. Die Angabe, daß die Toxinwirkung sich nur auf die Leukocyten des kreisenden Blutes erstrecke, wollen sie so eingeschränkt nicht gelten lassen.

4. Geigel, Würzburg: **Die Stärke des Perkussionsschlages.**

Die mechanische Wirkung der Perkussion ist die des Stoßes. Die Arbeit, welche der Stoß des Perkussionsschlages auf Finger oder Plessimeter jenseits dieser noch zu leisten imstande ist, hat G. zahlenmäßig festzustellen versucht. Er perkutiert mit dem Finger auf eine als Pendel dienende Kugel und berechnet aus dem Ausschlag des Pendels nach mechanischen Gesetzen die geleistete Arbeit. Trotz mancher Fehlerquellen konnte er mit der einfachen angegebenen Vorrichtung gut vergleichbare Resultate erzielen. Bei der Bedeutung, die der richtigen Abstufung der Perkussionsstärke in den neueren Arbeiten über Perkussion beigelegt wird, empfiehlt Verf. in solchen Fällen die geforderte Stärke der Perkussion nach der mit seiner Methode berechneten Arbeit anzugeben. Dann wird man zwar noch ungenaue, aber immerhin vergleichbarere Angaben bekommen als die bisher üblichen Bezeichnungen: starke, mittelstarke, leise, oberflächliche, Schwellenwertsperkussion.

5. Schlesinger und Holst, Berlin: **Ueber den Wert der Benzidinprobe für den Nachweis von Minimalblutungen aus den Verdauungs- und Harnorganen.**

Verff. haben die Anstellung der Benzidinprobe in der Weise vorgeschlagen, daß zu dem Reagenz (za. 1/2 ccm frisch bereiteter Benzidin-Eisessigmischung und 2—3 ccm 3%ige Wasserstoffsuperoxydlösung) einige Tropfen einer kurz aufgekochten wässrigen Aufschwemmung der zu untersuchenden Fäzes (eine etwa erbsengroße Stuhlmenge auf etwa ein fünftel Reagenzglas Wasser) hinzugesetzt und dann umgeschüttelt wird; bei Blutanwesenheit tritt eine schön blaue bezw. bei sehr geringem Blutgehalt eine grüne Färbung nach kurzer Zeit auf. In einer (d. W., Nr. 6) erschienenen Mitteilung bezeichnet Schumm diese Probe als eine empfindliche Vorprobe und als geeignet für Massenuntersuchungen; er hält sie aber bei positivem Ausfall nicht unter allen Umständen für eindeutig. Auf Grund erweiterter Erfahrungen — namentlich empfiehlt es sich, im geeigneten Falle die Probe nach einer drei- bis viertägigen fleischfreien Diät anzustellen, um mit Sicherheit eine alimentäre Blutbeimengung ausschließen zu können — glauben Verff. ihr günstiges Urteil über die klinische Verwertbarkeit ihrer Benzidinprobe beibehalten zu müssen. Ergeben sich einmal zweifelhafte Befunde, was aber nur sehr selten vorkommt, so werden sie am besten durch die Guajacprobe nach Schumm klargestellt; jedoch ist dessen „modifizierte Webersche Probe" erheblich komplizierter und zeitraubender als die Benzidinprobe.

Weitere Untersuchungen haben Verff. über die Verwendbarkeit der Benzidinprobe für die Untersuchung des Harns auf minimale Blutbeimengungen angestellt und empfehlen folgendes Vorgehen: Zu 10 ccm Urin fügt man im Reagenzglas za. 1/2—1 ccm Eisessig und schüttelt um; alsdann setzt man ein Drittel des Volumens Schwefeläther zu und schüttelt intensiv durch. Nach kurzem Stehenlassen bewirkt man die exakte Trennung der sich oben ansammelnden Aetherschicht durch Hinzufügen einiger Tropfen absoluten Alkohols, wobei sich grau-weiße in der Aetherschicht befindliche gelatinöse Massen zusammenballen. Mit der Pipette hebt man das völlig klare Aetherextrakt ab und fügt es in ein anderes Reagenzgläschen, das mit dem fertigen Benzidinreagenz beschickt ist; hierauf schüttelt man den Inhalt um, wobei sich das Aetherextrakt völlig in dem Reagenz verteilt; in wenigen Sekunden tritt bei Vorhandensein minimaler Blutspuren eine schöne grüne oder bei stärkerem Blutgehalt blaue Färbung ein. Den anderen Blutproben, Hellersche, Guajac-, Aloinprobe, hat sich die Benzidinprobe weit überlegen erwiesen; sie ist die empfindlichste Reaktion für den Nachweis von Blutfarbstoff im Harn, und völlig eindeutig,

da die Fehlerquellen, die durch alimentär beigemengten Blutfarbstoff bei der Untersuchung des Fäzes und des Mageninhalts möglich sind, hier in Wegfall kommen. Für die Zwecke der Urinuntersuchung kann die Benzidinprobe nicht nur bei eventueller Haematurie, sondern auch bei Verdacht auf Haemoglobinurie empfohlen werden.

6. Kroemer, Gießen: **Operative Heilung eines Anus anomalus vulvovestibularis bei einem Säugling.**

Der Anus anomalus vulvovestibularis bildet etwa ein sechstel der Fälle von Entwicklungsfehlern im Bereich des Enddarmes. Das Wesen der Mißbildung besteht in einem Persistieren der Vaginalkloake, d. h. es münden Urethra, Vagina und Anus dicht aneinander gepreßt in ein gemeinsames Vestibulum; speziell liegt die meist sehr enge strikturähnliche Afteröffnung zwischen dem unteren Hymensaum und der Commissura labiorum majorum posterior. Eine Zusammenstellung von Bardeleben umfaßt einunddreißig Beobachtungen, bei welchen die abnorme Analöffnung erst in späteren Lebensjahren zur Kenntnis der Aerzte kam; davon waren siebzehn weder verheiratet noch gravid, vier steril verheiratet und zehn verheiratet, hatten konzipiert und zum größeren Teil geboren. Störungen unter der Geburt sind mehr durch sekundäre Begleiterscheinungen als durch die Afterektopie bedingt. Eine einheitlichere Wertung findet die Anomalie im ersten Lebensjahr; ein in dieser frühen Zeit bemerkbar werdendes Hindernis muß als ernst für die Entwicklung des Säuglings betrachtet werden; eine Operation ist hier meist für indiziert gehalten worden. Für die heutige Chirurgie dürfen die Ergebnisse der alten Statistik nicht mehr in vollem Umfange gelten; die operative Indikation ist wesentlich weiter zu stellen. Das Fehlen eines normalen Dammes, die eventuell hypoplastische Scheide sind Momente, die für den Lebensgenuß der Patientin und ihre Arbeitsfähigkeit von hoher Bedeutung sind; die Individuen sind durch die Verbildung zum Prolaps praedestiniert und zum Teil bei zu enger Scheide auch heiratsunfähig. Die Operation wird von Fall zu Fall nach dem Grade der Störung verschiedenen Indikationen genügen müssen. Bei dem einfachsten Befund — normaler Anus bei persistierender Rektovaginal- oder Rektovestibularfistel — genügt die rhomboidale Umschneidung und Auslösung der Fistel mit nachfolgendem Lappenverschluß; fehlt der normale After und Damm, so hat die Operation anzustreben: Auslösen des Rektumendes aus seinen Verbindungen, Verlagerung und Fixation des Anus am normalen Ort, Verschluß der Vaginalvestibularwunde und muskulöshäutige Neokonstruktion des Dammes.

Verf. berichtet anschließend über eine eigene Beobachtung bei einem siebenundeinhalb Wochen alten Kinde, das, bis dahin völlig gesund, seit kurzer Zeit den fester gewordenen Stuhl unter heftigem Schreien in einem dünnen Faden herauspreßte. Die Schamspalte zeigte sich weit geöffnet, große und kleine Labien divergierten nach unten; in der klaffenden Vulva lagen die drei Oeffnungen der Urethra, Vagina und des Anus dicht hintereinander; die Perinealgegend war eingesunken, die Gegend der Raphe durch eine tiefe Furche gekennzeichnet, vor der Steißbeinspitze, in der Gegend des normalen After fand sich ein kleines Grübchen. Bei dem guten Befinden des Kindes wurde die Radikaloperation, die Proktoperineoplastik, der einfachen Dehnung der Striktur resp. Erweiterung der Oeffnung durch Proktotomie vorgezogen. Der Operationsplan erstrebte die Verlagerung des Afters an den normalen Ort mit Erhaltung des Sphinkter internus, ferner Plastik des Dammes mit Vereinigung des Sphinkter cunni und Sphinkter ani externus, dessen Vorhandensein an der Stelle des blinden Aftergrübchens anzunehmen war. Die Durchführung des Operationsplanes wird genauer beschrieben. Das funktionelle Operationsresultat für den Darm war sehr zufriedenstellend.

7. Auerbach und Großmann, Frankfurt: **Ein operativ behandelter Fall von Jacksonscher Epilepsie.**

Der Fall betrifft einen siebenundeinhalbjährigen Jungen, bei dem sich mit dreiunddreiviertel Jahren wenige Tage vor Ausbruch eines Scharlach epileptische Krämpfe einstellten, die dann zweiundeinhalb Jahr aussetzten, um erneut in gesteigerter Zahl (bis zu fünfundzwanzig in vierundzwanzig Stunden) wieder aufzutreten. Die Krämpfe betrafen ausschließlich die linke Körperseite. Angesichts des schweren Zustandes und der drohenden Verblödung wurde eine Bloßlegung der rechtsseitigen motorischen Rindenregion beschlossen in der Erwartung, einen Tumor, eine Cyste oder eine andere, die Rinde reizende Veränderung zu finden. Da nichts derartiges entdeckt wurde, wurden die primär krampfenden Zentren nach Krause durch faradische Reizung bestimmt und bis aufs Mark exzidiert. Die Operation wurde in zwei Zeiten ausgeführt. Was den postoperativen Verlauf betrifft, so ging die linksseitige Hemiparese nach vorübergehender Zunahme schnell zurück; in psychischer Beziehung war bald eine deutliche Besserung zu konstatieren; die Krampfanfälle wurden seltener, traten aber noch täglich auf, indessen mit verändertem Charakter. Bei der Entlassung nach einem Monat war die Hemiparese fast ganz geschwunden, in psychischer Beziehung der kleine Patient völlig verändert. Etwa dreiundeinhalb Monate nach der Operation sistierten die Krämpfe und blieben seitdem (über einhalb Jahr) geschwunden; der Junge besucht mit Erfolg die Schule und ist einer der wildesten in seinem Dorfe; während er vorher ausgesprochen linkshändig war, schreibt er jetzt ausschließlich mit der rechten Hand.

Verff. betrachten den Fall keineswegs als eine Heilung Jacksonscher Epilepsie, sondern wollen mit demselben nur nachdrücklich auf das von Krause seit einigen Jahren geübte und empfohlene Operationsverfahren hinweisen, in denjenigen Fällen von Jacksonscher Epilepsie, bei denen nach Freilegung der Gehirnoberfläche keine erheblichen Veränderungen, Tumoren, encephalitische oder porencephalische Cysten gefunden werden, die den Symptomenkomplex erklären könnten, die primär in Reizung versetzten Zentren nach genauer Umgrenzung dieser Stellen in der motorischen Rindenregion durch faradische Reizung bis auf das Mark zu exzidieren. Welcher Krankheitsprozeß bei dem Patienten vorlag, dem die epilepsieerzeugende Wirkung zugeschrieben werden könnte, ist schwer zu sagen; bei dem Ausbruch der epileptischen Krämpfe im Inkubationsstadium einer Skarlatina ist vielleicht an eine akute Encephalitis bezw. Meningoencephalitis zu denken. Zur Erklärung der Tatsache, daß nach der Exzision der rechtsseitigen Zentren die linksseitige Parese bald völlig schwand, ist wohl die Restitutionsfähigkeit des Gehirns und seine Kompensationsfähigkeit heranzuziehen.

Was die operative Behandlung der allgemeinen genuinen Epilepsie betrifft, so scheinen die histologischen Ergebnisse: starke Zunahme des Gliafilzes der Gehirnrinde und der Gliaelemente überhaupt auf eine solche hinzuweisen, und die bisher schon erzielten Erfolge erscheinen sehr beachtenswert. Eine völlige Heilung ist freilich nicht immer zu erwarten; mit langdauernden Besserungen, vor allem mit der Verhütung der epileptischen Demenz kann man sich wohl begnügen, wenn man bedenkt, daß viele Epileptiker durch die Fortdauer der Konvulsionen unaufhaltsamer Verblödung und schwerem Siechtum verfallen. Soll operiert werden, so soll man nicht zu lange warten, damit die epileptische Veränderung sich im Gehirn nicht zu fest etabliert; das kindliche und jugendliche Alter verspricht wegen der größeren Restitutions- und Kompensationsfähigkeit des Gehirns die besseren Resultate. Ein Eingriff ist umso eher ins Auge zu fassen, je mehr Halbseitenerscheinungen sich bei gründlicher Untersuchung konstatieren lassen, je bestimmter die sorgfältig erhobene Anamnese für die Einwirkung eines erheblicheren Kopftraumas oder eines früheren encephalitischen Prozesses oder für temporäres Beschränktsein der Anfälle auf eine Körperseite spricht.

8. Rahn, Dresden: **Ovogal, ein neues Cholagogum.**

9. Struppler, München: **Ueber pendelnde Lipome des Sinus transversus pericardii.**

Neben zahlreichen anderen pathologischen Veränderungen zeigte der Sektionsbefund am Herzen: Dilatation des Organs, schwielige Aortitis und zwei je hühnereigroße, pendelnde Lipome, die vom Sinus pericardii ihren Ausgang nahmen. Ob die klinisch konstatierte Dilatatio cordis auf Rechnung des Aneurysmas oder einer Adhaesivpleuritis oder die abnorm großen Lipome zu setzen war, ließ sich mit Sicherheit nicht entscheiden; eventuell haben alle drei Faktoren mit die Veranlassung zur Herzdilatation gegeben.

10. Pagenstecher, Wiesbaden: **Zur Kenntnis des Enophthalmus.**

Zwei Fälle von Enophthalmus nach starken Traumen, die den Orbitalrand und dessen nächste Umgebung getroffen hatten. Eine alle Fälle in ihrer Entstehung befriedigend erklärende Theorie gibt

es nicht. Wie bei den vorliegenden Fällen ist der Vorgang wohl meist folgender: Durch das Trauma werden der Orbitalrand und die die Augenhöhle umgebenden Knochen gebrochen; durch die Splitter werden Zerreißungen des Gewebes und Blutungen bedingt, die nachher zu Narbenbildungen führen, wodurch das retrobulbäre Gewebe schrumpft und der Bulbus zurücksinkt. Wird der Enophthalmus schon bald nach der Verletzung, wo von Narbenbildung noch nicht die Rede sein kann, beobachtet, so ist anzunehmen, daß der Orbitalboden zertrümmert wurde, das Orbitalfett dadurch ausweichen konnte und so der Bulbus zurücksinkt. Die mangelhafte Beweglichkeit des Bulbus und die dadurch hervorgerufene Diplopie ist nicht stets auf Laesion der Nerven zu beziehen, sondern oft liegen Zerreißungen und Quetschungen im Muskelgewebe selbst vor; Narben hindern dann durch Verkürzung oder durch Fixierung an der Umgebung die normale Funktion. Die Prognose ist quoad restitutionem pessima; bei dem einen Patienten ist das Doppeltsehen so störend, daß er schlimmer daran ist, als wenn das Auge ganz erblindet wäre. Weiter berichtet Verf. über einen dritten Fall; derselbe betrifft ein junges Mädchen, das wenige Tage vor Eintritt der ersten Periode eine retrobulbäre Blutung bekam, durch die zunächst ein Exophthalmus bedingt wurde; nach kürzerer Zeit ging derselbe zurück und der Bulbus sank tiefer in die Augenhöhle, nur beim Bücken trat das Auge in dieselbe Stellung wie das andere. Es ist anzunehmen, daß durch die Blutung Schrumpfungen im Orbitalfett hervorgerufen wurden, die eine Abnahme des Volumens und ein Zurücksinken des Bulbus zur Folge hatten; beim Bücken schwellen die Venen der Orbita an und das Auge tritt wieder etwas hervor.

11. Seelfelder, Leipzig: **Zur Prophylaxe der Blennorrhoe der Neugeborenen.**

An Stelle des Argentum nitricum (2%) zur Prophylaxe der Blennorrhoe der Neugeborenen empfiehlt sich die Verwendung des Argentum aceticum (1%). Dasselbe steht dem ersteren in Bezug auf Intensität und Milde der Wirkung nicht nach, hat aber den Vorzug, daß, wenn eine Verdunstung stattfindet, seine Konzentration sich nicht ändert, also unter allen Umständen unschädlich bleibt.

12. Wende, Leubus: **Die Hammerzehen und ihre Behandlung.**

Zu der Mitteilung von Mittermaier über die Hammerzehe (d. W., Nr. 3) bemerkt Verf., daß er bei einer ähnlichen Stellungsanomalie der Zehen (Fixation in Hyperdorsalflexion), die die gleichen Beschwerden im Gefolge hat wie die Hammerzehe, mit bestem Erfolg die Abmeisselung der Köpfchen der Metatarsalknochen an mehreren Zehen vornehmen konnte. Danach dürften gegen die chirurgische Behandlung mehrerer Hammerzehen an einem Fuße Bedenken nicht vorliegen.

13. Wagner: **Ueber verschiedene Desinfektion in ostafrikanischen Häfen.**

Schilderung der in den verschiedenen Häfen für nötig gehaltenen, höchst divergierenden Desinfektionsmaßnahmen gelegentlich eines Pockenfalles an Bord.

14. Weygandt, Würzburg: **Paul Julius Möbius.**

Nekrolog.

Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 9. 1907.

1. Ehrlich, Frankfurt a. M.: **Chemoterapeutische Trypanosomen-Studien.**

Nicht abgeschlossen.

2. Gottstein, Breslau: **Zur Technik der Bronchoskopie.**

Um ohne Benutzung von Hilfsinstrumenten (Kirsteinscher Spatel, Kilians Röhrenspatel) den mit dem Beleuchtungsapparat armierten Tubus durch die Stimmbänder einzuführen, empfiehlt G. nach Zwischenschalten des Miculiczschen Trichterstücks, wie es auch für die Oesophagoskopie gebraucht wird, die Verwendung eines biegsamen Mandrins. Weiter rät er, um nach Einführung einer dünneren Röhre die äußere, dickere entfernen zu können, das Konusstück, das zur Befestigung des Miculiczschen Trichterstückes am äußeren Rohrende angebracht ist, abnehmbar zu gestalten und es dem Rohre selbst aufzuschleifen. Danach gestaltet sich die Bronchoskopie folgendermaßen: Nach ausgiebiger Kokainisierung wird der Patient in rechte Seitenlage gebracht, der Kopf von einem Assistenten gehalten. Dann führt man das Rohr ein, das beim Erwachsenen in einer Tiefe von etwa 8 cm an die hintere Rachenwand und den Epiglottisrand gelangt, hebelt die Epiglottis nach vorn und stellt die Stimmbänder ein, während die linke Hand das Panelektroskop hält, wird mit der rechten der biegsame Mandrin eingeführt, das Rohr zugleich vorgezogen, der Mandrin wieder zurückgezogen, worauf das Rohr in der Trachea liegt, die nun kokainisiert wird. Rohre von 9—10 mm Dicke können so beim Erwachsenen leicht durch die Glottisspalte geführt werden. Sind nur die Stammbronchien zu besichtigen, so greift man bald zu einem 32 cm langen Rohre. Zur Besichtigung tieferer Aeste hat man dünnere und längere Röhren nötig; zu dem Zwecke führt man durch das erste ein 2 mm dünneres Rohr von 7—8 mm Durchmesser ein, entfernt das Konusstück, zieht das äußere Rohr über das innere heraus, setzt das Konusstück wieder an und mit diesem das Trichterstück mit dem Panelektroskop. Mit diesen Verbesserungen des Instrumentariums gestaltet sich die Methodik der Einführung bronchoskopischer Röhren zu einer sehr einfachen; G. glaubt, daß die Erlernung derselben weniger Schwierigkeiten macht als die der Laryngoskopie.

3. Schüller, Berlin: **Die Ursache der Krebs- und Sarkomwucherung beim Menschen.**

Die Ursache hierfür glaubt Verf. gefunden zu haben in der massenhaften Abschnürung der Gewebskerne unter der Einwirkung eindringender kleinster Parasiten und der dadurch herbeigeführten enorm raschen Wucherung der Gewebskerne, resp. Zellen unter dem Reize der sich vermehrenden jungen Parasiten. Einige Photogramme nach Schnitten mit Doppelfärbungen zeigen die Parasiten bei 2500fachen Vergrößerungen; zunächst die Sporozoiten- oder Merozoitenform in Kernen bei einem Magenkrebs, dann die sich daraus entwickelnde schizontische Sporenform in einem Kern bei Magenkrebs, dann zahlreiche abgeschnürte Kerne mit reichlich jungen Parasiten von einem Rektumkrebs und schließlich ein solches Bild von einem Sarkom. Die Sporozoiten, die in den Kern eindringenden jungen Parasiten hat Verf. auch frei im Gewebe, in Blut- und Lymphwegen gefunden, besonders die geißeltragenden Mikrogameten, diesen ist ein wesentlicher Anteil an der disseminierten Verbreitung der sekundären metastatischen und Drüsenerkrankungen zuzusprechen; ein weiterer Anteil den mit jungen Parasiten beladenen Epithelzellen, die vom Haupttumor mobilisiert sind. Die Abhängigkeit der Carcinom- und Sarkomentwicklung und Wucherung beim Menschen von der Einwirkung der von ihm vorgefundenen Parasiten sieht Sch. jetzt als völlig sichergestellt an.

4. Donath, Budapest: **Die angebliche ursächliche Bedeutung der Fleischmilchsäure bei Eklampsie der Schwangeren.**

Auf den Nachweis der Fleischmilchsäure im Harn und Blute eklamptischer Frauen hin, ist die Milchsäure in pathogenetische Beziehungen zur Eklampsie der Schwangeren gebracht worden. Verf. hat bei einer Reihe von Epilepsiefällen die Cerebrospinalflüssigkeit auf Milchsäure untersucht und stets ein negatives Resultat erhalten; weiter ergaben Tierversuche, daß massenhaft in die Blutbahn eingeführte Milchsäure zu etwas Schläfrigkeit, aber niemals zu irgendwelchen Konvulsionen führte. Die Milchsäure erweist sich also als harmlos, vermag keine Krampferscheinungen auszulösen, hat bei der Eklampsie der Schwangeren keine pathogene Bedeutung, sondern ist eine sekundäre Erscheinung, das Produkt der Muskelkrämpfe; durch diese wird in den Muskeln Fleischmilchsäure gebildet, die, in das Blut übertretend, zum überwiegenden Teil rasch vollständig oxydiert wird und von der nur ein kleiner Teil unverändert in den Harn tritt.

5. Neumann, Berlin: **Irrtümliche Deutung eines physikalischen Brustbefundes bei Kindern.**

Nicht selten findet man bei Kindern bei Auskultation der vorderen Brustwand über der rechten Lungenspitze ein im Gegensatz zur anderen Seite verlängertes, manchmal geradezu bronchiales Exspirium, während die Atmung über den tieferen Partieen abgeschwächt sein kann. Die Perkussion über der Lungenspitze läßt eine Dämpfung vermissen; dagegen findet sich eine solche öfters



über dem Manubrium sterni und im ersten und zweiten Interkostalraum, aber nur dicht neben dem Sternum. Hinten ist das Atmungsgeräusch in der rechten oberen Schulterblattgrube noch lauter und noch mehr ausgesprochen bronchial als vorn, während es in den unteren Teilen wieder abgeschwächt sein kann. Besonders das abnorme Atmungsgeräusch über der Spitze führt zu den häufigsten und folgenschwersten diagnostischen Irrtümern. Kinder mit diesem Befunde werden nicht nur von praktischen Aerzten für lungenkrank oder lungenschwach erklärt, sondern ebenso auch von den Stellen, die besonders für Diagnostik und Behandlung der Schwindsucht eingerichtet sind; die Kinder werden als lungenkrank in Anstalten aufgenommen, von Schulärzten eventuell vom Unterricht ausgeschlossen. Solche vollkommen irrtümlichen Maßnahmen werden durch die falsche Würdigung des Befundes veranlaßt. Veränderung des Atmungsgeräusches mit Dämpfung ohne Rasseln findet sich bei ausgeheilten tuberkulösen Prozessen, wie sie im Kindesalter kaum vorkommen; aber eine Aenderung des Atmungsgeräuschs ohne Dämpfung und ohne Rasseln beweist keine Phthise; selbst wenn infolge eines akuten oder subakuten Katarrhs gröbere Rhonchi vorübergehend an der Spitze gehört werden, würde das dieser Diagnose keine Stütze geben. Die geschilderten Erscheinungen weisen hingegen auf eine Anschwellung der bronchialen Lymphdrüsen, besonders der vom Lungenhilus bis zur Bifurkation der Trachea hinziehenden, und der im vorderen Mediastinum über dem Herzbeutel gelagerten Lymphdrüsen hin. Die Bronchialdrüsenschwellung zeigt am häufigsten den Auskultationsbefund über der rechten Spitze, seltener die Abschwächung der Atmung in den unteren Partieen einer Seite durch Druck auf den Hauptbronchus; seltener finden sich als Stauungszeichen in der Gegend der oberen Brustwirbel Sternchen blauroter Venen; bisweilen kommt anfallsweise keuchhustenartiger Husten vor. Nicht allzu häufig vereinigen sich mit diesen Symptomen die der Mediastinaldrüsenschwellung, die Dämpfung im Bereich des Manubrium, stärker erweiterte Hautvenen in der Umgebung. Die Schwellung der Drüsen ist in der Regel durch Tuberkulose veranlaßt; die Drüsen sind markig geschwollen und in wechselnder Ausdehnung verkäst. Nicht selten treten die Zeichen der Bronchialdrüsenschwellung schon am Ende des ersten und im zweiten Lebensjahre auf. Die meisten Kinder kommen im dritten bis neunten Jahre wegen der durch die Erkrankung ausgelösten konstitutionellen Krankheitserscheinungen zur Beobachtung. Dahin gehören chronische Schwellung der Halsdrüsen, Hyperplasie des lymphatischen Rachenrings mit ihren Folgeerscheinungen, schlechter Ernährungszustand, Schwäche des Knochen- und Muskelsystems, geistige Ermüdbarkeit und reizbare Schwäche. In der ärztlichen Praxis läuft dieser Zustand, wenn nicht Lungenschwindsucht angenommen wird, unter der Bezeichnung Blutarmut, Rhachitis oder Skrophulose. Was den Begriff der letzteren betrifft, so sind dabei sicher durch Tuberkulose bedingte Erscheinungen von solchen anderer Natur zu unterscheiden; die Quelle für die ersteren dürfte meist in den Verkäsungen der Bronchialdrüsen als ältesten Käseherden zu suchen sein; für die andern Anschwellung des lymphatischen Rachenrings, Neigung zu Phyktaenen, Katarrhen der obersten Luftwege, Ekzemen, dürften als Ursache Lymphstauungen, wie sie die Erkrankung großer Lymphdrüsenkomplexe mit sich bringt, in Betracht kommen.

Wenn nun auch die Deutung der klinischen Symptome der Bronchialdrüsenschwellung auf Schwindsucht eine irrtümliche ist, so sind doch diese Erscheinungen zu einer tuberkulösen Erkrankung — der Verkäsung der Bronchialdrüsen — in Beziehung zu bringen. Daß sich an diese Erscheinungen eine Spitzenerkrankung anschließen kann, ist unzweifelhaft. Trotzdem sollte zwischen einer Drüsentuberkulose und einer ulcerösen Lungentuberkulose ein scharfer Unterschied gemacht werden, wie ihn in der Kindheit schon die verschiedene Prognose verlangt. Skrophulo-tuberkulös ist bei reich und arm ein sehr großer Teil der Kinder (in Berliner Gemeindeschulen fand N. z. B. 89,1%); wenngleich diese Kinder von der Schwindsucht bedroht sind, so ist der Eintritt derselben doch noch zum Teil von einer besonderen familiären Disposition, zum andern von ungünstigen äußeren Verhältnissen abhängig. Daß diese Kinder tuberkulös infiziert sind, sollte man ruhig aussprechen, wobei man sich nur darüber klar sein muß, daß für die Prognose nicht mehr dieselben Gesichtspunkte gelten wie zu der Zeit, in der man noch Tuberkulose und Phthise klinisch fast identifizierte und die Phthise für eine in der Regel tödliche Krankheit hielt. Heute weiß man, daß tuberkulöse Herde mit zunehmendem Alter immer häufiger als Nebenbefunde bei Sektionen erscheinen: andrerseits kann erst der auch klinisch gelieferte Beweis von der Häufigkeit der Tuberkulose die nötige Entschiedenheit einflößen, um Ansteckung zu vermeiden und die angesteckten Personen durch Förderung der allgemeinen und persönlichen Hygiene zur Heilung zu bringen.

6. Seeligsohn, Berlin: **Ein Fall von Chinin-Amaurose.**

Es handelte sich um eine sehr anaemische Patientin, die nach Genuß von 6 g Chinin innerhalb dreier Tage unter Schwindel, Zittern etc. plötzlich taub und blind wurde. Während das Gehörvermögen innerhalb vierundzwanzig Stunden sich wiederherstellte, wurde erst zehn Tage später geringer Lichtschein wahrnehmbar, und es dauerte etwa zwei Monate, bis das Sehvermögen wieder völlig zurückkehrte. Der Augenhintergrund bot zunächst das Bild wie bei einer Embolie der Arteria centralis retinae; allmählich trat dann Blässe der Pupille ein, bis sich das Bild der Atrophie einstellte. Nach drei Jahren wurden auch Veränderungen in den Aderhautgefäßen beobachtet, denen wohl dieselbe Zirkulationsstörung wie in den Netzhautgefäßen zu Grunde lag. Das Gesichtsfeld zeigte sich zunächst eingeengt, erweiterte sich dann immer mehr, bis nach Verlauf von zwei Monaten die Grenzen für weiß normal waren, während eine erhebliche dauernde Schädigung des Farbenunterscheidungsvermögens zurückblieb. Bezüglich der Entstehung der Chinin-Amaurose ist wohl eine gleichzeitige Einwirkung des Giftes auf die Gefäße und die Ganglienzellenschicht anzunehmen. Unterstützt durch das Sinken des Blutdrucks tritt eine starke Kontraktion der Gefäße ein, in denen sich dann im Laufe der Zeit, vielleicht infolge der veränderten Blutbeschaffenheit, endo- und perivaskulitische Prozesse entwickeln. Von den geschädigten Ganglienzellen geht ein Teil teils direkt, teils durch mangelhafte Nahrungszufuhr zu Grunde, die dazugehörigen Nervenfasern atrophieren, die Papille wird blaß, ein Teil dagegen erholt sich und erlangt seine Funktion wieder. Was die Therapie betrifft, so scheint sich am besten Bettruhe zu bewähren, daneben warme Bäder mit kalten Uebergießungen und roborierende Diät.

7. Tobias und Kindler, Berlin: **Die physikalische Behandlung der Tabes dorsalis.**

(Nicht abgeschlossen.)

Bücherbesprechung.

Paracelsus, der Ueberarzt. Eine kritische Studie. Von Prof. Dr. Hugo Magnus. (Abhandl. z. Geschichte der Medicin, Heft XVI.) Verlag von J. U. Kern, Breslau. 1906.

Wie der Verf. im Vorwort hervorhebt, will er die schon ungemein große Zahl der Paracelsus-Schriften nicht noch um einen neuen Beitrag vermehren, sondern nur eine rein objektiv gehaltene kritische Betrachtung der Stellung geben, welche Paracelsus in unserer Wissenschaft einnimmt; und er sieht sich dabei genötigt, dem übermäßigen Lobsprechern des seltsamen Mannes entgegenzutreten. Nachdem er in klarer und gedrängter Form den Zustand der Medicin beim Auftreten des Paracelsus geschildert, insbesondere auf die Entstellung der damals allgemein gültigen Aristotelischen Schriften und die Uebermacht der damit operierenden Scholastiker hingewiesen hat, hebt er das Verdienst des Paracelsus als des Bekämpfers der scholastischen Lehren gebührend hervor. Daß er sich dabei durch sein übermäßiges Selbstbewußtsein zu einem „Uebercelsus", einem „Ueberarzt" proklamierte, soll ihm in Anbetracht seiner Lehre, daß die Praktik wichtiger sei als das viele Bücherstudium, ebenfalls verziehen sein. Aber Paracelsus war, ohne sich selbst darüber klare Rechenschaft geben zu können, ein echter Scholastiker, nur mit dem Unterschied, daß er „seine theosophisch-mystischen Vorstellungen nicht durch die Alten erweisen wollte, wie seine Zeitgenossen", sondern sich dazu ein eigenes, unklar-phantastisches System zurechtlegte. In blindem Haß und mit einem nicht geringen Maß von Unvernunft verwirft er die Alten, mit Ausnahme des Hypokrates, und scheitert, da er

die wahren Schuldigen, die Scholastiker und Mystiker, nicht trifft, mit seinen reformatorischen Bestrebungen. So weiß er nichts von den positiven Errungenschaften der antiken Heilmethode, oder will nichts davon wissen; er konstruiert in phantastischer spekulativer Weise den Makro- und Mikrokosmus, die Dreiheit in der Gottheit und im Tierkörper (Sulphur, Mercurius, Sal), die Stigmata der Heilsubstanzen etc. Wenn er auch als Erster versucht hat, die Erscheinungen des organischen Lebens im chemischen Sinne zu betrachten, so darf man ihn darum doch noch keineswegs als einen Vorläufer oder Vorahner der modernen Heilkunde ansehen. Der Verf. kommt zu dem Schlusse, daß die dem Paracelsus darzubringenden Sympathien auf allgemein menschlichem Gebiete liegen, insofern als er „der letzte Romantiker im Streit um das Rätsel des Lebens" sei. Dies interessante und flüssig geschriebene Heftchen sei den Lesern hiermit warm empfohlen. L. Hirschberg.

Die progressive Paralyse. Von Dr. Max Neumann, Nervenarzt in Karlsruhe i. B. (Die wichtigsten Nervenkrankheiten in Einzeldarstellungen für den praktischen Arzt. Herausgegeben von Dr. med. Georg Flatau in Berlin. Heft 6.) Preis 1,20 M. Verlag von Benno Konegen, Leipzig. 1906.

Was der Verf. in seinem Vorwort sich vorgenommen hat, ist ihm durchaus gelungen: Er hat in einem knappen Rahmen die wichtige und häufige progressive Paralyse für den praktischen Arzt zweckentsprechend und ausreichend erschöpfend geschildert. Wer bei der Beurteilung eines psychisch veränderten Patienten sich an die vom Verf. gegebene Untersuchungsmethodik hält, wird kaum in die Lage kommen, eine progressive Paralyse zu verkennen. Die Monographie enthält im Schlußkapitel eine Reihe therapeutischer Winke und betont mit vollem Recht als oberstes Behandlungsprinzip: Möglichst frühzeitige Verbringung des Kranken in die geschlossene Anstalt.

Heft 6 der Einzeldarstellungen der Nervenkrankheiten reiht sich den vorhergehenden Heften würdig an und verdient wegen der Wichtigkeit des behandelten Themas weiteste Verbreitung.

Fleischer.

Vermischtes.

Berlin. Ernst von Leyden ist zum Wirklichen Geheimen Rat mit dem Prädikat Excellenz ernannt worden. Wir beglückwünschen den hochverehrten Kliniker zu dieser neuen Auszeichnung, in der wir eine Anerkennung nicht nur seiner eigenen Bestrebungen auf allen Gebieten der praktischen, wissenschaftlichen und sozialen Medicin, sondern auch der inneren Klinik selbst erblicken, für deren Bedeutung und Hebung er allezeit so erfolgreich seine ganze Kraft eingesetzt hat!

Berlin. Eine Bekämpfung des Kurpfuscherwesens wird demnächst auf reichsgesetzlichem Wege ermöglicht werden. Leider handelt es sich nicht um ein völliges Verbot der Kurpfuscherei, das bei der jetzigen Zusammensetzung des Reichstags — trotz der „konservativ-liberalen Paarung" — nicht zu erreichen wäre, sondern nur um eine für das Reich bewirkte Ausdehnung und gesetzliche Festlegung des in einzelnen Punkten erweiterten Erlasses des preußischen Kultusministers vom 28. Juni 1902 über die Beaufsichtigung der „nicht approbierten Krankenbehandler" i. e. Kurpfuscher. Es wird also nunmehr gesetzlich eingeführt: ihre Meldepflicht bei den Amtsärzten, die Anzeige ihres Wohnungswechsels und der Niederlegung ihrer „Praxis"; vorgeschrieben wird ferner die Führung von Geschäftsbüchern. Die Amtsärzte haben Personalakten über die einzelnen „Krankenbehandler" anzulegen. Verboten wird den letzteren die Fernbehandlung von Kranken, die Behandlung von ansteckenden Krankheiten, insbesondere von Geschlechtskrankheiten, die Behandlung unter Anwendung von Narcoticis, Hypnose und Suggestion etc. Ungeeigneten Personen — z. B. denen die bürgerlichen Ehrenrechte aberkannt sind oder die wegen Gewalttätigkeiten u. dergl. bestraft sind — kann die Zulassung zur Krankenbehandlung von vornherein versagt werden; aus den gleichen Gründen, ferner bei nachgewiesener Unzuverlässigkeit (i. e. fahrlässigen Schädigungen etc.) kann den Krankenbehandlern die Erlaubnis zu ihrem Gewerbebetrieb entzogen werden. An Strafen sind Geldbußen bis zu 1500 M. bezw. Gefängnis vorgesehen, abgesehen von den etwa noch straf- oder zivilrechtlich verwirkten.

Hochschulnachrichten.

Berlin. Geh. Rat Prof. Dr. E. Fischer, Direktor des I. Chemischen Instituts, beging am 1. April sein fünfundzwanzigjähriges Professorenjubiläum. — Dr. Rietschel, Oberarzt an der Universitätskinderklinik, ist zum Leiter des Säuglingsheims in Dresden gewählt. — Dr. Stahr ist zum Assistent an der I. Medicinischen Klinik (Abteilung für Krebsforschung) ernannt.

Bonn. a. o. Prof. Dr. Nußbaum, Kustos am anatomischen Institut, ist zum o. Professor ernannt.

Breslau. Dr. Hirt, a. o. Professor für Neurologie, hat den Titel Geh. Med.-Rat erhalten. — Dr. E. Richter, a. o. Professor für Chirurgie, begeht am 19. d. M. seinen siebzigsten Geburtstag.

Erlangen. Prof. Dr. de la Camp hat die Berufung als Direktor der Poliklinik angenommen.

Gießen. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Boström, Direktor des Pathologischen Instituts, hat krankheitshalber das Rektorat niedergelegt.

Göttingen. Prof. Dr. v. Esmarch hat den Titel Geh. Med.-Rat erhalten.

Halle a. S. Dr. Seeligmüller, a. o. Professor der Nervenheilkunde, beging am 1. d. M. seinen siebzigsten Geburtstag.

Jena. Priv.-Doz. Dr. Krause, Oberarzt an der medicinischen Klinik in Breslau, hat einen Ruf als a. o. Professor und Direktor der medicinischen Poliklinik erhalten. — Von jetzt ab werden Frauen an sämtlichen Fakultäten zur Immatrikulation zugelassen.

Würzburg. Prof. Dr. Hess hat eine Berufung nach Straßburg als Direktor der Augenklinik abgelehnt.

Prag. Priv.-Doz. a. o. Prof. Dr. Elschnig (Wien) ist zum o. Professor für Augenheilkunde an der deutschen Universität ernannt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Der Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Medicinische Woche

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen.

Herausgegeben von

R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.



Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P. Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 29. April 1907. **Nr. 17.**

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Biersche Stauung in der inneren Medicin.

Vortrag, gehalten vor dem Rostocker Aerzteverein, am 9. Februar 1907.

Von Dr. **E. Zabel,** Rostock, Spezialarzt für innere Krankheiten.

(Fortsetzung.)

Wenden wir uns nunmehr der Anwendung zu, welche die Stauungshyperaemie bisher in der inneren Medicin gefunden hat, so scheint es mir zweckmäßiger, in der Weise regionär vorzugehen, daß wir die Anwendung und Erfolge der Stau- und Saugbehandlung zunächst am Kopfe und dann an den Extremitäten und am Stamm betrachten, als der hierbei weniger übersichtlichen Einteilung der Krankheiten der einzelnen Organe und Organsysteme zu folgen. Immerhin lassen sich aber, auch wenn wir auf ein inneres einheitliches Einteilungsprinzip verzichten, im Rahmen dieser Aufzählungsform manche nach Ursachen und Organen verwandte Affektionen gelegentlich im Zusammenhange besprechen.

Die Kopfstauung hat Bier systematisch bei genuiner Epilepsie, Chorea und gewissen Formen der Cephalaea studiert.

Bei der genuinen Epilepsie sind trotz des von Bier in Hinblick auf Kochers Ansicht von der Hirndrucksteigerung und -schwankung als Ursache der Fallsucht erbrachten Nachweises (Pulsation am Augenhintergrund. Erhöhung der Hirn-Pulsationskurven bei Trepanierten mit Ventilöffnung, Zunahme des Liquor cerebrospinalis-Druckes, Steigerung des allgemeinen Blutdrucks infolge der Hirnreizung) der erhöhten Druckspannung im Schädelinnern die Anfälle durch die Stauung nie ausgelöst, sondern eher nach Zahl und Schwere gemildert, aber weder dauernd gebessert, noch gar ganz beseitigt worden.

Bier betont ferner die günstige Beeinflussung seelischer Begleitzustände des Epileptikers und gibt der Hoffnung auf eine — wenn auch nur symptomatische — günstige Einwirkung auf maniakalische und melancholische Zustände Raum.

Bei Chorea sankti Viti hat er bei einem von einem Internisten sogar quoad vitam aufgegebenen Fall einen eklatanten Erfolg gesehen. Auch Polyák berichtet über günstige Beeinflussung des Veitstanzes.

Ebenso reagierten anämische und nervöse, aber auch auf anderer Ursache — wie akuter und chronischer Meningitis — beruhende Kopfschmerzen im Allgemeinen gut auf die Stauungshyperaemie, auf welche möglicherweise nach Bier auch die Wirkung der barbarischen Mittel der Alten zurückzuführen ist.

Ein Fall von Hydrocephalus internus bei einem Säugling, den Lämmerhirt in der Annahme, es mit einem entzündlichen Prozess am Ependym zu tun zu haben, versuchsweise der Stauungsbehandlung unterwarf, verhielt sich refraktär.

Schmieden gibt der Erwartung Raum, durch Anwendung seines Apparates, durch den angesichts der Gefäßanastomosierung eine Wirkung sowohl auf die Weichteile außerhalb, wie die Blutverteilung innerhalb des Schädels ausgeübt würde, möglicherweise auch Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute beeinflussen zu können.

Von Affektionen des Rückenmarks kommt nach Bier der Versuch der Hyperaemisierungstherapie in Form der Saugbehandlung wie der Halsstauung (Erhöhung des Liquordruckes) bei der ganz frischen akuten Poliomyelitis in Frage. (?)

Die altbewährte Anwendung trockener Schröpfköpfe bei Neuralgien wurde u. a. auf dem heurigen Kongreß für innere Medicin in der Neuralgie-Diskussion von Hanau hervorgehoben, während Schilling die erfolgreich erprobte Verwertung der Stauungsbinde bei Trigeminusneuralgie anführte. Interessant war die Mitteilung Bäumlers, daß nach seinen Erfahrungen am eigenen Körper und exiuvantibus (Digitalis) die venöse Stauung zu Neuralgien prädisponiere.

Simon-Berlin empfiehlt die Kopfstauung auf Grund eigener Erfahrung als eklatantes Mittel gegen Seekrankheit, gegen welche Eugen Wolff heiße Kompressen anwendet. Die Wirkung wird verständlich, wenn man den Rat, bei Seekrankheit sich horizontal zu legen, sich vergegenwärtigt. Neuerdings hat auch Rösen-Bonn die Halsstauung bei Seekrankheit — und zwar mit gutem Erfolge — mehrfach erprobt: Auch bei starkem Seegang subjektives Wohlbefinden, allerdings ohne Beeinflussung der Brechneigung bei gefülltem Magen. Bei leerem Magen absolutes Freisein von Brechreiz.

Drüsen. Die schmerzhaften Halsdrüsenpakete büßen unter der Kopfstauung nach Keppler schon in kurzer Zeit ihre Empfindlichkeit ein.

Parotitis. Primäre Parotitis hat Polyák, sekundäre Bier mit zufriedenstellendem Erfolg der Stauungshyperaemie unterworfen.

Die Stauungshyperaemie beim Schnupfen loben Bier, Danielsen, Henle und Polyák. Nach Danielsen lassen die Kopfschmerzen und der Druck auf den Augen in wenigen Stunden nach, während nach Polyák sofortige Abnahme der Sekretion neben mäßiger Eingenommenheit des Kopfes und geringer Beschleunigung der Atmung eintritt.

Heuschnupfen hat Müller bei einer — vorher verschiedenen anderen Methoden ohne Erfolg unterzogenen — Patientin durch die Biersche Stauung mit dem glänzenden Resultate behandelt, daß unter der Binde Dauer und Schwere der Anfälle rasch zunehmend gemildert und sehr bald diese ganz beseitigt wurden.

Sodann sind Gegenstand der Behandlung geworden vor allem die entzündlichen

Erkrankungen der Tonsillen, für welche ebenso wie

weiter für Peritonsillitiden und Retropharyngealabscesse Muck, Prym, Polyák und Raudnitz eigene Sauggläser und zwar sowohl für die Gaumen- wie für die Rachenmandel angegeben haben. Eine sehr unliebsame Begleiterscheinung bei ihrer Anwendung freilich ist die Salivation.

Bei akuter lakunärer Angina lassen nach Polyák schon nach 10 Minuten die Schlingbeschwerden nach und bleiben nach Prym mehrere Stunden weg. An den Tonsillen ist dabei nach Prym keine Veränderung wahrzunehmen; Pfröpfe speziell werden nach ihm selten angesaugt. Ein Autor empfiehlt allerdings im Anschluß an die Ansaugung eines versteckten Kryptenpfropfes bei chronischer Angina die Saugbehandlung, um mit Beseitigung derartiger, die Rezidive veranlassenden Pfropfen die Tonsillitis ein- für allemal zu ersticken. Eine Abkürzung der Krankheitsdauer wird bei der akuten Angina nach Hochhaus nicht erzielt, wohl aber eine schnelle Besserung. Prym gibt den Rat, die Saugung nicht für sich allein, sondern nur im Verein mit anderen Methoden anzuwenden. Die Saugung wird nach Polyák nur kurzdauernd und während der übrigen Zeit die Kopfstauung angewendet.

Dr. Muck-Essen hat, wie er mir brieflich mitteilt, in einem Fall von rezidivierendem Gelenkrheumatismus nach regelmäßiger Aussaugung der nicht hypertrophischen Tonsillen keine Rezidive mehr auftreten sehen und rät zur Anwendung seines Saugglases in derartigen Fällen.

Vincentsche Angina war nach Polyák ein ebenso dankbares Objekt der Stauungsbehandlung.

Auch Diphtherie ist der Gegenstand der Hyperaemietherapie geworden. Hochhaus hat in 36 mittelschweren Fällen unverkennbare Erfolge unter der Halsbinde erzielt, indem schnelleres Nachlassen der subjektiven Beschwerden, raschere Abstoßung der Beläge eintrat, keine Tendenz zur Deszendenz erfolgte und im Gegensatz zu den nicht der Stauungshyperaemie unterworfenen Fällen Seltenheit von Komplikationen, insbesondere Albuminurie, Herzstörungen und Nervenlähmung zu verzeichnen war. Doch sind, wie Bier betont, die Versuche nicht rein, weil in der Mehrzahl der Fälle Serum injiziert wurde. Hierbei verdient betont zu werden, daß unter Hochhaus' Patienten mehrere Erwachsene über heftige Schmerzen im Kopf, die bald an der Stirn, bald am Scheitel lokalisiert wurden, klagten. Kindern bekam die Stauung in dieser Beziehung außerordentlich gut.

Tonsillenhypertrophie. Prym hat endlich auch die Tonsillenhypertrophie zum Zwecke der Rückbildung — aber mit negativem Erfolge — der Saugwirkung unterworfen. Er hält indes die Idee für theoretisch fundiert (?) und weitere konsequente Versuche für aussichtsvoll.

Von besonderer Wichtigkeit ist in Hinsicht auf die bedeutungsvolle Rückwirkung auf den Gesamtorganismus, vor allem den Ernährungszustand, die von Polyák erzielte günstige Beeinflussung der

Dysphagie der Kehlkopfphthisiker durch die Halsstauung. Nebenbei bemerkt ist hier nie durch die Stauung eine gefahrdrohende Steigerung der Oedembildung — wohl aber Ohrensausen unbekannter Aetiologie — aufgetreten. (Kontrolle mit dem Kehlkopfspiegel!) Auch

Tuberculosis linguae hat derselbe Autor einer rapiden Besserung zugeführt.

Pertussis. Die Milderung des Hustenreizes bei Lungentuberkulose durch die Kuhnsche Saugmaske veranlaßte diesen Autor, dieselbe auch bei einer Erwachsenen mit Pertussis zu erproben. Der Erfolg war ein sehr guter.

Lungentuberkulose. Wir wenden uns nunmehr der Lungentuberkulose zu. Sie ist für uns besonders interessant, einmal weil seit der Betonung der Häufigkeit der Lungentuberkulose bei Pulmonalstenose durch französische Autoren sowie der noch heute im großen und ganzen giltigen Rokitanskyschen Ausschließungstheorie von Lungenphthise und Herzfehlern etc. emsig an der künstlichen Lungenstauung zur therapeutischen Beeinflussung der Lungenschwindsucht gearbeitet worden ist, und dann, weil die ganze Lehre Biers von hier ihren Ausgangspunkt genommen hat. Indem Bier auf Grund des Travers-Rokitanskyschen Gesetzes den therapeutischen Effekt der Blutstauung an Gelenktuberkulose erprobte und dann weiter bei anderen Zuständen studierte, schuf er allmählich seine heutige Hyperaemie-Therapie.

Von den Autoren nun, welche eine künstliche Lungenstauung bei der Lungentuberkulose erstrebten, seien in drei Gruppen nach der Verschiedenheit ihrer Methoden u. a. genannt:

I. Weicker, Jacobi, Linck, Leo,
II. Bier, Eisenmenger, Leo,
III. Wassermann, Kuhn.

I. Die erste Gruppe benutzte die Lage des Kranken als stauenden Faktor.

Weicker suchte die passive Hyperaemie durch Flachlagerung zu erreichen,

Linck strebte eine Hypostase und gleichzeitige Ruhigstellung der erkrankten Partie durch Lagerung auf die kranke Seite,

Jacobi durch Autotransfusion unter Hochlagerung von Kopf und Becken-Beinen in Liegestuhl oder Hängematte und endlich

Leo in ähnlicher Weise durch Tieflagerung des Thorax im Korb-Liegesessel an, wobei auch ihm als absolute Kontraindikation Haemoptoe gilt!

Feuilleton.

Winterfrische im Riesengebirge.

Von Dr. **Erwin Franck**, Berlin.

„Ueberraschungen sind die größten Brutalitäten des Lebens", dieses von Hans Olden geprägte Wort erweist seiner ganzen Wahrheit Tiefen beim Herannahen der Weihnachtstage. Verursacht schon längere Wochen vorher der Gedanke, seine Mitmenschen absolut überraschen, durch Geschenke gleichsam vergewaltigen zu müssen, eine nicht unbeträchtliche Erhöhung des Hirndrucks, kenntlich durch Unlustgefühle jeder Art verbunden mit Anwandlungen von Geiz, so nimmt dieser mehr chronische Zustand kurz vor dem Fest akuten Charakter an, sich damit für den gewöhnlichen Berufs- und Arbeitsmenschen zu einer richtigen Kalamität entwickelnd. Mit brutaler Gewalt zwackt und bohrt es beständig in uns, tausend nutzlose Gänge werden mit einer an Verzweiflung grenzenden Geschäftigkeit unternommen, nicht weniger fruchtlose Erwägungen ohne Unterlaß angestellt, um entweder sofort verworfen, oder an der Hand eines durch Monats- und Jahresschluß gleich erschöpften Geldbeutels auf ihre größere oder geringere Zweckmäßigkeit hin näher geprüft zu werden.

Ist schließlich Alles glücklich überstanden, winkt scheinbar die langersehnte Ruhe und Erholung, dann droht von anderer Seite her ernste Gefahr, indem das festliche Ereignis in seinen Folgen aus der einleitenden mehr idealen Sphäre in ein rein vegetatives Stadium übertritt, gekennzeichnet durch andauernde Ueberernährung und endigend mit Versagen sämtlicher südlich des Zwerchfells gelegener lebenswichtiger Organe. Während es nur wenigen bevorzugten Geistern gegeben ist — die Statistik versagt hier, selbst Dissertationen vermochten bisher die Lücke nicht zu ergänzen — unter Anwendung eines letzten Bodensatzes von Energie diesem Circulus vitiosus erfolgreich aus dem Wege zu gehen, bietet sich der großen Mehrzahl von Zeitgenossen außer der unrühmlichen, wenig tröstlichen Resignation nur eine einzige Hülfe dar, sie heißt: Hinaus, fort von hier — dem echten, dem wahren Winter entgegen!

Da der Wunsch bekanntlich des Gedankens Vater ist, welch' letzterem sich dann die Erfüllung zur Gattin gesellte, um nach der üblichen Frist als Erstgebornes die Tat, die erlösende Tat zu gebären, so wurde es alsbald zu dem im Familienkreise vielfach angestaunten, wenn auch nicht einstimmig genehmigten Ereignis des ersten Feiertages, daß der Hausherr kurz entschlossen den Rohrplattenen vom Boden holen



Leo hält zudem nach den Wassermann-Bruck'schen Untersuchungen über die Wirkung von T.-B-Präparaten auf den tuberkulösen Organismus die Kombination der Stauungshyperaemie mit der Tuberkulinwirkung für aussichtsvoll. Auf Hellers Ansicht von der Wirkung der Stauungshyperaemie wurde schon hingewiesen. Bei der Tuberkulose würde es, wie Bier betont, also auch nach ihm auf eine Art Tuberkulinwirkung hinauskommen. Auch Wessely's Rat, die Hyperaemiebehandlung mit der Seruminjektion zu verbinden, um so die Immunkörper der erkrankten Stelle in vermehrter Menge zuzuführen, sei bei dieser Gelegenheit Erwähnung getan. Baumgarten verspricht sich dagegen auf Grund experimenteller Untersuchungen über die Wirkung der Bierschen Stauung bei infektiösen Prozessen nicht sehr viel von der Methode bei Tuberkulose, denn er kommt zu folgender wenig ermutigenden Schlußfolgerung:

„Sehen wir die Verstärkung der Einwirkung des baktericiden Serums und die Herabsetzung der für die betreffenden Bakterien geeigneten Nährbodenqualität als die Hauptfaktoren der günstigen Wirkung der Bierschen Stauungsbehandlung bei infektiösen Prozessen an, so ist es begreiflich, daß diese Behandlung bei dem tuberkulösen Prozeß versagt, da die Tuberkelbazillen gegen die baktericiden Substanzen des normalen Serums und auch gegen Hunger äußerst widerstandsfähig sind.

II. Auf eine zweite Versuchsart streben dann Bier, Eisenmenger und Leo die Erzielung einer passiven Hyperaemie durch Applikation entsprechend geformter Saugglocken an der äußeren Thoraxoberhälfte an, wobei Eisenmenger sich der rhythmischen Luftverdünnung bedient. Bier verweist angesichts dieser Methode auf die pleuritischen Verwachsungen an den Lungenspitzen als die Hyperaemisierung gewährleistendes Moment.

III. Auf eine dritte Art haben endlich Wassermann und ganz neuerdings Kuhn die künstliche Erhöhung des negativen Inspirationsdruckes und dadurch bedingte Aspiration reichlicheren Blutes zur Ausbildung einer Stauungshyperaemie in den Lungen benutzt.

Wassermanns Methode besteht in dem „Atmen mit gedrosseltem Inspirium", wie er es nennt, d. h. in dem gewaltsamen Einatmen durch eine enge Oeffnung. Bei Kindern benutzt er eine Nasenklemme und Respirator mit Klappenverschluß, bei Erwachsenen Bornkesselsche Inhalationsröhren.

Dasselbe wie Wassermann erreicht Kuhn durch eine von ihm konstruierte Saugmaske mit regulierbarer Inspirationsöffnung und automatischem Exspirationsventil für Nase und Mund. Durch die Luftverdünnung bei der Inspiration kommt auch hier eine Ansaugung von Blut zustande. Gleichzeitig soll durch die Beschränkung der Atmung Thorax und Lungen möglichst ruhig gestellt werden.

Ueberblicken wir diese Versuche, eine Stauungshyperaemie der Lunge zu erzeugen, so drängen sich uns drei Fragen auf: Erstens sind diese Methoden rationell begründet?; gibt es zweitens schädliche Nebenwirkungen oder Kontraindikationen? und endlich drittens, welches sind die bisherigen Resultate?

ad 1. Daß die Stauungstherapie der Lungentuberkulose rationell begründet ist und auch durch die angeführten Methoden wohl erzielt wird, dürfte kaum Zweifel begegnen. Bezüglich speziell der Kuhnschen Methode stütze ich mich auf die neuliche Diskussion über des Autors Vortrag im Verein für innere Medizin in Berlin, in der u. a. eine Autorität wie Kraus die wissenschaftliche Berechtigung der Versuchsmethode anerkannte.

ad 2. Von Nebenwirkungen bei der Anwendung der Saugmaske sind solche schädlicher Art, trotzdem dieselbe nach des Erfinders brieflicher Mitteilung schon ziemlich zahlreich im Gebrauch ist, und wie namentlich Kraus bestätigte, nicht bekannt geworden. Leichte Muskelschmerzen, etwas Kopfweh oder Ohrensausen treten nach Stolzenburg gelegentlich auf, verlieren sich aber bald wieder. In einem Falle allerdings rief nach ihm das Anlegen der Maske regelmäßig Fieber hervor. Auf eine höchst auffällige Veränderung im Blutbilde unter der Maskensaugung komme ich gleich zu sprechen.

Als Kontraindikation gegen Leos Liegesessel-Therapie gilt Haemoptoe, gegen Kuhns Saugmaske dauernde Herzschwäche (cf. Moritz Schmidts und Brunslows Ausführungen über die schädigende Wirkung der Nasenstenose auf das Herz!), nicht aber — nach Kuhn und Stolzenburg — voraufgegangene Blutungen, wie man meinen sollte.

ad 3. Was nun den dritten Punkt, die Resultate anbetrifft, so läßt sich darüber — angesichts des bei der Jugend, namentlich der letzterwähnten Methoden, noch geringen Beobachtungsmaterials — kein abschließendes Urteil fällen. Leos Erfolge der Lagerungstherapie scheinen mir nicht sehr ermutigend; wohl aber verspreche ich mir etwas von seiner Absicht der Kombination der Stauungshyperaemie mit der Tuberkulininjektion. Kuhn berichtet Günstiges von seiner Methode und ihm schließt sich Stolzenburg an, insofern beide subjektive Besserung, Nachlaß des Hustenreizes, Sinken der Atemfrequenz und Gewichtszunahme einerseits, sowie Abnahme der Sputummenge und Verminderung der katarrhalischen Geräusche in der größeren Zahl der Fälle, Kräftigung der Atemmuskulatur, Erweiterung der oberen Thoraxapertur und Besserung der Herztätigkeit andererseits zu verzeichnen hatten. Günstiger sind wenig weit vorgeschrittene Fälle und notwendig lange Fortsetzung des Maskengebrauchs.

(Fortsetzung folgt.)

---

ließ, wo derselbe „seit Sylt" ein gar trockenes, beschauliches Dasein feierte, und die Absicht kundgab, noch heute zur Winterfrische in das Riesengebirge „fortzumachen".

So ganz leichten Kaufes ging dies nun allerdings nicht. Das „Heute" wurde im Hinblick auf zwar wenige, aber natürlich um so liebere Gäste, arg beschnitten, doch es gab ja Gottlob noch ein „Morgen", und das mußte auch einmal kommen, wenngleich in diesem Falle, wie der Wahrheit entsprechend berichtet sei, viel zu früh für den Reisenden, dessen erster Feiertag erst recht spät und mit Vernichtung zahlreicher Staniol gezierter Häupter sein Ende erreicht hatte.

Ins Riesengebirge! Wessen Herz schlägt nicht in rascherer Folge, wenn es diesem gottbegnadeten Erdenwinkel entgegengeht. Kennen wir armen Doktors solche Extratouren doch nur als Krönung eines langen, arbeitsreichen Jahres und verbinden damit ohne weiteres den Gedanken durch Wochen währender, Körper und Geist stählender Anspannung und Erholung. Und nun diese anscheinende Perversität, mitten im rauhen Winter ein solches Wagnis zu unternehmen, auf Tage nur zugeschnitten und vorher bezüglich seiner Rentabilität praktisch noch wenig geprüft und erhärtet!

Ein „Zurück" gibt es in solchem Fall besser nicht, und so entdeckte man sich denn am Vormittag des zweiten Feiertages glücklich im wohldurchwärmten Speisewagen des Berlin-Hirschberger Schnellzuges, Köpfchen wie Sinnesorgane zwar noch leicht umflort, aber durch das Fremde und Ungewohnte der Unternehmung bereits in einem Stadium, welches für Genuß- und Aufnahmefähigkeit die fruchtbarsten Perspektiven eröffnete.

Die „schlechten Winter" der letzten Jahre hatten es wohl mit sich gebracht, daß man des Anblicks einer überallhin gleichmäßig von tiefem Schnee bedeckten Landschaft einigermaßen entwöhnt war. So trat dieselbe wie etwas Neues, gänzlich Unerwartetes vor das Auge, um Alles, was wir je von den Meistern winterlicher Stimmungsmalerei unserer Zeit im Bilde gesehen hatten, an Farbenpracht weit zu übertreffen. Dazu strahlte aus wolkenlosem Aether während des leider nur kurzen Tages die Sonne herab, spielte mit tausend leuchtenden Reflexen auf Schnee und Eiskrystallen und verhalf damit dem an sich einförmigen Weiß zu wunderbaren Varianten vom tiefsten Blau und Violett bis hinab ins dunkle Braun, immer wieder wechselnde, ungeahnte Kontrastwirkungen hervorzaubernd. Diese Ausblicke wurden in ihren Farben- und Linienwerten noch ergiebiger, als der Spreewald bereits zurücklag, die ersten Höhenzüge auftauchten, und der Gebirgscharakter der Landschaft mehr in die Erscheinung trat.

Dafür, daß auch die Komik bei der „Fülle der Geschichte" des stark besetzten Zuges zu ihrem Rechte kam, sorgten einige „Hochalpine", bewaffnet mit Steigeisen, Eispickeln, sowie dem bekannten, in zahllosen Windungen ihr sterbliches

Kongressbericht.

XXXVI. Kongreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

Referent: Dr. Max Litthauer.

2. Sitzungstag, 4. April 1907.

Hr. Friedrich-Greifswald: Die operative Behandlung der Lungenkrankheiten.

Die Chirurgie der Lungen befaßt sich ausschließlich mit schweren Erkrankungen. Nachteilig war für die Lungenchirurgie, daß sie bei der Tuberkulose einsetzte. Immerhin sind auch hier einige gute Vorschläge zu verzeichnen. Friedrich erinnert an Freunds Vorschlag, an Quinkes Mobilisierung der Brustwand, an Murphy, der durch einen künstlich herbeigeführten Stickstoffpneumothorax eine Ruhigstellung der Lunge erzielen wollte u. a. m. Trotzdem dürfte ein genügender Boden für bestimmte Schlußfolgerungen noch nicht gewonnen sein. Ebenso liegen die Verhältnisse bei der Aktinomykose der Lunge, während der Lungenechinococcus chirurgisch stets angreifbar erscheint und, wie Tuffier bewiesen hat, einen Heilerfolg von 91% der operierten Fälle aufweist. Die eigentliche Domäne der Lungenchirurgie sind jedoch die Fälle von Lungenabsceß und -gangrän. Besonders wertvoll erscheint F. die Mitarbeit der inneren Kollegen. Die Absceß- und Gangränfälle können bei der Beurteilung identisch erscheinen, da Prognose und Therapie gleich sind. So günstig die Prognose bei akuten Fällen erscheint, so dubiös ist sie bei chronischen. Hier helfen nur große Eingriffe, besonders ausgedehnte Rippenresektionen. Die Diagnose ist schwierig zu stellen, wenn auch in letzter Zeit die Röntgenphotographie dieselbe ab und zu erleichtert. Früher wurde die Vornahme der Operation häufig abhängig gemacht von dem Vorhandensein von Adhaesionen, auf die man jetzt geringen oder gar keinen Wert legt, weshalb man auch z. Z. fast immer einseitig operiert. Wird der Eiterherd bei der Operation nicht gefunden, so soll man tamponieren, damit der Absceß eventuell nach der Stelle der Tamponade hin durchbricht oder man soll eine Metallsonde in die Wunde einlegen und röntgographieren, um sich über die Beziehungen der gesetzten Wunde zu dem Absceß klar zu werden. Die Gesamtstatistik ergibt die Heilziffer von etwa 70%. Besonders ungünstig sind die bronchiectatischen Abscesse, weil die Patienten meist sehr decrepide sind. Aber auch die Erkrankung als solche ist natürlich sehr schwer, wenn man bedenkt, daß die Abscesse bronchiectatischer Natur multipel sind und nicht alle diagnostiziert werden können. Gerade deshalb wird man nach F. in Zukunft bessere Resultate operativ erzielen, wenn man Lungenresektionen vornimmt. Wo Bronchiectasen in einem Lappen vorhanden sind, soll man denselben resezieren. Sind in mehreren Lappen jedoch Herde, so dürfte es sich um eine chirurgisch unangreifbare Aufgabe handeln. Die malignen Tumoren sind so schwer zu diagnostizieren, daß die Erfolge gering sind. Brustwandtumoren haben oft Gelegenheit gegeben, an der Lunge zu operieren, doch ist die Zahl der Heilerfolge noch immer sehr gering. Verletzungen der Lunge werden selten Gelegenheit zur Operation geben, wie bereits Garré in seiner Arbeit bewiesen hat; nur auffallende Blutungen und sich stets weiterentwickelnder Pneumothorax geben die Indikation ab. Trotzdem soll man nicht zurückhaltend sein, denn F. hat einen Fall verloren, bei dem die Verblutung durch die verletzte A. costal. geschah, ein Fall, der durch Operation und Unterbindung der Arterie wohl zu retten gewesen sein dürfte. Auch beim Spannungspneumothorax wird man ebenso vorsichtig sein müssen, wie bei Hautemphysem. Mit Hilfe der pneumatischen Kammer nun ist man imstande, an den Lungen in den verschiedensten Zuständen der Entfaltung zu arbeiten. F. grenzt mehrere Zonen ab. Bei einem Druck von 0 bis — 3 ist es nicht möglich zu operieren, bei einem Druck von — 3 bis — 5 ist der Zustand des relativen Pneumothorax eingetreten, ein Zustand, bei dem bereits zu operieren ist. Der Druck von — 5 bis etwa — 9, den er das inspiratorische Maximum nennt, läßt gut operieren und gestattet die Kontrolle der Lunge unter dem Auge. Der Druck über — 9 ist gefährlich, einmal wegen des Herausdrängens der Lunge, sodann wegen des Einflusses auf die A. pulmon. Es ließ sich nun feststellen, daß die Pleura costalis am empfindlichsten ist, die Pleura pulmonalis am wenigsten empfindilch. Das Parenchym ist ganz unempfindlich, desgleichen die Gefäße und die distalen Bronchien, während die proximalen Bronchien mit sehr schweren Reflexen reagieren, wie mit Shok des Herzens und der Atmung, auch bei Narkose mit Brauer-Junkerschem Apparat. Die Narkose ist langsam zu machen mit möglichst sparsamen Verbrauch des Narcoticums, das wie geartet immer sein kann. Einmal sah F. bei einer endothorakalen Oesophagusoperation bei Lösung der beiden Vagi eine schwere Störung, zwei Atmungen in der Minute, 48 Pulse. Bei plötzlich einsetzendem Pneumothorax entstehen große Blutdruckschwankungen. Bei Tupferdruck gegen das hintere Mediastinum entsteht ein rapides Absinken des Blutdruckes. Zieht man die Lunge zu weit vor, so sinkt der Blutdruck auf fast 0. F. hat eine Kanüle in die A. pulm. eingeführt und hat gefunden, daß bei einem äußeren Druck von — 7 die Normalhöhe des Pulmonaldruckes von 30 cm Quecksilber erhalten bleibt. Die Schwankungen des Pulmonaldruckes rufen schwere Störungen hervor. Alle Versuche zeigen, daß der rechtsseitige Pneumothorax größere Bedeutung hat als der linksseitige. Die Unterbindung der Arteria pulmonalis macht keine Druckänderung im übrigen Stromgebiet. Um Platz zu gewinnen, kann man die Lunge etwas zusammenfallen

---

Teil umschlingenden Seil, auf allen Bahnhöfen von den Eingeborenen mit scheuer Bewunderung angestaunt, da das Riesengebirge, so alpin es ist, leider immer noch nicht zu Gletscherbildungen neigt. Man müßte denn die gewaltigen Abstürze in unmittelbarer Nähe der Bauden dazu zählen, auf welche Tag für Tag die Küchenabfälle ausgeschüttet werden, und woselbst sich daher mit der Zeit wunderbare Eisformationen zu entwickeln pflegen. Die Illusion würde bei diesen Graten und Moränen eine vollkommene sein, wenn nicht Reste von Kartoffelschalen und Gemüsen an dem rein geologischen Aufbau solcher Formationen berechtigte Zweifel aufkommen ließen.

Immerhin verrät der Kultus extrem alpiner Bekleidung den „Kavalier“ und läßt auf hochsommerliche Seitensprünge in die Pala-Gruppe oder nach den Grands-Mulets schließen, weshalb wir es den Vertretern bergsportlicher Gelüste weiter nicht verdenken wollen, wenn sie auch in unserem heimischen Gebirge der alten Tradition treu bleiben und nach dem Wahlspruch „Nichts Halbes“ dem Riesenkamme, bis an die Zähne bewaffnet, zu Leibe gehen.

Noch ein letzter Blick auf die im rötlichen Abendschein erstrahlende Bergkette, und die ersten Schatten des langen Winterabends senken sich herab. In den Gehöften und Bauernhütten, auf den kleinen Bahnhöfen und Haltepunkten, überall glänzen Lichter auf, und der stille Frieden eines Feiertagabends weit, weit draußen im Lande löst die verschiedenartigen, stets aufs neue packenden und stimulierenden Eindrücke der Tagesfahrt zu wohltätiger Ruhe ab.

Krummhübel ist erreicht! Das erste Schellengeläute dringt an unser Ohr, und lang aufgereiht sehen wir die kleinen Gebirgsschlitten, meist wenigen Personen nur Platz gewährend, und so niedrig, daß ihr Einstieg kaum über die Schneelinie hervorragt. Davor sind ein bis zwei Pferde gespannt, welche neben den winzigen Gefährten einen gigantischen Eindruck erwecken. Unruhig treten sie in der Kälte hin und her, schnauben und prusten mit den Nüstern und suchen sich auf solche anscheinend ebenso Menschen- wie Pferdenaturen eignende Manier mit dem starken Frost abzufinden. Ihre dauernde Unruhe, das stete Anschlagen der kleinen, hellen Glocken, geschäftiges Hin und Her der Bediensteten und Kofferträger — dies alles getaucht in das durch Nebelgewölk verschleierte Licht des Vollmondes, gewährt uns zum ersten Mal wieder nach langer Zeit den Eindruck eines Winterabends, wie wir ihn als Kinder und Schüler droben weit in Ostpreußen auf dem Lande genossen und seither — wohl an drei Dezennien und mehr — kaum jemals in dieser Natürlichkeit und Intensität erlebt haben.

Auch die ersten Hörnerschlitten machen sich bereits bemerkbar. Vorerst sehen wir sie zwar nur ihrem großen Ahn, dem Pferdeschlitten, angehängt, der kühne Schwung, die Sicherheit jedoch, mit der die „Hörner“ allen Bewegungen



lassen. Bei Verletzungen dürfte eine Normalblähung von — 7 eine gute Uebersicht geben. Bei Lungenresektionen sollen keine Massenligaturen angewendet werden, namentlich nicht beim Operieren gegen den Hilus. Sehr gefährlich erscheint F. die Lungenamputation, weil die Bronchienversorgung sehr schwierig ist. Die große Gefahr ist, daß sich der Bronchialstumpf in das Mediastinum zurückzieht, ein Umstand, der das unbedingt tödliche Mediastinalödem nach sich zieht. Was die Ausführung des Brustwandschnittes betrifft, so soll derselbe möglichst ergiebig sein, jedenfalls die Resektion mehrerer Rippen gestatten. Dann soll der Miculiczsche Sperrhaken eingesetzt werden. In vereinzelten Fällen läßt sich sogar durch dieses Instrument die Resektion vermeiden. Der Vorzug der Kammer ist, daß man ohne Resektion, ohne Pneumothorax einen Ueberblick gewinnen kann, wenn man einen Interkostalschnitt anwendet. Bei Lungenresektionen empfiehlt F. die Bronchien von ihrer Schleimhaut durch Kurettement zu befreien und dann zu ligieren. Die Kammer selbst hat für den Operateur und Patienten fraglos große Unbequemlichkeiten, namentlich ist das Heben und Drehen des Thorax sehr beschwerlich. F. demonstriert zum Schluß den von ihm benutzten Tisch, der ein Heben und Drehen des Patienten recht gut gestattet. Er wendet als Abschluß der Kammer einen Verschluß an, der nach dem Prinzip der Irisblende konstruiert ist.

Hr. Seidel-Dresden: Ueber die Physiologie des Ueberdruckverfahrens zur Ausschaltung der Pneumothoraxfolgen und die Berechtigung seiner Anwendung beim Menschen.

Dem Ueberdruckverfahren wird der Vorwurf gemacht, daß es das Herz zu sehr gefährde. S. hat deshalb Untersuchungen vorgenommen, die sich auf die Ueberdruckatmung bei intaktem Thorax und beim Pneumothorax beziehen. Die Atmungsfrequenz wird anfangs etwas verlangsamt, dann etwas schneller. Regelmäßigkeit bleibt keinesfalls bestehen. Das Atmungsvolumen nimmt deutlich ab. Die Pulsfrequenz nimmt wenig ab oder zu. Der Blutdruck schwankt anfangs, um später zur Norm zurückzukehren. S. demonstriert diese Ausführungen an Kurven, die im Tierexperiment gewonnen sind und zeigt zugleich Kurven Sauerbruchs vom Unterdruckverfahren. Bei der Vergleichung kommt er zu dem Schluß, daß beide Verfahren Veränderungen in Atmung, Blutdruck und Puls hervorrufen und hervorrufen müssen, daß der Wert beider Verfahren jedoch ziemlich gleich ist. Keinesfalls kann er eine größere Gefährlichkeit des Ueberdruckverfahrens gegen das Unterdruckverfahren zugeben.

Karewski-Berlin: Die chirurgische Behandlung der Lungenaktinomykose.

Die Heilerfolge bei Lungenaktinomykose sind keinesfalls ermutigend. In der Literatur sind überhaupt nur fünf Genesungen verzeichnet. K. hat viermal Gelegenheit zur Operation der Lungenaktinomykose gehabt, davon sind drei Fälle gestorben, einer ist wesentlich gebessert. Jedenfalls haben die Autoren Unrecht, die behaupten, daß eine Heilung einfach anatomisch unmöglich ist. Falsch ist es, die Aktinomykose einfach in die Klasse der Abscesse zu setzen, vielmehr bestehen große klinische und anatomische Unterschiede. Die Heilung durch die Operation ist durchaus möglich. K. unterscheidet eine primäre, eine fortgeleitete Aktinomykose und eine solche mit Metastasenbildung. Zur Operation geeignet erscheinen ihm nur die Fälle florider Erkrankung, die möglichst im Stadium der ersten Erscheinungen operiert werden sollen. Meist kommen die Patienten zu spät in die Hände des Chirurgen. Jeder Fall, bei dem die Lungenbasis erkrankt erscheint, bei dem ferner Bazillen und elastische Fasern fehlen, muß den Verdacht der Aktinomykose hervorrufen. Das Sputum zeigt spät oder gar keine Aktinomyces, dagegen ist der Nachweis von Drusen leicht möglich. Die Röntgenphotographie ergibt häufig besonders dunkle Schatten. Bei Verdacht auf Lungenaktinomykose soll keine kostbare Zeit verloren werden, es soll vielmehr sofort operiert werden. Die Herde müssen radikal entfernt werden. Der Exitus tritt meist nicht durch den Lungenherd, sondern durch Metastasen ein. Was seine Fälle anlangt, so zeigt K. einen Fall, der völlig genesen und demonstriert einen zweiten Fall, der an einem Hirnabsceß sechs Wochen post operationem gestorben ist. Was die Technik anlangt, so rät K. für sehr große ausgiebige Schnitte. Nie soll man die Wunde verschließen, vielmehr immer die Tamponade, selbst über viele Monate hin, erhalten.

Hr. Gluck-Berlin: Ueber ausgedehnte Lungenoperationen.

G. demonstriert einen Fall, bei dem er die Resektion des gesamten linken Unterlappens vorgenommen hat, wohl der erste Fall der gewaltigsten Lungenresektion, die je vorgenommen wurde. Sehr interessant sind die Aeußerungen G.s über die retrograde Atmung. Er will event. die Atmung bei inoperablen Mediastinaltumoren, die die Atmung sehr einschränken, durch eine Lungenfistel erleichtern.

Hr. Mertens-Breslau: Stichverletzung der Lunge. Naht. Heilung.

Patient erlitt eine Stichverletzung in die linke Lunge. Er wurde unter den Erscheinungen schwerer Cyanose und des Kollapses eingeliefert. Beim Aufrichten entstand eine schwere Blutung aus der Stichwunde. Die Wunde wurde vergrößert, ein Hautperiostknochenlappen gebildet, die Lunge hervorgezogen. Hierdurch stand die Blutung. Die verletzte Lunge konnte mit ihrem Stichrand an die Pleura angenäht werden. Zurückklappen des Lappens. Am dritten Tage trat Hautemphysem auf. Später völlige Genesung.

Hr. Nordmann-Schöneberg demonstriert einen Patienten, bei dem erfolglos der Perthessche und der Seidelsche Apparat angelegt wurden. Sein Apparat ist nach dem Prinzip der Bierschen Stauung konstruiert, saugt tadellos und schließt absolut. N. empfiehlt seinen Apparat für schwer heilende Fälle.

(Fortsetzung folgt.)

---

desselben folgen, verraten schon jetzt, welch automobile Kraft ihnen innewohnt, und wessen wir uns von diesen so zierlichen Gefährten späterhin gewärtigen dürfen.

Inzwischen hat der Mond den Kampf mit dem Schneegewölk siegreich überstanden, und es präsentiert sich auf der kurzen Fahrt zu dem weiter oben im Lomnitztal gelegenen „Goldenen Frieden“ die Landschaft nunmehr in ihrer ganzen winterlichen Herrlichkeit. So geht es denn langsam den Berg hinauf. Tief schneiden die scharfen Kufen des zierlichen Schlittens in den weichen Schnee, welcher darunter hoch aufsprüht und seine Insassen mit einem Puder feuchten weißen Eisstaubes überschüttet. Ohne Erschütterung, ohne ein merkliches Geräusch gleiten wir voran mit dem Gefühl unendlichen Wohlbehagens den Augenblick auskostend, bis endlich die Höhe überwunden ist und das warme schützende Heim seine Pforte dem fremden Wintergast erschließt.

(Fortsetzung folgt.)

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 20. März 1907.

Vor der Tagesordnung:

Blumenthal demonstriert ein Kind mit Mongolenfleck.

Tagesordnung:

Friedländer: Ueber Gegenmittel gegen Lysolvergiftung bei Kaninchen. (Kurze Mitteilung.)

Die Mortalität der in Berliner Krankenhäusern beobachteten Lysolvergiftungen beträgt 20%. Die Giftigkeit des Lysols beruht auf dem Gehalt an Cresolen. Eine frühzeitig vorgenommene Magenausspülung wirkt lebensrettend bei der Lysolvergiftung; aber die rechtzeitige Vornahme ist meist nicht möglich. Es ist deshalb

zur Erzielung besserer Resultate wünschenswert, Mittel zu finden, die entweder die Kresole in ungiftige Verbindungen überführen oder die ihre Resorption hinausschieben. F. hat im pharmakologischen Institut Versuche an Kaninchen angestellt. Dabei erwies sich eine Wassergabe nach Einnahme des Lysols als direkt schädlich, was nicht verwunderlich, da die wässrige Lösung des Lysols natürlich leichter resorbierbar ist. Milch, Glycerin, Alkohol, Magnesia usta blieben völlig ohne Wirkung. Bei der Affinität der Cresole für Fett gab F. dann Olivenöl, und hiermit erzielte er einen vollen Erfolg; ebenso mit Butter, Schweineschmalz und Hühnereiweiß. Tiere, die die tödliche Dosis Lysol erhalten haben, fallen in kurzer Zeit um, bekommen Krämpfe und gehen in zwanzig Minuten bis wenigen Stunden ein. Erhalten sie dagegen rechtzeitig Oel, so bleiben sie sitzen, bekommen keine Krämpfe, höchstens leichte Muskelzuckungen und sind nach einer Stunde wieder völlig munter. Die Oelgabe erwies sich wirksam, wenn sie innerhalb von zehn Minuten nach der Vergiftung beigebracht wurde, nach fünfzehn Minuten nicht mehr. Um sicher zu wirken, mußte die vier- bis fünffache Menge des Lysols vom Gegenmittel gegeben werden. Eine Erklärung für diese Wirkung der Fette vermag F. noch nicht zu geben; die Ausscheidung des Lysols durch den Urin bei den mit Gegenmitteln geretteten Tieren dauerte sehr lange. Die praktische Bedeutung der Versuche ist eine erhebliche. Das souveräne Mittel gegen die Lysolvergiftung bleibt die baldige und ausgiebige Magenausspülung; da das schon in die Zirkulation aufgenommene Lysol wieder in den Magen ausgeschieden wird, so empfiehlt es sich, nach der Spülung ein Quantum Oel oder Eiweiß in den Magen zu gießen, um die Resorption des wieder ausgeschiedenen Lysols zu verhüten. Wo wegen Herzschwäche eine ausgiebige Magenspülung bedenklich scheint, soll man nicht lange spülen, sondern reichlich Oel eingießen, die Herzschwäche bekämpfen, und erst nach deren Besserung die Spülung fortsetzen. Wo ärztliche Hilfe nicht sofort zur Stelle sein kann, da sollen dem Vergifteten Fette oder Eiweiß beigebracht werden, aber nicht die direkt schädlichen Substanzen, Wasser, Milch etc. Eine Aufklärung des Publikums in dieser Hinsicht erscheint besonders wichtig.

Diskussion:

Ewald erkennt die hohe praktische Bedeutung der Versuche an; er fragt, wie sich die Schleimhaut des Oesophagus und Magens unter der rechtzeitigen Verabfolgung der Gegenmittel verhält.

Blumenthal hat die Versuche einer Nachprüfung unterziehen können und bestätigt sie voll und ganz nach jeder Richtung. Therapeutisch wird das Verfahren wesentlich da in Frage kommen, wo nicht rechtzeitig eine Magenspülung gemacht werden kann. Diese bleibt das souveräne Mittel, mit dem man oft noch sehr spät gute Erfolge erzielen kann; so wurde einer seiner Patienten noch gerettet, bei dem erst zehn Stunden nach der Vergiftung in schon pulslosem Zustand die Magenspülung vorgenommen werden konnte.

Weise hat zu äußerlicher Anwendung Lysol mit Oel gemischt und selbst bei 80% Lysolgehalt keine Aetzwirkungen auf die Haut gesehen, wenn sie nicht abnorm feucht war. Bei Hautjucken erwies sich die Oel-Lysollösung dem Karbolöl weit überlegen; auch bei Scabies konnte er sie mit Erfolg verwenden.

Friedländer: Schlußwort. Die Erscheinungen von Aetzwirkung an Magen- und Oesophagusschleimhaut waren bei den mit Gegenmitteln behandelten Tieren wesentlich geringer als bei den vergifteten. Die Verätzungen sind aber bei der Lysolvergiftung von geringerer Bedeutung als die Einwirkungen auf das Zentralnervensystem.

Kausch: Das Magen-Carcinom und die Chirurgie.

Der Pessimismus, der ziemlich allgemein gegenüber den Resultaten der Magenkrebsoperationen herrscht, und der besonders durch eine Statistik von Boas gestützt wird, ist vom chirurgischen Standpunkt nicht berechtigt. Zur Beurteilung sind nur größere Statistiken einzelner Operateure heranzuziehen, wie solche von Czerny, Kocher, Miculicz vorliegen. Letztere umfaßt 165 Fälle aus den Jahren 1890—1904, mit einer Mortalität von 33% (dabei sind aber auch z. B. Todesfälle an Pneumonie einige Wochen nach der Operation mit eingerechnet). Kocher hat nur 15% Mortalität; die erhebliche Differenz dürfte größtenteils an dem viel radikaleren Vorgehen der Breslauer Klinik liegen. Die Aussichten, die Mortalitätsverhältnisse zu bessern, sind von seiten der Technik, der Asepsis wohl geringe; dagegen würde die Mortalität sicher herabgesetzt werden, wenn die Carcinome früher zur Operation kämen. Was die Dauererfolge der Operationen betrifft, so sind dafür nur die älteren Jahrgänge heranzuziehen. Ein Zeitraum von drei Jahren Rezidivfreiheit als Dauerheilung genommen, hat Miculicz bei 30% der bei der Operation Durchgekommenen Dauerheilungen, Czerny sogar 33⅓%; es finden sich aber auch unter der Zahl eine Reihe von Fällen, die fünf, sechs, ja über zehn Jahre rezidivfrei sind. Danach sind die Resultate bezüglich der Dauerheilung als keineswegs ungünstig zu bezeichnen. Von der Technik ist eine wesentliche Besserung derselben wohl nicht zu erwarten. Leicht herbeiführen könnte man sie durch eine entsprechende Auswahl der zu operierenden Fälle; aber eine solche Auswahl erscheint nicht angebracht, da gerade unter den längsten Dauerheilungen sich einige Fälle befinden, die als fast inoperabel angesehen worden waren. Sicher werden die Resultate bezüglich der Dauerheilung besser werden, wenn die Fälle früher zur Operation kommen. Boas glaubt, daß das nicht möglich sein wird; bei einem Teil der Magencarcinome wächst der Tumor völlig latent bis zur Inoperabilität, da ist eine Frühdiagnose unmöglich; von den Fällen seiner Statistik, die wenige Monate nach Erscheinen von Symptomen zur Beobachtung kamen, waren nur wenige noch zur Resektion geeignet, etwas mehr bei denen, die bis zu einem Jahr nach Einsetzen von Erscheinungen in Behandlung kamen. K. hat nach den Beobachtungen an der Miculiczschen Klinik einen viel höheren Prozentsatz von den dort zur Beobachtung gekommenen Fällen zur Operation geeignet gefunden, aber auch hier die größere Zahl unter den in späteren Monaten nach Einsetzen der ersten Erscheinungen gesehen; eine Erklärung dafür ist nicht zu geben. Nach seinen Erfahrungen glaubt er, daß es möglich sein wird, ein früheres zur Operation Kommen zu erreichen. Die Totalexstirpation des Magens ist nur sehr selten nötig; die Gastroenterostomie empfiehlt sich nur bei schwereren Motilitätsstörungen. Die Normaloperation beim Magencarcinom muß die Resektion sein. Ein ausgedehnterer Gebrauch sollte von der Probelaparotomie gemacht werden, die K. für berechtigt hält, wo ein begründeter Verdacht auf Krebs vorhanden ist.

Diskussion:

Ewald: Die Frage der Operabilität ist schwer zu entscheiden; meist ist es, wenn die Diagnose gestellt ist, zur Operation zu spät. E. hat in den letzten zehn Jahren etwa ein viertel der von ihm beobachteten Fälle operieren lassen; bei den meisten war es aber zur Resektion zu spät; und nur diese bietet die Möglichkeit guter Dauerresultate. Das Verhältnis der noch zur Resektion geeigneten Fälle zu denen, wo nur noch die Gastroenterostomie möglich ist, ist ein sehr ungünstiges; oft hat er geglaubt, einen sehr günstigen Fall vor sich zu haben und doch ergab die Autopsie bei der Operation die Unmöglichkeit der radikaleren Operation. Eine Probelaparotomie will er nur im Ausnahmefalle gelten lassen.

Kausch: Schlußwort.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

Sitzung vom 19. März 1907.

Vorsitzender: Herr Deneke.

I. Demonstrationen: 1. Herr Andereya spricht unter Vorführung mehrerer Patienten über die Kiliansche Operationsmethode chronischer Stirnhöhleneiterung. 2. Herr Spaeth zeigt das Röntgenbild des Beckens einer Frau, die er mit gutem Erfolg mittels Pubiotomie entbunden hat und bespricht die Krankengeschichte. 3. Herr Lenhartz warnt nachdrücklichst vor dem in letzter Zeit vielfach angepriesenen Stangerschen elektrischen Schwitzapparat, da Kurzschluß entstehen kann, wie er an einem von ihm angewendeten Apparat ad oculos demonstriert. 4. Herr Lenhartz hat in den letzten fünf Jahren zweiundsechzig Fälle von epidemischer Genickstarre gesehen, 1907 dahingegen schon zehn Fälle und zwar vom 2.—17. März 1907 allein acht. Als Therapie empfiehlt er außer heißen Bädern und Ung. ciner. vor allen Dingen wiederholte Lumbalpunktionen. In sämtlichen Fällen wurde der Weichselbaumsche Diplococcus gefunden. 5. Herr Kießling berichtet über die bakteriologische Untersuchung dieser Fälle unter Vorzeigung mehrerer Präparate: zehnmal wurde im Ausstrich des Liquor cerebrospinalis und neunmal in Kultur



der Diplococcus gefunden. Die Kulturen müssen äußerst vor jeder Verunreinigung geschützt und ohne jeglichen Zeitverlust direkt am Krankenbett angelegt werden. Man muß genügend Material haben und frische saftige Nährböden anwenden, am besten Ascitesagar. Achtmal konnte der Diplococcus auch aus dem Nasen- und Rachenschleim dargestellt werden; die Zahl der gefundenen Coccen steht nicht im Verhältnis zur Schwere der Erkrankung. 6. Herr Simmonds spricht unter Vorführung von Röntgenbildern über Verlagerung der Flexura sigmoidea, die zu Ileus und Exitus bei einem dreiundsechzigjährigen Manne geführt hatte: in diesem Falle war die Flexura breiter als der Oberschenkel.

II. Die Diskussion über den Vortrag des Herrn Preiser wird verschoben.

III. Vortrag des Herrn L. Seeligmann: Veränderung der geburtshilflichen Therapie beim engen Becken durch die Hebotomie. (Autoreferat.)

Vortr. bespricht zunächst die Entwicklungsgeschichte der Hebotomie, die durch die in den letzten Jahren herausgearbeitete Methode und Technik der Operation eine Umwertung der bisher bestehenden Indikationsstellungen in der Therapie der Geburt beim engen Becken gebracht hat. Die Veränderungen in Bezug auf unser geburtshilfliches Verhalten in diesen Fällen erstrecken sich auf folgende Gesichtspunkte: 1. Das Abwarten bei der ersten Entbindung bei wenig-, mäßig- oder auch hochgradig-verengtem (plattrhachitischen) Becken kann durch die Hebotomie, vermittels deren wir im Falle der Gefahr für das kindliche Leben jederzeit eingreifen können, noch ruhiger durchgeführt werden als zuvor. Es wird also in diesen Fällen durch Vorbereitung der Operation gerade erst recht ein gewisser Konservativismus unseres Handelns gewissermaßen herbeigeführt. 2. Die künstliche Frühgeburt ist nach den Erfahrungen, die mit derselben in den letzten zehn Jahren in der Praxis in Hamburg gemacht worden sind, zu verlassen. Vortr. beweist diese Behauptung durch ein großes statistisches Material. 3. Die prophylaktische Wendung ist in Anbetracht des immerhin zweifelhaften Erfolges derselben, namentlich bei allgemein verengtem Becken mittleren und höheren Grades im Vergleich zu den günstigen Erfolgen der Hebotomie für das kindliche Leben aufzugeben. 4. Der Kaiserschnitt aus relativer Indikation bis zu dem verengten Becken von 6 cm Conj. vera, bei dem es Vortr. in seinem dritten Fall noch gelang, ein lebendes Kind durch Wendung zu erzielen, ist ebenfalls durch die Hebotomie zu ersetzen. 5. Die Perforation des lebenden Kindes ist so gut wie gänzlich aus unserer geburtshilflichen Therapie eliminiert.

In dem zweiten Teil seines Vortrags bespricht S. sodann seine Methode und Technik der Hebotomie, wie sie in der letzten Zeit auch von einer Reihe anderer Operateure mit gutem Erfolg für Mutter und Kind durchgeführt worden ist. Er demonstriert das von ihm angegebene Instrumentarium und erläutert speziell die Vorzüge seiner Hohlsondennadel und seiner Operationsmethode vor dem Bummschen Verfahren und Instrumentarium. Zum Schluß demonstriert er eine Anzahl Röntgenbilder seiner operierten Fälle und spricht die Hoffnung aus, daß durch die verbesserte Methode und Technik die Operation Gemeingut aller Aerzte, die sich mit Geburtshilfe befassen, werden möge. Schönewald.

Periodische Literatur.

Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 10. 1907.

1. Hoffa, Berlin: **Die Behandlung der tuberkulösen Coxitis.** (Nicht abgeschlossen.)

2. Pels-Leusden, Berlin: **Ueber die Madelungsche Deformität der Hand.**

Zwei Fälle, von denen der erste ein vierzehnundeinhalbjähriges Mädchen betrifft, dessen Anamnese nichts besonderes aufweist. Das Längenwachstum ist gering, Standhöhe 143 cm; auffallend kurz sind die oberen Extremitäten, die rechte mehr als die linke; beide Vorderarme erscheinen, von volarer und dorsaler Seite betrachtet, verbreitert, von der Seite gesehen, nach dem Dorsum konvex verkrümmt. Das distale Ulnaende springt stark vor; die Hand ist im ganzen nach der Vola hin verschoben; die Exkursionsfähigkeit ist gut, die dorsale steht gegenüber der volaren etwas zurück; die radiale Abduktionsmöglichkeit ist sehr gering, die ulnare besser; Pro- und Supination sind kaum beschränkt. Links liegen die Verhältnisse ähnlich wie rechts. Das Röntgenbild zeigt neben anderen eine wellenförmige Krümmung der Verknöcherungszone am distalen Ulnaende, einen Spalt zwischen den vorderen Enden von Radius und Ulna, in den das os lunatum hineinragt, und auffällige Unregelmäßigkeiten in der Verknöcherungszone am distalen Radiusende. Rechts ist es zu einer vorzeitigen vollkommenen Verknöcherung auf der ulnaren Seite mit entsprechendem Wachstumsminus ulnar und Wachstumsplus radial und sekundär einer Verschiebung des Carpus gekommen; links sind diese Veränderungen rudimentärer entwickelt.

Die zweite, zwanzig Jahre alte Patientin zeigt gleichfalls zu kurze Vorderarme; die Bewegungen im Handgelenk sind allseitig beschränkt, radiale Abduktion fast aufgehoben, die ulnare nicht vermehrt; die Dorsalflexion ist sehr gering. Das Röntgenbild zeigt eine Verkrümmung des Radius, das am Dorsum vorragende distale Ulnaende, die Neigung der radialen Gelenkfläche nach der ulnaren und volaren Seite hin, einen Spalt zwischen Ulna und Radius, in welchem das os lunatum erscheint.

Bei beiden Fällen finden sich keine Zeichen von Rhachitis und Verf. glaubt nicht, daß diese Deformitäten mit Rhachitis etwas zu tun haben. Wäre das der Fall, so müßten sie bei der Häufigkeit der Rhachitis öfter anzutreffen sein. Wo gleichzeitig rhachitische Erscheinungen beobachtet sind, glaubt er an ein zufälliges Zusammentreffen. Daß Ueberanstrengung die einzige Ursache der falschen Handstellung sei, glaubt er gleichfalls nicht, vielfach wissen die Patienten nichts von ihrem Leiden; vielmehr wird es erst bemerkt, wenn bei stärkerer Inanspruchnahme die ersten Beschwerden einsetzen. Die Krümmung des Radius entspricht vollkommen derjenigen, wie sie bei anderen Wachstumsstörungen, besonders bei der Exostosis cartilaginea multiplex beobachtet wird. Verf. glaubt deshalb, daß es sich bei der Madelungschen Deformität um eine Unregelmäßigkeit im Epiphysenknorpel, in der zeitlichen und örtlichen Verknöcherung handelt, die vielleicht auf einer verkehrten Anlage des Intermediärknorpels wie die Exostosis cartilaginea beruht. Die Erkrankung ist also primär zu denen des Zwischenknorpels zu rechnen, welche gelegentlich zu einer frühzeitigen Verknöcherung im ganzen Bereich der Epiphysenlinie an einzelnen Knochen und damit verändertem Längenwachstum ohne Verkrümmung führt, gelegentlich eine unregelmäßige Verknöcherung an einzelnen Stellen der Wachstumszone bewirkt, woraus dann Verkrümmungen der Knochen, Verschiebung ihrer Gelenkflächen mit sekundären falschen Stellungen der distalen Gliederabschnitte neben Wachstumsverminderung resultieren (Madelungsche Deformität), gelegentlich ein ganz unregelmäßiges Wachstum in abnormen Wachstumsrichtungen mit Verkrümmungen, Exostosen, Verkürzungen an einzelnen oder zahlreichen Knochen zeitigt (Exostosis multiplex). Therapeutisch ist Verf. für konservative Behandlung.

3. Jellinek, Wien: **Pathologie, Therapie und Prophylaxe der elektrischen Unfälle.**

(Nicht abgeschlossen.)

4. Eber, Leipzig: **Zwei Fälle von erfolgreicher Uebertragung tuberkulösen Materials von an Lungenphthise gestorbenen erwachsenen Menschen auf das Rind.**

Verf. ist es gelungen, durch gleichzeitige subkutane und intraperitoneale Einverleibung von mit Bouillon verriebenen, tuberkulösen Organteilen eines Meerschweins, welches mit tuberkulösem Materiale von einem an Lungenphthise verstorbenen siebzehnjähr. Manne infiziert war, bei einem auf Tuberkulin nicht reagierenden, etwa vier Wochen alten, gesunden Kalbe eine chronische Bauch- und Brustfelltuberkulose (Perlsucht) zu erzeugen; in einem zweiten Falle konnte er durch gleiche Einverleibung in derselben Weise verarbeiteter Organteile eines Meerschweins, welches mit tuberkulösem Material von einem an Lungenphthise und frischer Hirnhauttuberkulose verstorbenen fünfzigjährigen Manne infiziert war, bei einem in gleicher Weise gesund befundenen jungen Kalbe eine akute Miliartuberkulose der Lungen, Milz und Nieren und eine disseminierte Bauchfelltuberkulose erzeugen, welche innerhalb vier-

unddreißig Tagen unter schweren Fiebererscheinungen zum Tode führte. Beide Male handelte es sich also um typische Fälle von Lungenphthise und in beiden Fällen gelang die Uebertragung auf das Rind. Danach dürfte die von Weber auf Grund der Arbeiten im Kaiserlichen Gesundheitsamte vertretene Ansicht, daß bis jetzt noch kein einziger Fall von Lungenphthise, beruhend auf Perlsuchtbazillen, nachgewiesen ist, und die daraus gezogene Folgerung, daß die Perlsuchtinfektion im Vergleich zu der Infektion mit menschlichen Tuberkelbazillen eine nur geringe Rolle spielt; und daß die Möglichkeit einer weiteren Uebertragung von Mensch zu Mensch bei ihr nur eine sehr geringe ist, kaum noch zu Recht bestehen. Die Behauptung der Koch schen Schule, daß alle beim Menschen gefundenen tuberkulösen Veränderungen, welche sich bei Ueberimpfung auf das Rind für dieses virulent erweisen, auf das Rind als Infektionsquelle hinweisen, hält Verf. für unbewiesen. Für die Annahme, daß in seinen beiden Fällen eine Infektion durch das Rind, also eine sogenannte Perlsuchtinfektion vorgelegen habe, sieht er keinen zwingenden Grund; vielmehr weisen die beiden Fälle auf eine einheitliche aetiologische Auffassung der beim Menschen und beim Rinde vorkommenden Tuberkuloseformen hin und lassen die von Koch vorgenommene Scheidung in zwei aetiologisch völlig voneinander verschiedene Tuberkuloseformen als nicht richtig erscheinen.

5. Weber, Berlin: **Bemerkungen zu der vorstehenden Arbeit von Eber.**

W. bemängelt zunächst die von Eber angewandte Impfmethode; eine so forzierte, gleichzeitig intraperitoneale und subkutane Impfung junger Kälber mit großen Mengen von Aufschwemmung tuberkulöser Organe hält er zur Entscheidung der Frage, ob eine Infektion mit Bazillen des Typus humanus oder des Typus bovinus vorliegt, für völlig ungeeignet, da bei Anwendung einer solchen Methode es schließlich mit jedem tuberkulösen Material gelingt, bei Kälbern Veränderungen hervorzurufen, die unter Umständen eine gelungene Infektion vortäuschen können. Den Beweis, daß in den beiden Fällen die Lungenphthise auf Bazillen des Typus bovinus beruht habe, hält er nicht für erbracht. Die von Eber für unbewiesen erklärte Hypothese Kochs, daß die Fälle von Tuberkulose des Menschen, bei denen als Krankheitserreger Bazillen des Typus bovinus gefunden werden, als Fälle von Uebertragung der Tuberkulose des Rindes auf den Menschen, als Perlsuchtinfektion angesehen werden müssen, dürfte nach den übereinstimmenden Ergebnissen exakter Untersuchungen in verschiedenen Ländern und von verschiedenen Forschern wohl über das Stadium der Hypothese hinausgetreten sein.

6. Loeb und Fleisher, Philadelphia: **Ueber den Einfluß von Jodpräparaten auf die durch Adrenalininjektionen hervorgerufenen Gefäßveränderungen.**

An neunzig Kaninchen haben Verff. unter Variationen der Dosen und Applikationsweisen der Jodpräparate Versuche betreffend die präventive Wirkung des Jod gegenüber den durch Adrenalin erzeugten Gefäßveränderungen angestellt und sind zu folgenden Resultaten gekommen:

1. Es ist nicht möglich, durch Injektionen verschiedener Jodpräparate das Zustandekommen der durch Adrenalininjektionen allein bewirkten Veränderungen der Aorta bei Kaninchen zu verhindern. Ein günstiger Einfluß der Jodpräparate ließ sich nicht nachweisen.

2. Werden größere Dosen der Jodpräparate injiziert, so waren die durch Adrenalin bewirkten Veränderungen stärker wie bei alleiniger Injektion von Adrenalin.

3. Injektionen von geringen oder relativ großen Dosen von Rhodankalium führten nicht zu einer Verstärkung der durch Adrenalin bewirkten Veränderungen. Die Versuche weisen auf die Möglichkeit hin, daß Rhodankalium einen präventiven Einfluß auf das Zustandekommen der durch Adrenalin allein verursachten Gefäßläsionen ausübt; mit Sicherheit ließ sich aber bei der großen Variabilität der Adrenalinwirkung diese Wirkung des Rhodankaliums noch nicht feststellen.

7. Barth, Leipzig: **Ueber musikalisches Falschhören (Diplakusis).**

Verf. hatte bisher nur Gelegenheit, diese Erscheinung bei Schallleitungserkrankungen zu beobachten, und hielt die Erscheinung des Doppelthörens insofern für eine subjektive Täuschung, als die Patienten mit dem kranken Ohr in Wirklichkeit nicht einen andern Ton der Tonleiter, sondern den gleichen, nur mit veränderter Klangfarbe wahrnehmen. Er berichtet jetzt über einen Fall mit Erkrankung des inneren Ohres mit nervöser Schwerhörigkeit, bei dem sich aber auch sicher nachweisen ließ, daß es sich wieder nur um Klangfarbenunterschiede bei der Hörstörung handelte. Bei einem weiteren Patienten, der mit dem Menièreschen Symptomenkomplex erkrankte, glaubte er vielleicht eine Diplakusis disharmonica annehmen zu müssen; eine Anmerkung bei der Korrektur besagt aber, daß bei einer erneuten Untersuchung der Patient selbst zu der Aeußerung kam, daß sein Falschhören mit dem einen Ohr auf Täuschung beruhe.

Zur Beurteilung des musikalischen Falschhörens, auch der Diplakusis hält er es für unbedingt nötig, die Wahrnehmung jedes Ohres für sich, d. h. mit sicherem Ausschluß des andern, objektiv zu prüfen und unter wechselnden Bedingungen das Gehörte nachsingen zu lassen. In bei weitem der Mehrzahl der Fälle besteht das Falschhören darin, daß das erkrankte Ohr nur mit veränderter Klangfarbe hört, was aber vom Kranken als Veränderung des Tones in der Tonleiter aufgefaßt zu werden pflegt; dabei kann es sich ereignen, daß die gleiche Veränderung in der Klangfarbe das eine Mal als Höher-, das andere Mal als Tieferwerden des Tones beurteilt wird. Die Täuschung findet sich vorwiegend bei Schallleitungserkrankungen und selten bei Erkrankungen im schallempfindenden Apparat. Sie läßt sich leicht erklären durch Zurücktreten von tiefen und dadurch relatives Hervortreten von hohen Klangbeimischungen oder umgekehrt, die bedingt sein können durch pathologische Abweichungen in der Schallaufnahme und Leitung oder durch eine solche in der Schallempfindung.

8. Lehmann, Charlottenburg: **Das Novaspirin.**

9. Vörner, Leipzig: **Hydrargyrum praecipitatum album pultiforme.**

Schanz hat vorgeschlagen, bei Anfertigung der gelben Praecipitatsalbe den Quecksilberoxydniederschlag nicht zu trocknen, sondern in seiner Feinheit als solchen direkt zu verwenden; man läßt ihn mit Wasser und Lanolin anrühren und verordnet:

Rp. Hydrargyrin oxydat. flavi polenteo parati
pultiform. 0,1 — 1,0,
Aq. destillat.,
Adip. lanae anhydr. āā 1,0,
Vaselin americ. alb. ad. 10,0.
M. f. ungt. D. in oll. nigr.

oder man läßt das breiige Präcipitat ohne weiteres mit Vaselin in entsprechenden Verhältnissen mischen.

Das gleiche schlägt Vörner für die weiße Präcipitatsalbe vor, die er als Ungt. praecipitat. mercurii albi pultiforme verschreibt. Als Medikament steht die so verordnete Salbe der gewöhnlichen nicht nach; ihre Ausnutzbarkeit ist infolge der günstigen Feinheit des Kornes entschieden erhöht. In zahlreichen Fällen hat Verf. mit Sicherheit feststellen können, daß der Heilungsprozeß ein rascherer war, wenn die Efflorescenzen mit der Salbe nach neuer als mit alter Verordnungsweise bestrichen wurden. Die geringere Reizbarkeit ist ein weiterer Vorzug. Infolge der größeren Verträglichkeit wurde die Salbe auch zu Schmierkuren verwandt; von 30% Salben wurden 3 — 9 g pro die verrieben; dabei ließen sich Schmierkuren 4 — 6 Wochen lang durchführen, und die Symptome gingen ebenso gut zurück, wie bei Verwendung von grauer Salbe.

10. Justi, Steglitz: **Erfindungen aus dem Gebiete der Krankenpflege.**

11. Schwalbe: **Rudolf Virchows Lehr- und Wanderjahre.** Feuilleton.

Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 10. 1907.

1. Raecke, Kiel: **Hysterisches Irresein.**

Abgesehen von gewissen dauernden seelischen Veränderungen, die sich zum Begriff eines hysterischen Charakters zusammenfassen lassen, können bei der Hysterie jederzeit vollentwickelte Psychosen transitorisch auftreten, welche ebenso wie die epileptischen Geistes-



störungen nicht als zufällige Komplikationen, sondern als direkter Ausfluß des zugrundeliegenden Krankheitsprozesses anzusehen sind. Als einfache hysterische Geistesstörungen sind diejenigen Formen abzugrenzen, welche mit ihrem plötzlichen Ausbruch und raschen Abklingen den Eindruck eines psychischen Paroxysmus erwecken, entweder direkt mit Krampferscheinungen einhergehen oder als Aequivalente sich auffassen lassen. Das gilt von den unter der Bezeichnung Furor hystericus zusammengefaßten Wut- und Tobsuchtszuständen, von den als Ruptus hystericus bezeichneten Angst- und Oppressionsgefühlen, von den Moria genannten Erregungen heiteren Charakters; in anderen Fällen schießen plötzlich einzelne oder zahlreiche Halluzinationen und Illusionen, meist schreckhaften Charakters hervor. Immer sind diese Krankheitsbilder höchst flüchtiger Natur, treten plötzlich auf nach starken Gemütsbewegungen, nach Verletzungen, Operationen, reichlichem Alkoholgenuß, zur Zeit der Menses und schwinden nach Minuten, Stunden oder Tagen.

Unter Umständen kommt es zur Ausbildung länger anhaltender Verwirrtheitszustände von tage- bis wochenlanger Dauer; auch hierbei kann es sich noch um einfache Paroxysmen handeln, bei denen Delirien, Schlaf- und Dämmerzustände zu unterscheiden sind. Die hysterischen Delirien sind charakterisiert durch ungemein lebhafte Situationstäuschungen mit Halluzinationen auf allen Gebieten. Beim sogenannten Schlafzustande oder Lethargus handelt es sich um eine hysterische Stuporform, nicht um richtigen Schlaf; die Kranken erstarren in einer beliebigen Haltung oder sinken mit schlaffen Gliedern zu Boden, sind für äußere Reize unzugänglich; die psychische Tätigkeit bleibt dabei in gewissem Grade erhalten. Unter Dämmerzuständen sind dem Lethargus verwandte Anfälle von Bewußtseinstrübung zu verstehen, in welchen die Kranken Herren ihrer Glieder bleiben, Worte sprechen und komplizierte Handlungen ausführen können, gelegentlich wohl auch durch vereinzelte Halluzinationen oder Illusionen beeinflußt werden, ohne daß aber diese wie im Delirium das Bild beherrschen; in den ausgeprägten Fällen hat das Gebaren solcher Patienten etwas auffallend Verträumtes, Automatenhaftes. Auch als Somnambulismus hat man derartige Bewußtseinsstörungen bezeichnet; mit dem physiologischen Traumzustande sind sie aber nicht völlig zu vergleichen. Bei einseitigem Vorherrschen bestimmter Vorstellungskomplexe kann sich förmlich eine zweite Persönlichkeit ausbilden, ein „Doppel-Ich“ entstehen.

Die einfachen hysterischen Geistesstörungen können sich in mannigfacher Weise mischen und sonderbare, komplizierte Krankheitsbilder erzeugen. Verf. gibt zwei Krankengeschichten von nichtkriminellen Soldaten, die im Anschluß an ein mit Schreck verbundenes Kopftrauma von einer solchen zusammengesetzten hysterischen Geistesstörung befallen wurden. Im ersten Fall handelte es sich um anfallsartige Bewußtseinstrübungen in Form von Dämmerzuständen mit meist moriaartiger, seltener ängstlicher Stimmungslage und leichten deliranten Beimischungen; dieselben traten zuerst im Anschluß an Krampfanfälle schubweise auf, reihten sich kettenartig aneinander und bildeten schließlich zusammen mit stuporösen Phasen eine kontinuierliche Psychose. Im zweiten Falle vollzog sich die Entwicklung langsamer; der psychotische Zustand, in welchem träumerisches Wesen bis zur stuporösen Hemmung neben moriaartigem Gebaren vorherrschte, wurde durch unzweckmäßige Aufmerksamkeit der besorgten Angehörigen gezüchtet. Beide Male wurde durch die Bewußtseinsstörung eine schwere Einbuße der intellektuellen Fähigkeiten vorgetäuscht. Beim zweiten Kranken wurde sogar „völlige Verblödung“ ärztlicherseits angenommen.

Im allgemeinen sind drei Hauptverlaufstypen der zusammengesetzten hysterischen Psychosen zu unterscheiden: 1. eine erregt-stuporöse Form, bei der vorherrschend Furorausbrüche, seltener läppisch heitere Erregungen mit Phasen verschieden starker Hemmung abwechseln, dabei können sich Delirien und somnambule Episoden einschieben; 2. die depressive Form, die sich aus ruptusartigen Angstanfällen, schreckhaften Delirien, Stupor- und Dämmerzuständen, auch vereinzelten paranoiden Episoden mit Beziehungswahn und Persekutionsideen zusammensetzt, bei überwiegend melancholisch-hypochondrischer Grundstimmung, während Furor- und Moriazustände stark zurücktreten; namentlich bei der Unfallhysterie mit stärkerer psychischer Beteiligung ist öfters ein derartiger Verlauf zu konstatieren; 3. der paranoische Typus des zusammengesetzten hysterischen Irreseins baut sich in erster Linie auf gehäuften Delirien auf, phantastischen Einfällen, somnambulen Dämmerzuständen, eventuell mit Bildung einer zweiten Persönlichkeit; meist geschieht hier die Entwicklung eines systematisierten Wahnes allmählich; derselbe ist trotzdem nicht fest fixiert, bleibt der Kritik bis zu einem gewissen Grade zugänglich; seltener kommt es zu einem plötzlichen Hervorbrechen massenhafter Verfolgungsideen.

Auf Heilung ist bei hysterischen Psychosen stets zu hoffen. Ausgang in Verblödung kommt nicht vor, unberechenbar ist aber die Dauer im einzelnen Falle und die Gefahr eines Rezidivs. Diagnostisch ist großer Wert auf die Vorgeschichte zu legen; hysterische Antecedentien, erstes Auftreten der psychischen Symptome im Anschluß an heftige Gemütsbewegungen, regelmäßige Wiederkehr der Erregung zu bestimmten Zeiten können wertvolle Anhaltspunkte geben. Dagegen kommt nach Ausbruch der Geistesstörung dem Nachweis körperlicher Symptome, wie funktioneller Lähmungen, Kontrakturen, Krämpfen, Sensibilitätsstörungen, konzentrischer Gesichtsfeldeinschränkung, differentialdiagnostisch nur eine geringe Bedeutung zu, da sie keineswegs immer während der Psychose ausgesprochen vorhanden sind, einzelne derartige Erscheinungen aber unter Umständen auch bei nicht hysterischen Geistesstörungen sich feststellen lassen. Therapeutisch ist jedes zuviel an Verordnungen streng zu vermeiden; Entfernung von den Angehörigen, Ruhe und Langeweile, verbunden mit einzelnen indifferenten Suggestivmaßnahmen, helfen meist überraschend schnell. Erregungen werden am besten mit hydrotherapeutischen Mitteln, warmen Bädern, feuchten Packungen, bekämpft, stärkere Narcotica sind nur im Notfalle zu gebrauchen. Für die forensische Beurteilung gilt der Grundsatz strengsten Individualisierens von Fall zu Fall; Hysterie an sich hebt die Zurechnungsfähigkeit nicht auf; in jedem Fall ist nachzuweisen, ob zur Zeit der Tat schwere psychische Störungen bestanden haben.

2. Weleminsky, Prag: **Der Gang der Infektionen in den Lymphbahnen.**

In einer, d. W. Nr. 2, 1907, publizierten Arbeit hatte Beitzke die Versuchsresultate Weleminskys bezüglich des Ganges der Infektionen in den Lymphbahnen zwar bestätigt, seine Schlußfolgerungen aber als nicht zurechtbestehend bekämpft; hauptsächlich hatte er dabei auf zwei Fehlerquellen hingewiesen; einmal konnte eine Infektion der Bronchialdrüsen auch von oben her durch Verschlucken oder Einatmen von Tuberkelbazillen erfolgt sein, und weiter konnten Tuberkelbazillen auch von der Blutbahn aus in die Bronchialdrüsen gelangt sein, in der Weise, daß Bazillen von den erkrankten retroperitonealen Drüsen aus z. B. durch die großen Lymphbahnen ins Blut, in die Lungen und von hier aus, ohne sofort die Lungen zu infizieren, in die Bronchialdrüsen eindrangen. Unter näherer Ausführung einiger Seiten seiner Experimente und Anführung von ergänzenden Versuchsergebnissen anderer Forscher weist W. diese Einwände zurück und glaubt seine Anschauung, daß die Bronchialdrüsen ein Zentrum für den gesamten Lymphapparat darstellen, eine Art Lymphherz, in welches aus dem ganzen Körper die corpusculären, speziell aber die infektiösen Elemente zusammenströmen bezw. verschleppt werden, um von hier aus durch den eigenen Ausführungsgang der Bronchialdrüsen, den Truncus broncho-mediastinus ins Blut zu gelangen, aufrecht erhalten zu können.

3. Litthauer, Berlin: **Ueber retropharyngeale Geschwülste.**

Beschränkt man die Bezeichnung „retropharyngeale“ Geschwülste auf die primär im sogenannten retrovisceralen Raum entstehenden Fälle, so sind die bisher bekannten Beobachtungen nicht zahlreich; L. hat vierunddreißig derartige Fälle in der Literatur gefunden und fügt zwei eigene Beobachtungen hinzu; beim einen Fall handelte es sich um einen gummösen Tumor, im zweiten um einen sarkomatösen; der erstere schwand auf spezifische Behandlung. Die Trägerin des zweiten war in vier Jahren seit Entstehung der Geschwulst hochgradig abgemagert, die Sprache war heiser geworden, die Atmung immer mehr erschwert; die linke Pupille war enger als die rechte, reagierte nicht auf Lichteinfall, wohl auf Akkomodation; linkerseits Enophthalmus; an der hinteren Rachenwand links wölbte sich eine Geschwulst weit in den Rachen-

raum vor, bis zu den Choanen reichend. Da das Leben der Patientin bedroht schien, wurde operative Beseitigung der Geschwulst beschlossen. Durch äußere Schnittführung, die genauer beschrieben wird, gelang es, die kugelige Geschwulst (9 : 6½ : 5 cm) völlig zu beseitigen. Eine Schlucklähmung, die sich nach der Operation einstellte, schwand nach Monaten; die Parese des Gaumensegels blieb bestehen, ebenso die ocularen Symptome, Verengerung der Pupille, der Lidspalte, Enophthalmus; diese Trias, der sogenannte Hornersche Symptomenkomplex, weist auf eine Lähmung des Sympathikus hin, die offenbar durch den Druck der wachsenden Geschwulst hervorgerufen worden ist. Daß die Operation diese Erscheinung nicht mehr beseitigen konnte, weist darauf hin, daß möglichst frühzeitig bei solchen retropharyngealen Tumoren operiert werden muß. Die Diagnose bietet nur selten Schwierigkeiten, da differentialdiagnostisch nur heiße oder kalte chronisch tuberkulöse Abscesse in Frage kommen.

4. Bloch, Berlin: **Ueber einen neuen Katheter-Dampfsterilisator mit Aufbewahrungsbehältern für die einzelnen Katheter.**

5. Fischer, Bonn: **Das Problem des Krebses.** Bemerkungen zu dem Aufsatz von Rülf in Nr. 6 und 7 d. W.

Gegenüber den lediglich theoretischen Betrachtungen von Rülf hebt Fischer nochmals hervor, daß seine Experimente den zwingenden Beweis erbracht haben, und zwar zum ersten Male, daß es spezifische Wuchsstoffe für die verschiedenen Zellarten gibt, und daß die Affinität einer Zellart zu einem spezifischen Wuchsstoff so groß sein kann, daß die fixe Zelle aus ihrem physiologischen Verbande heraustritt und in die Umgebung wächst, und daß diese Tatsachen den Weg weisen, um exaktere Vorstellungen zu gewinnen von den unbekannten chemischen Kräften, die in der Biologie, bei den Wachstumsvorgängen und auch bei der Geschwulstentwicklung eine große Rolle spielen.

6. Ehrlich, Frankfurt: **Chemotherapeutische Trypanosomen-Studien.**

(Nicht abgeschlossen.)

7. Tobias und Kindler, Berlin: **Die physikalische Behandlung der Tabes dorsalis.** (Schluß aus Nr. 9.)

8. Kutscher, Berlin: **Zur Kenntnis der afrikanischen Schlafkrankheit.**

Die Schlafkrankheit wurde zuerst von einem englischen Arzte 1800 an der Westküste Afrikas beobachtet, 1848 zuerst von einem englischen Missionar eingehender beschrieben. Im Jahre 1901 wurde von Cook ein neuer vom oberen Kongo ausgehender Herd in Britisch Uganda am Nordufer des Viktoria-Nyawza entdeckt. Dieser Herd ist in unmittelbarer Nähe des Deutsch-ostafrikanischen Schutzgebietes gelegen. Im Norden von Togo und im Hinterlande von Kamerun scheint die Krankheit vereinzelt endemisch vorzukommen; während das portugiesische Angola stark verseucht ist, ist das benachbarte Deutsch-Südwestafrika bisher verschont geblieben.

Im klinischen Verlauf der menschlichen Trypanosomeninfektion sind vier, nicht ganz scharf abgrenzbare Phasen der Krankheit zu unterscheiden: In einem Vorstadium findet man bisweilen Schwellung der Nackendrüsen und kann in diesen eventuell auch im Blute schon Trypanosomen nachweisen; daran schließt sich das Trypanosomenfieber von unregelmäßigem Typus, meist mit starken Kopfschmerzen verbunden; gleichzeitig können im Gesicht, an den Extremitäten Oedeme und nesselähnliche Ausschläge auftreten. Störungen seitens der Zirkulations- und Atmungsorgane, Milzschwellung stellen sich meistens ein. Die Drüsen sind geschwollen und in ihnen, seltener im zirkulierenden Blute sind die Trypanosomen nachweisbar. Das Stadium des Trypanosomenfiebers, in dem monatelange Remissionen vorkommen können, geht allmählich in die Phase der eigentlichen Schlafkrankheit über. Die Kranken werden rasch müde, arbeitsunlustig, mürrisch; sie werden stumpfsinnig, nachlässig in der Reinlichkeit und verfallen in einen sich stetig steigernden Zustand von Schlaftrunkenheit. Tremor und Sprachstörungen machen sich meist geltend; scheinbare Besserungen von wochenlanger Dauer kommen vor. Durch mangelhafte Nahrungsaufnahme leidet der Ernährungszustand, die Kranken magern ab, es kommt zu ausgedehntem Decubitus. Das sich ohne merkbaren Uebergang anschließende terminale Stadium ist meist durch eine sekundäre Diplococceninfektion der Hirnhäute gekennzeichnet. Die pathologisch-anatomische Untersuchung ergibt im wesentlichen nur Veränderungen an den nervösen Zentralorganen, das Bild der chronischen diffusen Cerebrospinalmeningitis; bemerkenswert ist der mikroskopische Befund von zahlreichen Diplococcen in den Leukocyteninfiltrationen in den Meningen an der Hirnbasis.

Als aetiologische Momente für die Entstehung der Schlafkrankheit wurden in der vorbakteriologischen Zeit die verschiedensten Ursachen beschuldigt; später wurden den grampositiven Diplostreptococcen eine Bedeutung zuerkannt, bis dann Bruce in der zentrifugierten Cerebrospinalflüssigkeit der Schlafkranken Trypanosomen nachwies, und damit die Schlafkrankheit als das letzte Stadium einer menschlichen Trypanosomenkrankheit ermittelte. Dieselbe wird durch den Stich einer Tsetsefliege, der Glossina palpalis vermittelt; das Endstadium der Schlafkrankheit kommt erst dann zur Entwicklung, wenn die Trypanosomen aus dem Blute, in das sie durch den Fliegenstich gelangen, in die Cerebrospinalflüssigkeit eindringen. Das Verbreitungsgebiet der Schlafkrankheit fällt mit demjenigen dieser Tsetsefliege zusammen; doch scheinen nach Koch auch noch andere Glossinenarten die Uebertragung vermitteln zu können.

Die Prognose der Schlafkrankheit erscheint im allgemeinen außerordentlich ungünstig. Für die Bekämpfung der Trypanosomiasis scheint die Behandlung mit Injektionen von Atoxyl und von Farbstoffen (Trypanrot, Parafuchsin) die besten therapeutischen Aussichten zu eröffnen. Ein abschließendes Urteil über den endgültigen Erfolg ist wegen der kurzen Dauer der bisherigen Versuche zur Zeit noch nicht möglich. Auf die Prophylaxe muß der größte Wert gelegt werden. Eine geordnete Bekämpfung der Seuche muß in erster Linie die für die Verbreitung der Krankheit gefährlichsten, scheinbar gesunden Parasitenträger des ersten und zweiten Stadiums feststellen und in Behandlung und Ueberwachung nehmen. Sehr erleichtert wird dies durch die Möglichkeit des frühzeitigen Nachweises der Trypanosomen im Punktionssaft der geschwollenen Drüsen. Weitere Bekämpfungsmaßregeln müssen gegen die Glossinen als Ueberträger gerichtet sein. Die persönliche Prophylaxe muß zunächst sich gegen den Stich der Glossinen richten, die Maßnahmen fallen teilweise mit denjenigen gegen die Stechmücken zusammen. Weiter sollen Expeditionen und Reisende Stellen in der Nähe des Ufers der Wasserläufe und Seen im niedrigen Busch als Lagerstellen meiden, und ebenso da keine menschlichen Niederlassungen angelegt werden.

Wiener klinische Wochenschrift. Nr. 8. 1907.

1. Riedl, Bad Ullentorf: **Erfahrungen, Beobachtungen und Versuche im Stau- und Saugverfahren.**

R. sah durchweg günstige Beeinflussung des Krankheitsvorganges durch das neue Verfahren bei richtiger Anwendungsweise, bei unrichtiger auch ungünstige Einwirkung, wie Nekrose der Wundränder. Zu schwache Stauung wie zu starke Saugung bringen nicht den gewünschten Erfolg. Zur Erweiterung der Gefäße im Krankheitsherde, um die es sich nur handeln dürfte, genügt das Anlegen einer engmaschigen Kalikotbinde. Die Stauungsdauer von zwanzig bis zweiundzwanzig Stunden wird besser auf zwei bis sechs Stunden mit einer Unterbrechung von einer halben bis ganzen Stunde herabgesetzt. Auf energische, länger dauernde oder später in ununterbrochener Folge von Stauungs- und kurzen Ruheabschnitten erfolgte Abbindung in der ersten Zeit der Behandlung ist großer Wert zu legen. Der Ort der Anlegung soll nicht zu entlegen vom Entzündungsherd sein, da es sich nur um Stauung im Entzündungsgebiet handelt, z. B. bei Erkrankung der Hand über dem Handgelenk. Der Grad der Stauung darf nur bis zur Heiß- und Rotstauung gesteigert werden; die Glocken dürfen nicht zu klein sein, gestaut wird in der Regel drei- bis viermal täglich eine viertel bis halbe Stunde mit kurzen Unterbrechungen von einer bis drei Minuten. Ein bereits vorhandener Eiterherd soll möglichst rasch eröffnet werden, wenn es auch gelingt, ohne Eröffnung den Eiter abzutöten. Desinfektionsmittel können ganz entbehrt werden, sie bringen keinen Gewinn, da sie das Eiweiß gerinnen lassen, was für den Heilungsprozeß bei der Stauung nicht belanglos ist. Tamponade diene nur zur Offenhaltung des Ausgangs, verstopfe nie den Hohlraum. Ein feuchter, loser Verband

mit gänzlich harmlosen Lösungen, wie dünne Borsäure, ist empfehlenswert, um die Herdöffnung durch Krustenbildung nicht wieder gleichgültig werden zu lassen. Bei tuberkulösen Entzündungen scheint die Saugwirkung bessere Resultate zu erzielen, die beste Zeit der Behandlung ist die, wenn ein kalter Absceß vorhanden ist. Saugglocken ohne Eiterbehälter sind schwer zu reinigen, Gummibälle und -Schläuche sind für den täglichen Gebrauch nicht dauerhaft genug, zu teuer und lassen die gewünschte Abstufung der Stauung gar nicht oder nur schwer ausführen. Es empfehlen sich Glocken, die dem Körperteil leicht anlegbar sind und durch ein kurzes, leicht ersetzbares Gummischläuchchen mit einer auseinandernehmbare, leicht zu reinigenden Saugpumpe verbunden werden können.

In fast allen Fällen trat infolge des neuen Verfahrens ein baldiger Stillstand der Entzündung ein; es läßt sich der Herd mit Beginn der Stauungsbehandlung auf die zu dieser Zeit bestehende Ausbreitung beschränken. Das Gewebe, welches im Entzündungsherd nicht mehr lebens- und erholungsfähig ist, geht unbedingt verloren, das andere erholt sich schnell, die Heilung ist vollkommen. Hinsichtlich der Bildung und des Wachstums des Granulationsgewebes zeigen sich je nach der Art des Gewebes Unterschiede. Wo die Abstoßung des lebensunfähig gewordenen Gewebes am schnellsten vor sich geht und am leichtesten, dort entwickeln sich am schnellsten Granulationen. Die Eiterungen, bei denen das derbe Bindegewebe beteiligt war, das durch Stauung in seiner Ernährung weniger beeinflußbar ist wegen seiner Derbheit und Nahrungsgenügsamkeit, dauern meistens länger; aber auch hier gelingt es, den Herd zu beschränken. Am auffälligsten zeigte sich die Beschränkung des Herdes im Stillstand und raschen Rückgang der bereits eingetretenen Entzündungen des Lymphgefäßsystems. Es liegt die Vermutung nahe, daß auch die Umwachsung steriler Fremdkörper, die unter Entzündungserscheinungen abläuft, durch Hyperaemie günstig zu beeinflussen ist. Chronische, tuberkulöse Eiterungsvorgänge werden ebenso gut, aber nicht so rasch geheilt, offenbar weil die Tuberkelbazillen gegen Entbehrungen und Verhungern widerstandsfähig sind, das Granulationsgewebe aber auch in seiner Ernährung und damit Widerstandskraft mitunter an einzelnen Punkten leiden mag. Verf. hat ausgedehnte Untersuchungen und Beobachtungen an Tieren vorgenommen. Dabei ergab sich die Tatsache, daß zu einem entzündlichen Herde eine größere Blutmenge zufließt infolge Erweiterung der Arterien. Aber nicht sämtliche Venen in der Umgebung waren erweitert, nur diejenigen, welche die Abführung aus dem Entzündungsherde besorgen; sie waren nur in dem Teil geschwollen, welcher dem Entzündungsherd am nächsten liegt. Bei Beteiligung mehrerer Venen war nur der Collateralkreislauf in der unmittelbarsten Nähe des Herdes stärker gefüllt. Saß der Herd im Durchschnitt von Gefäßen, gleichgültig ob Arterien oder Venen, so zeigte sich immer der vom Herde den Abfluß besorgende Gefäßteil erweitert und zwar der in der Nähe des Herdes stärker als der davon entferntere. Eine Wirkung der Gefäßnerven dürfte wohl auszuschließen sein, da nicht beide Teile erweitert waren und diese Erscheinungen bei nicht infiziertem Durchschnitt fehlen. Bei einer gewöhnlichen Blutstauung erweitert sich der ganze Verlauf der Vene. Frisches Gewebe ist gegen Bakterien widerstandsfähig, erst in seiner Widerstandsfähigkeit herabgesetztes oder vernichtetes Gewebe gestattet den Bakterien üppiges Wachstum. Durch Bildung eines Granulationswalles schützt sich das gesunde Gewebe, es mauert den Herd ab. Eine Einwanderung von Rundzellen leitet den Prozeß ein, der mit Hilfe der Leukocyten schnell vor sich geht. Lebhafte Ernährung ist dazu notwendig, die Gefäße müssen sich also erweitern. Bei der Fremdkörpereinheilung sind die Erscheinungen ganz ähnlich. Die Bakterien nun zerstören das umgebende Gewebe, dringen in die Spalträume ein, schädigen die Gefäßwände, vor allem die der dünnwandigen Kapillaren, wodurch das entsprechende Gebiet in seiner Ernährung herabgesetzt wird und den Bakterien anheim fällt, die so wieder günstige Bedingungen für die Ausbreitung finden. Stromabwärts geht dieser Vorgang leichter vor sich als aufwärts, an Venen leichter als an Arterien. Durch die Giftstoffe in den Gefäßwandungen gerinnt das Blut, eine weitere Schädigung. Liegen nun die Rundzellen im Gewebe, das nicht mehr ausreichend ernährt wird, so gehen sie zu Grunde, der abmauernde Granulationswall kann nicht zu stande kommen, der an und für sich schon lebhafteren Zufluß von Blut erfordert. Die Anschwellung des Gewebes, seine Spannungserhöhung üben einen Druck auf die Gefäße aus, was eine weitere Schädigung bedeutet. Durch die künstliche Stauung erreicht man also zunächst genügende Abfuhr der stärkeren Blutzufuhr, Besserung der Ernährung, Vorsorge möglichst rascher Herstellung des Collateralkreislaufes für den Fall von Thrombosen und möglichst ungünstige Gelegenheit für Gerinnungsvorgänge, sowie Förderung der Granulationsbildung. Dem Zwecke der Gerinnungsbehinderung und damit Ernährungsbeförderung scheint die reflektorische Erweiterung gerade der abfließenden Gefäße überhaupt und insbesondere der Venen in ihrem kapillären Teile zu dienen. Die künstliche Stauung brachte prophylaktische Erweiterung der Venen zu stande, da die natürliche erst im Augenblick der höchsten Gefahr und daher oft zu spät in die Erscheinung tritt. Daher muß die Stauung lange genug und stark vorgenommen werden.

Durch die Biersche Stauung gelingt es nun, den Entzündungsherd durch Granulationsgewebe abzumauern. Die Bakterien können letzteres nicht durchdringen, ihnen ist die Nahrung entzogen, sie verhungern und werden wahrscheinlich durch Fermente gelöst, die bei diesem Prozeß entstehen. Von einer unmittelbar stattfindenden keimtötenden Wirkung des Blutes kann man wohl nicht sprechen. Zur Abmauerung wird alles lebenskräftige Gewebe durch reiche Nahrung versorgt, Rundzellen und Leukocyten auf diese Weise erhalten und der Herd eingeengt. Eröffnung und Entleerung des Eiters unterstützt diesen Vorgang, zumal dabei die für die Gerinnung des Blutes mit in Betracht kommenden Elemente entfernt werden können. Das geschädigte Gewebe wird also mit dem neuen Verfahren der Blutstauung frisch belebt.

Im Anschluß daran beschreibt Verf. seine Erfolge mit dieser Behandlungsmethode bei Ohr- und Nasenerkrankungen. Günstig waren sie bei Stinknase und chronischen Katarrhen mit hypertrophischer Schleimhaut, selbst bei zwei Fällen mit adenoiden Wucherungen im Nasenrachenraum, die zerdrückt wurden, außerdem bei schmerzhaften Stirnhöhleneiterungen akuter und chronischer Art und bei Mittelohrentzündungen, sowohl akuter wie chronischer.

2. Polland, Graz: **Zur pathologischen Histologie der inneren Organe beim Verbrennungstod.**

Die Arbeiten wurden an Kaninchen vorgenommen, die betäubt wurden, an der Bauchseite kurz geschoren und mit siedendem Wasser überrieselt. Teils starben sie dabei früher oder später, teils überstanden sie die Prozedur und wurden dann getötet. Die Organe wurden in Müllerscher Flüssigkeit fixiert, in Alkohol gehärtet und zerschnitten. Die eine Hälfte wurde mit Osmiumsäure auf Fett untersucht, die andere in gewöhnlicher Weise eingebettet und mit Uebersichtsfärbungen gefärbt. Es sei besonders hervorgehoben, daß selbst bei letalen Verbrühungen die Lokalerscheinungen auf der Haut nicht bedeutend sind; die Verletzungen bei überlebenden Kaninchen heilten rasch und ohne allzugroße Narbenbildung.

Die Versuche ergaben im allgemeinen eine Bestätigung der von anderer Seite gemachten Beobachtungen. Am stärksten verändert zeigten sich die Nieren, es fand sich Hyperaemie, feinkörnige Degeneration der Epithelien der Harnkanälchen bis zu nekrotischem Zerfall des Parenchyms und Nephritis mit granulierenden und Blutzylindern. Am wenigsten verändert zeigten sich die Corpuscula Malpighi, von Fettentartung war sehr wenig nachzuweisen, und erst dann, wenn der Exitus längere Zeit nach der Verbrennung eintrat. Daß die Nieren so stark ergriffen werden, beruht auf der Giftigkeit des Harns, die schon vier Stunden post ambustionem eintreten kann. Bei der Leber findet man körnige Degeneration, manchmal feinste Fetttröpfchen; eine ausgesprochene Fettentartung war nicht zu konstatieren. Die Veränderungen stehen jedenfalls nicht genau im Verhältnis mit der Lebensdauer nach der Verbrennung. Wenig histologische Veränderungen sah man am Herzen; stärker waren sie bei später gestorbenen Tieren. Sie bestanden in feinster Körnung des Protoplasmas mit stellenweisem Verlust der Querstreifung, nie war da Andeutung von fettiger Entartung. Die Milz zeigte starke Hyperaemie, Schwellung der Corpora Malpighi und gelegentlich Nekrose. Sehr bemerkenswert waren die Veränderungen des Darmtraktus. Die kurz nach

der Verbrennung verendeten Tiere wiesen normale Verhältnisse auf, während die länger überlebenden Tiere Entzündungs- und Geschwürsprozesse im Magen und Darm bis zu höheren Graden zeigten. Die Körpermuskeln waren intakt, die verbrannten Teile waren fettig degeneriert, auf Einwirkung des heißen Wassers. Nur in einem Falle zeigten sich pneumonische Prozesse. Die Haut bot kein besonderes Bild, eine starke Denuatritis mit teilweisem Verlust des Epithels und Hyperaemie. Die Nervenscheiden an den Nerven der Cutis dagegen waren fettig entartet.

Die schnell eintretende Giftigkeit des Harns schädigt zunächst die Niere und ruft degenerative Veränderungen hervor. Die Intensität der Degeneration steigert sich, je länger das Tier lebt, es kommt zur Anreicherung des toxischen Prinzips und damit zur Giftwirkung des Serums, das schließlich allgemeine Kachexie mit folgender Degeneration der parenchymatösen Organe und des Herzens hervorrufen muß. Histologische Veränderungen des Nervensystems kommen nicht zum Ausdruck dabei.

3. v. Khautz: **Zur Kasuistik der Pneumococcenmetastasen.**

Bevorzugte Organe für die Metastasierung dieser Bakterien sind die Knochen, Gelenke, das Peritoneum, seltener die Glandula thyreoidea, Parotis, Tonsille usw. Verf. beschreibt die einschlägigen Fälle, die ersten beiden betrafen das Kniegelenk, während im dritten Falle die Regio scapularis beteiligt war. Gleichzeitig oder im Anschluß an eine Pneumonie entstanden die Eiterherde, aus denen der Diplococcus lanceolatus in Reinkultur gewonnen wurde.

4. Schmiedl, Marienbad: **Ueber eine Fehlerquelle bei der Ferrocyankaliprobe als Eiweißreaktion.**

Bei Untersuchungen von Kaninchenharnen in der Vorperiode eines Stoffwechselversuches ergab die Ferrocyankaliprobe konstant positive Eiweißreaktion, der katheterisierte Urin aber konstant negative Ferrocyankalireaktion. Die Tiere wurden in Drahtnetzkäfigen auf verzinkten Eisenblechtassen gehalten, und es ließ sich nachweisen, daß der stark alkalische Kaninchenharn beim stundenlangen Stehen in den Tassen Spuren des Metallmaterials gelöst hatte. Die vorgetäuschte Eiweißreaktion kommt dadurch zu stande, daß Zinksalze in neutraler, alkalischer oder essigsaurer Lösung mit dem Ferrocyankalium das Zinksalz der Ferrocyanwasserstoffsäure bilden, welches in Wasser unlöslich ist und in einer dem Eiweißniederschlag ähnlichen Form als flockiger weißer Niederschlag ausfällt. Die große Empfindlichkeit der Ferrocyankalireaktion verleiht der Sache große praktische Bedeutung. Wenn Harn in verzinkten Gefäßen aufbewahrt oder versendet wird, wird Zink bei seiner leichten Löslichkeit gelöst; auch können bei Harnuntersuchungen chronischer Gonorrhoiker, die mit Zinkeinspritzungen behandelt werden, Spuren der Zinklösung zur Täuschung Anlaß geben. Deswegen erweckt der positive Ausfall der Ferrocyanreaktion bei negativem Ausfall aller anderen Eiweißreaktionen den Verdacht auf Zinkbeimengungen zum Harn.

5. v. Szaboky, Gleichenberg: **Leitfähigkeitsbestimmungen der Gleichenberger Mineralwässer.**

In Tabellen sind die Resultate der nach der Methode von Kohlrausch ausgeführten Versuche veranschaulicht.

Allgemeine med. Zentral-Zeitung. Nr. 7. 1907.

Gottstein: **Zur Technik der Oesophagoskopie und Bronchoskopie.**

Den bisher geübten Methoden der Oesophagoskopie haften viele Nachteile an, sie sind schwierig auszuführen und keineswegs ungefährlich. G. hat ein neues Verfahren ausgearbeitet, das sich besonders für Anfänger und weniger Geübte außerordentlich bewährt hat. Er nimmt ein dünnes, 3 mm dickes, doppelt langes Bougie, das sich, wenn notwendig, auch an der Stenose vorbeiführen läßt, und führt über dasselbe den mit Hohlmandrin bewaffneten Tubus herüber. Infolge dieser Methode ist unmöglich, mit dem Rohr, beim Vorschieben desselben, in ein anderes Organ als den Oesophagus zu kommen. Köllicker in Leipzig hat in allerletzter Zeit ein anderes Verfahren angegeben. Er führt zunächst ein konisches Schlundbougie ein, über das ein aus gleichem Gewebe bestehender, biegsamer Tubus gestülpt wird. Das konische Schlundbougie steht über dem Einführungsende des Tubus etwa 10—15 cm heraus. Nach Einführung des Bougies mit dem Tubus entfernt K. das Bougie und führt jetzt durch den biegsamen Tubus einen starren Metalltubus ein. Auch diese Methode hat Nachteile; bei hochsitzenden Stenosen kann sie nicht verwandt werden, ferner kann das Lumen des Metalltubus nur ein kleines sein, so daß die Besichtigung, besonders aber die Entfernung von Fremdkörpern schwierig sein muß.

Auch für die Bronchoskopie hat G. ein neues Verfahren gefunden durch Kombination zweier älterer Methoden. Er führt einen biegsamen Mandrin durch den mit fixer Lichtquelle ausgestatteten Tubus ein. Voraussetzung hierbei ist die Benutzung des v. Mikuliczschen Trichterstückes. Der hohle Tubus, an dem das Panelektroskop befestigt ist, wird unter direkter Beleuchtung in den Larynx eingeführt, dort um die Epiglottis herumgehebelt und der Larynxeingang eingestellt. Danach wird der biegsame Mandrin eingeführt, das Rohr mit diesem um einige Zentimeter tiefer gestoßen und der Mandrin sofort wieder entfernt. Die Durchführung durch die Stimmritze ist das Werk eines Augenblicks. So ist es gelungen, innerhalb zehn Minuten bei einem vierjährigen Knaben unter lokaler Anaesthesie durch die obere Bronchoskopie eine Stahlfeder, die bereits sechs Wochen im rechten Bronchus gesteckt hatte, aus dem mittleren Abschnitte des rechten Stammbronchus zu entfernen. Um auch mit Leichtigkeit dünnere und sehr lange Rohre in die Tiefe zu führen, wurde das Konusstück abnehmbar eingerichtet.

Vermischtes.

Berlin. Die seit langer Zeit zwischen dem Magistrat der Stadt Berlin und der Berliner Rettungsgesellschaft wegen Weiterführung der von dieser geschaffenen Einrichtungen für das Rettungswesen schwebenden Verhandlungen haben dieser Tage zu einem alle Teile befriedigenden Abschluß geführt.

Infolgedessen wird die Berliner Rettungsgesellschaft mit dem 1. Mai ihre Tätigkeit sowohl in der Zentrale als Bettennachweis und Vermittelungsstelle für Unterbringung von Kranken in Krankenhäuser, als auch in den Berliner Rettungswachen einstellen. Dagegen wird der Magistrat die im Rathause im vorigen Jahre eingerichtete städtische Zentrale an alle bisher mit der Berliner Rettungsgesellschaft verbundenen Krankenhäuser Berlins und der Nachbarstädte anschließen und sich angelegen sein lassen, ein ununterbrochenes, ordnungsmäßiges Funktionieren des Rettungsdienstes, auf der seitherigen wohlbewährten Grundlage vom 1. Mai ab herbeizuführen.

Ferner übernimmt der Magistrat die von der Berliner Rettungsgesellschaft eingerichteten Rettungswachen vom 1. Mai ab in städtische Aufsicht. Der ärztliche Dienst und die Betriebsleitung in diesen Rettungswachen ist dem Aerzte-Verein der Berliner Rettungsgesellschaft übertragen worden, wodurch ein sach- und ordnungsmäßiges Weiterarbeiten dieser segensreichen Einrichtungen gewährleistet wird.

Berlin. „Einführung in die Elektrotechnik". Unter diesem Thema wird Herr Ingenieur Dr. Heilbrun im Rahmen der unentgeltlichen Fortbildungskurse, welche das Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen im bevorstehenden Sommer veranstaltet, die Grundbegriffe der Elektrotechnik im Hinblick auf die Bedürfnisse der ärztlichen Praxis vortragen und durch Lichtbilder und Versuche erläutern. Es werden u. a. behandelt werden: Elektrotechnische Grundgesetze und Maßbezeichnungen, Elemente und Akkumulatoren, Prinzip der Dynamos und Motoren, elektrische Heizung und Beleuchtung, Hausanschlüsse, Grundbegriffe des Wechselstroms, Funkeninduktor und Prinzip der Röntgentechnik, zum Schluß der Fernsprecher. Der Kurs findet jeden Montag von 6—7½ Uhr, beginnend mit dem 6. Mai, im großen Hörsaal des Kaiserin Friedrich-Hauses statt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Der Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P. Meißner

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 6. Mai 1907. Nr. 18.

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Biersche Stauung in der inneren Medicin.

Vortrag, gehalten vor dem Rostocker Aerzteverein, am 9. Februar 1907.

Von Dr. **E. Zabel**, Rostock, Spezialarzt für innere Krankheiten.

(Fortsetzung.)

Bezüglich der Erklärung der Schutz- und Heilwirkung der Stauung bei Lungentuberkulose sei noch nachgeholt, daß — im Gegensatze zu Bier — Cornet nicht die Hyperaemie, sondern die Lymphstauung als das die Abkapselung und Heilung veranlassende Moment ansieht.

Es sei mir gestattet, an dieses Kapitel der Stauung bei Lungentuberkulose noch einige Bemerkungen zu knüpfen.

Ich habe vor einiger Zeit an der Chiarischen Klinik in Wien die Beobachtung gemacht, daß Patienten mit Stenosen des oberen Atmungsteils ein besonders prägnantes Zwerchfell-Schattenspiel boten, so daß ich sogar den Rat gab, dort, wo die Erkennung des Phänomens Schwierigkeiten bereite, den Ablauf desselben nach künstlicher Nasenverengung bei geschlossenem Mund zu prüfen*) (l. c. p. 49). Die prachtvolle Abwickelung der Schattenlinie ist aber, wie Gerhardt bewiesen hat, an die Erweiterungsfähigkeit der unteren Thoraxapertur gebunden, ohne welche sie unmöglich wird. Dann ist es aber mit der Ruhigstellung des Thorax natürlich nichts. Erwägt man diesen Punkt und ferner die ebenfalls von Gerhardt festgestellte Tatsache, daß die Lunge bei Seitenanlage an der aufliegenden Seite in ihren Exkursionen beengt ist, an der entgegengesetzten freien Seite dagegen kompensatorisch ihren tiefsterreichbaren Stand im Pleurasinus einnimmt, so tut man, glaube ich, gut und unterstützt die Stauung, wenn man die Kuhnsche Maske bei Lagerung des Patienten auf die kranke oder schwerer affizierte Seite anwendet.

Von eminenter Bedeutung ist ferner, soweit es Kinder und das weibliche Geschlecht angeht, die Wirkung straffer Rockbänder. Sie behindern, wie ich beobachten konnte (l. c. p. 32 u. 33), in bedeutendem Maße den Zwerchfellabstieg durch die Verengerung der unteren Thoraxapertur.

Endlich erweist sich, wie ich durch Untersuchungen an Patienten der Heilstätte Alland bei Wien feststellen konnte (l. c. p. 121), von Einfluß auf die Lungenverschieblichkeit auch die Haltung der Arme.

Wenn man übrigens die stauende Wirkung der Enge der Inspirationsöffnung und ihren Einfluß auf die Tuberkulose der Lunge sich vor Augen hält, so kommt man eigentlich zu der Annahme, daß die stenosierenden adenoiden Vegetationen, an denen ja manche Phthisiker, namentlich jüngeren Alters leiden, in der Beziehung auch ihr Gutes haben. Ja, man könnte denken, daß hier eine Selbstregulierung, eine reflektorische Abwehrvorrichtung des Körpers im Sinne einer Hyperaemieerzeugung vorliegt und sich von diesem Gesichtspunkt überlegen, ob man sie den Patienten wegnehmen solle!

Daß man die Saugtherapie nach Wassermann und Kuhn bei Kindern mit stenosierenden Wucherungen, bei denen sich unter dem Einfluß der letzteren die bekannte Thoraxeinziehung in der Gegend der Harrisonschen Furche um die Insertionslinie des Diaphragma herum ausgebildet hat, nicht oder nur mit Vorsicht anwenden darf, liegt auf der Hand.

Aber noch ein anderer Gedanke drängt sich mir auf: Nämlich, noch auf eine andere — vierte — Methode [illegible] Lungenhyperaemie zu erzeugen. Es scheint mir nämlich der Versuch möglich zu sein, den Thorax in einem jawohl unschwer konstruierbaren Kasten durch Luftverdünnung des letzteren zur Erweiterung zu bringen und in diesem Zustand allmählich längere Zeit verharren zu lassen. Ist dabei eine Verengerung des oberen Atmungslumens vorhanden, so kommt es — ich erinnere an Johannes Müllers Experiment — zu einer gewaltigen Blutanfüllung des Thoraxinnern. Cyrtometrische, pletysmographische und andere Kontrolle würde über den Effekt Aufklärung geben. Sollten sich der Ausführung nicht noch theoretische und praktische wichtige Gegengründe entgegenstellen, so scheint mir diese Methode zur Ansaugung von Blut ins Thoraxinnere und Erweiterung des Brustkorbes ein um so aussichtsvolleres Mittel zu sein, wenn man sich der knochenverlängernden Wirkung der Stauungshyperaemie im Wachstum erinnert, welche hier ja unter anderen den Rippen zu gute käme.

Von diesem Gesichtspunkte aus würde das Mittel, vorausgesetzt, daß es sich erfolgreich ausführen läßt, nicht nur zur Erzeugung einer Stauungshyperaemie zwecks Therapie der Lungentuberkulose und Erweiterung und Mobilisierung des phthisischen Thorax, sondern auch bei anderen Brustkorbverengerungen jugendlichen Alters überhaupt, so also auch bei jenen in Wechselbeziehung zu den Rachenwucherungen der Kinder stehenden, in Frage kommen.

Pleurae. Von altersher bekannt ist die Anwendung der Schröpfgläser als Analgetikum bei akuter circumskripter, fibrinöser Pleuritis mit ihren stechenden Schmerzen.

Beim Empyem der Pleurahöhle hat Colley nichts von einem Resultat der Saugbehandlung gesehen, aber auch keine langen Versuche gemacht, um nicht nutzlos die Zeit verstreichen zu lassen. Dreesmann-Köln hat zur Entfernung des Eiters und gleichzeitiger Entfaltung der Lunge bei eitriger Pleuritis einen eigenen Apparat angegeben.

Herz. Wie Kuhn mir mitteilt, wendet er in neuerer Zeit seine Maske bei allen Herzschwächezuständen, wie bei Lebercirrhose, pleuritischen Schwarten usw. zur Entlastung des rechten Herzens an. Auch auf dem Internisten-Kongreß zu

*) Zabel. Das Spiel des Zwerchfells über den Pleurasinus und seine Verwertung in der Praxis. Urban und Schwarzenberg 1906.

Wiesbaden wies der Autor auf die mitunter Kampferinjektionen ersetzende Wirkung und die Besserung der Herztätigkeit durch die Maske hin: Regulierung der Pulsfolge, Erhöhung des Pulsdrucks, Schwinden des Klappens des II. Pulmonaltons schon nach wenigen Atemzügen.

Abdomen. Eine operativ nicht mehr angreifbare, sehr schwere Appendicitis mit septischer Thrombose der Pfortader wurde mit großen Saugglocken, mit eklatantem Erfolg (Ausgang in Heilung) behandelt.

Becken. Des Interesses wegen sei hier mitangeführt, daß durch große Saugglocken. die oberhalb der Symphyse aufgesetzt wurden, perimetritische Exsudate und chronische Salpingitiden, die bis dahin jeder konservativen Behandlung getrotzt hatten, unter Hochlagerung des Beckens erfolgreich behandelt worden sind. Von der Scheide fühlt man dabei, wie die Gewebe aspiriert werden. Es tritt zunächst in den ersten Tagen eine Verschlimmerung des Allgemeinbefindens und Anwachsen des Exsudates auf, dem dann die Resorption folgt.

Akute und chronische Arthriditen.

Arthritis gonorrhoica. Hier feiert die Stauungshyperaemie wegen ihrer analgierenden und demzufolge durch die Möglichkeit baldiger passiver Bewegungen kontrakturvorbeugenden Wirkung eine ihrer glänzendsten Anwendungen.

Akuter Gelenkrheumatismus.

Beim akuten Gelenkrheumatismus sowohl wie bei den akuten Nachschüben des chronischen Gelenkrheumatismus leistet nach Bier und von Leyden-Lazarus die Stauung in schmerzstillender Hinsicht schöne Resultate, was nach letzteren Autoren besonders für die Fälle von Bedeutung ist, wo man mit geringeren Dosen der pharmakologischen Antirheumatica auszukommen suchen muß, wie während der Menstruation und Gravidität, bei komplizierenden Herz- (Endocarditis) und Nierenaffektionen.

Lämmerhirt hat ein Rezidiv bei bestehender Intoleranz gegen Salizyl in zehn Tagen durch die Stauungen geheilt.

Ein weiterer Vorteil besteht in der durch die schmerzlindernde Wirkung ermöglichten Verhütung von Gelenkversteifungen durch baldige Vornahme passiver und aktiver Bewegungen.

Nach von Leyden-Lazarus soll man allerdings bei der Stauungshyperaemie, wenn es geht, nicht auf die Verbindung mit Salizylpräparaten verzichten, da diese kombinierte Heilwirkung — möglicherweise im Sinne der Wesselyschen Versuche am Auge — eine vorteilhaftere sei. Komplikationen indes und Nachschübe werden, wie die Autoren betonen, auch durch die Stauungshyperaemie aus erklärlichen Gründen nicht hintangehalten.

Zum Schluß sei nochmals auf Mucks Vorschlag der konsequent durchzuführenden Saugbehandlung der Tonsillen bei Gelenkrheumatismus hingewiesen.

Chronischer Gelenkrheumatismus.

Hier haben Bier und andere Autoren befriedigende Erfolge erzielt.

Chronische deformierende Arthritis.

Diese bietet wenig Chancen für wesentliche Besserung durch die Stauung.

Bei den beiden letztgenannten Affektionen leistet die aktive Hyperaemie mehr.

Arthritis urica.

Bei diesem Leiden hat Bier die Stauungshyperaemie an mehreren akuten Gichtanfällen mit großem Nutzen erprobt. Ebenso ist je ein Fall von Chiragra und Podagra von von Leyden-Lazarus günstig beeinflußt. Man muß dabei, wie diese Autoren hervorheben, auf den Erfolg zuweilen etwas länger warten und darf die Konstriktion nicht zu früh abbrechen. Auch Kiessling-Oeynhausen hat nach mündlicher Mitteilung bei zwei Gichtanfällen prompte Erfolge erzielt.

Erysipel.

Das Erysipel ist von vielen Autoren der Stauungsbehandlung unterworfen und zwar sowohl das Extremitäten- wie das Kopferysipel. Soweit ich die Literatur übersehe, sind die lobenden Stimmen hier zahlreicher als die verwerfenden. Bier berichtet, eine Abkürzung der Heilungsdauer mit subjektiv und objektiv milderem Verlauf unter der Stauung beobachtet zu haben: Schnellere Hebung des Allgemeinbefindens sowie Beschränkung der Ausdehnung, baldiger Temperaturabfall und rasche Abschuppung. Ein definitives Urteil ist nach Bier bei dem variablen Verlauf des Erysipels, indes erst aus größerem Material zu fällen.

Weeke hat seit Jahresfrist Erysipel mit Stauung behandelt und in drei bis fünf Tagen Heilung erzielt. Die Temperatur ging schon nach der ersten Stauung herunter und hielt sich bis zum Schlusse weit niedriger, als es sonst üblich ist.

Bei gangränösen Erysipelen — allerdings nicht des Kopfes — sah Heller durchgehends eine günstige Einwirkung. Er rät, durch multiple, kleine Incisionen dem Lymphstrom den Weg nach außen zu öffnen und so das Fortschreiten des Prozesses zu verhindern. Auch Hochhaus berichtet über gute Erfolge in einem Vortrage, in deren Diskussion Heusner auf die interessante Tatsache hinweist, daß an gelähmten Gliedmaßen das Erysipel einen auffallend leichten Verlauf nähme, wofür möglicherweise die veränderten Cirkulationsverhältnisse mit Neigung zu seröser Durchtränkung die Ursache sei.

Feuilleton.

Winterfrische im Riesengebirge.

Von Dr. **Erwin Franck**, Berlin.

II.

Es erscheint als ein großes Unrecht, an dessen Ausgleich noch Jahrzehnte zu arbeiten haben, daß der Begriff der „Sommerfrische“ über denjenigen der Winterfrische vorläufig noch derart überwiegt, daß letztere die seltene Ausnahme von der ersteren als der Regel bildet. Und doch gewährt im Sommer auch die Großstadt selbst oder ihre nähere Umgebung eine Reihe von Annehmlichkeiten, so daß es sich in heißen Tagen gut dort leben läßt, oft sogar besser im komfortablen, wohltemperierten eigenen Heim, als in Sommerfrischen, woselbst es vielfach nicht kühler, dafür aber der Aufenthalt für die eigene Person meist um so ungemütlicher ist.

Gerade die Uebergangszeit vom Spätherbst zum Winter oder vom Winter zum Frühjahr sollte die Domäne der hochgelegenen Gebirgsorte sein. Während es in der Ebene dann kaum anhaltend friert, meist Wochen hindurch während Nässe die wenigen Frosttage in unangenehmer Weise ablöst, herrscht im Hochgebirge bereits der Winter in seiner ganzen Schöne. Dabei ist die Kälte keineswegs groß, wohl 3—5° im Mittel die schlimmsten Monate hindurch. Scheint dann die Sonne, was gerade in diesen Frosttagen eher Regel wie Ausnahme bildet, so empfinden wir den Frost wenig oder garnicht, wandern ohne Ueberzieher stundenlang umher und kehren heim mit dem wohligen Gefühl größter Behaglichkeit und Zufriedenheit, wie dies nur bei guter Uebereinstimmung des uns umgebenden atmosphärischen Fluidums mit unserem persönlichen Bedarf an Körperwärme und richtiger Blutzirkulation sich einzustellen pflegt. Nicht wenig trägt zur guten Laune die Erhebung unserer Psyche bei, die Freude und das Entzücken an der so einfachen und doch unendlich großartigen Winterlandschaft mit ihrem Farbenzauber, ihren klaren Fernblicken, diesen dem Städter für gewöhnlich verborgenen und unbekannten Reizen.

Was da immer wieder packt und zu inniger Bewunderung hinreißt, ist die Stille, dieses gewaltige tiefe Schweigen in der Natur, wie es eben nur der Winter hervorzubringen vermag. Die Mehrzahl der gefiederten Waldbewohner ist dann gen Süden gezogen, nur ganz selten bekommen wir auf den Dorfstraßen einige der reizvollen Goldammern zu Gesicht, welche vertraulich vor uns her flattern, wohl in der Hoffnung, durch



Wahrscheinlich, heben Bier und Payr hervor, sind übrigens die mit wohl den besten Erfolgen gekrönten Methoden der Erysipelbehandlung, nämlich

Wölfers Heftpflasterumschnürung,
Niehans Collodiumring, und
Krölls Cirkulärer Kautschukstreifen

auf die Wirkung einer Konstriktionshyperaemie zurückzuführen.

Lues. Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, daß in einem von Habs mitgeteilten Falle von inokulierter Lues die sofort vorgenommene Stauung die Ausbildung einer allgemeinen schweren Syphilis nicht verhütet hat.

Endlich will ich noch mit anführen, daß Ritter im Anschluß an einen Fall von perforiertem Magen-Gallertkrebs die Saugapparate zur Diagnose bei bösartigen Geschwülsten, sowie zum Studium der physiologischen Vorgänge bei denselben, möglicherweise auch ihrer Therapie, zu verwerten hofft.

Auch bei aktinomykotischen Fisteln glaubt er in diagnostischer Hinsicht davon Gebrauch machen zu können, während Colley sich bei dieser deletären Affektion wegen der Hinfälligkeit der Pilzrasen von der Energie der Stauungsbehandlung Gutes in therapeutischer Richtung verspricht.

Damit, m. H., wäre die Zahl der bisher der Stauungshyperaemie zugänglich gemachten Erkrankungen und die Vorschläge zu ihrer weiteren Verwertung auf dem Gebiete der inneren Medicin wohl erschöpft, und wenn wir uns zurückblickend die Frage vorlegen, ob sich bis jetzt ein Nutzen aus der Methode für die innere Medicin ergeben hat, so können und müssen wir diese Frage auf Grund des gelieferten Tatsachenmaterials, glaube ich, bejahen. (Fortsetzung folgt.)

Kongressbericht.

Der XXIV. Kongreß für innere Medicin

zu Wiesbaden, 15. bis 18. April 1907.

Referent: N. Meyer-Bad Wildungen.

Der XXIV. Kongreß für innere Medicin brachte zugleich das 25jährige Jubiläum. Ein künstlerisch ausgeführtes Gedenkblatt mit den Bildern der Gründer Kussmaul, v. Leyden, Gerhardt, Seitz und des ersten Vorsitzenden v. Frerichs wurde den Teilnehmern überreicht. Die eigentliche Seele des Kongresses, der seine Gründung angeregt hatte und so außerordentlich an seinem guten Gedeihen mitarbeitete, Exzellenz v. Leyden, war zum Vorsitzenden gewählt worden und hielt die Eröffnungsrede. Er schilderte die Schicksale der inneren Medicin in den letzten 25 Jahren, die durch die Bakteriologie und die Lehre der Infektionskrankheiten auf eine diagnostisch und therapeutisch festere Grundlage gestellt wurde. Die Diagnostik ist durch eine Fülle neuer Apparate und Untersuchungsmethoden bereichert worden, so durch die Sphygmographie, Spirometrie, Probemahlzeiten, Elektrodiagnostik, durch die bakteriologische Färbung, die Agglutination, Züchtung, Ueberimpfung usw. Da die innere Klinik um die Zeit der Gründung des Kongresses der lange Zeit in Mißkredit geratenen Therapie sich wieder zuwandte, hat auch der Kongreß für die objektive Förderung wissenschaftlicher Therapie viel getan. Alle Zweige der Therapie wurden gepflegt. Neben Medikamenten kam Hydrotherapie, Gymnastik, Elektrotherapie, Bäderbehandlung, Licht-, Lufttherapie, Ernährung und die Krankenfürsorge in Betracht. Die heute als untrennbar angesehene Chemie und Medicin hat in letzter Zeit den größten Einfluß auf die innere Medicin gehabt. So zeigt die große Trias der Hauptarbeitsgebiete Emil Fischers, der Zuckerarten, der Harnsäurereihe und der Eiweißchemie durchweg biologische Ziele und Resultate. Und die Chemie, schließt v. Leyden seine geistvollen Ausführungen, wird wie Ehrlich es jüngst ausführte, in Zukunft einen näheren Einblick in das Wie und Warum der Heilwirkung geben müssen. Die Verteilung chemischer Körper im Organismus stellt das Bindeglied zwischen chemischer Konstitution und therapeutischer Wirkung dar und zu erstreben ist eine spezifische Chemotherapie.

Die Referate des diesjährigen Kongresses betrafen ein Gebiet der Nervenkrankheiten, das auch nicht zuletzt des Interesses der praktischen Aerzte sicher ist. Zunächst sprach:

Schultze-Bonn über Neuralgien und ihre Behandlung.

Der Redner hatte sich die Aufgabe gesetzt, in seinem Referat nur allgemeine Gesichtspunkte und neue Errungenschaften zu bringen. Er versteht mit Freud unter Neuralgie die Krankheit, bei der Schmerzen innerhalb gewisser Teile sensibler Nervenbahnen entstehen, dem Verlaufe der sensiblen Nervenbahnen folgen und sich durch große Intensität und anfallsweises Auftreten auszeichnen. Vom klinischen Standpunkte ist es dabei gleichgültig, ob pathologische Veränderungen im Nerven vorhanden sind oder nicht. Wo dies aber der Fall ist, müssen sie im Vordergrund des Interesses stehen. Für die Aetiologie kommen in Betracht:

1. mechanische Ursachen, wie Druck und Zerrungen; Ausnahmen bilden oft Tumoren, die trotz erheblichen Druckes keine Neuralgien hervorrufen. Da müssen denn wohl besondere Faktoren im Spiel sein, vielleicht Verwachsungen, wie sie bei Amputationsstümpfen beobachtet sind und bei Ischiasfällen angenommen werden könnten. Daß bloße Hyperaemie selbst in engen Knochenkanälen eine Neuralgie hervorrufen kann, bleibt fraglich. Auch Gallenstein- und Darmkoliken werden neuerdings auf Neuralgien durch

---

wenige Brotkrumen auch zu ihrem Feiertagsrecht zu gelangen. Aendert sich hierdurch schon der Charakter des Hochwaldes, so geschieht dies noch mehr dadurch, daß auch das Rauschen der Blätter, das Niederfallen von trockenen Aesten und Kieferzapfen im Winter in Fortfall kommt. Laub gibt es ja dann nicht, und was sonst zum Abwurf gelangen würde, ist durch den Frost derartig fest mit dem noch lebenskräftigen Geäst verbacken, daß erst im späteren Frühjahr hierin eine Lockerung und Aenderung eintritt.

Lautlos verhallt unser Schritt in dem massigen weichen Schnee. Zu unseren Seiten, vor uns, keine Spur, nichts, was an die Existenz menschlicher oder tierischer Lebewesen erinnert. Jungfräulich und unberührt schmiegen sich Schnee und Eis Allem an, was die Natur irgend hervorbrachte, jeden Unterschied ausgleichend, alles Maß für Raum und Entfernung uns raubend. Kaum wagen wir beim Aufwärtsschreiten hörbar zu atmen, um diesen Frieden nicht zu stören, vielmehr selbst immer mehr daran teil zu nehmen und damit unserem inneren Menschen eine große, wenn nicht die größte Erquickung zu teil werden zu lassen. Gleich einer leisen, ebenmäßig dahinströmenden Cantilene — ein Unterton für die in uns ständig wachsende und sich ausbreitende Harmonie — tönt vielleicht nebenher das Murmeln des unsere Schritte begleitenden Gebirgsbaches. Wie ein verdecktes überaus diskretes Orchester mutet seine Musik an, selten nur, daß ihr Ton an besonders abhängiger Stelle ein lauterer wird. Dann glänzt wohl eine dünne kristallklare Wasserader vor uns auf zum Zeichen, daß hier tatkräftiges Leben dem Naturgesetz Trotz zu bieten wagte, daß Eis und Schnee es nicht zum Schweigen zu bringen vermochten.

Sich in dem Wohlgefühl solch unbegrenzter Stille und Einsamkeit allzuweit von den wenigen freigehaltenen Wegen zu entfernen, bleibt nicht rätlich und sei nur erfahrenen Skiläufern gestattet. Unter der alle Unterschiede ausgleichenden Schneedecke verschwinden naturgemäß die Ungleichheiten des Geländes völlig, und so kann „ein Schritt vom Wege“ es mit sich bringen, daß man plötzlich bis an den Gurt einsinkt und aus dem Reich des Ideals in durchaus unsanfter Weise wieder an die bestehende Weltenordnung mit ihrem zwar ungeschriebenen, dafür aber um so nachdrücklicher sich durchsetzenden Strafgesetzbuch erinnert wird. Es kommt hinzu, daß die von Schlitten befahrenen Gebirgswege so viel des Schönen darbieten, daß es immer Sache extremen Naturschlemmertums bleiben wird, darüber hinaus zu gehen und noch eine besondere Flucht in die Einsamkeit anzutreten.

Es gibt in der Tat kaum einen gleich grandiosen Anblick, als die Tannen und Kiefern des Gebirgshochwaldes, wie sie Ast für Ast unter der Zentnerlast des Schnees beinahe zusammenbrechend, dennoch stark und mächtig, ein Bild der siegenden Naturkraft, dastehen. Wir finden diese Erscheinung noch



Zerrungen zurückgeführt. Es wird angenommen, daß Darm- und Gallenblase an den in den Gängen und im Mesenterium verlaufenden Nerven zerren und so die Schmerzanfälle hervorrufen;

2. spielen bei Neuralgien die Neuritis und Perineuritis eine große aetiologische Rolle, wie z. B. bei den neuralgischen Schmerzen der Tabiker, der gewöhnlichen rheumatischen Ischias, bei der Neuralgie der Gichtiker, Diabetiker, Alkoholiker und der bei Infektionskrankheiten. Rätselhaft bleibt die Malarianeuralgie, auch die nach Erkältungen ist nicht leicht zu deuten, doch gehört sie wohl in das Gebiet der entzündlichen Neuralgien;

3. die durch seelische Einflüsse, durch Hysterie und Neurasthenie bedingten Neuralgien kommen gewöhnlich in Betracht bei inneren und Gelenkneuralgien. In diese Gruppe gehören ferner die Beschäftigungs- und Ueberarbeitungsneuralgien. Bei diesen ist es fraglich, ob eine Degeneration vorliegt oder ob Ermüdungsstoffe die Erkrankung bedingen;

4. können Gifte, die von außen in den Körper eingebracht werden oder in ihm entstehen, Neuralgien veranlassen. So ist die Verstopfung, bei der wohl Toxine in den Körper übergehen, als Ursache für Neuralgien bekannt;

5. müssen Arteriosklerose und Neuralgien in Zusammenhang gebracht werden, wenngleich der genaue Zusammenhang unbekannt ist; das gleiche ist der Fall bei

6. den Neuralgien auf anaemischer und sklerotischer Basis; der Zusammenhang ist wohl meist psychischer Art. Die oft beschriebenen schweren Formen von Neuralgie bei Sklerose sah der Referent nie.

Ueber die Pathogenese und pathologische Anatomie ist wenig bekannt. Das liegt zum Teil daran, daß meist nur resezierte Stücke von Nerven untersucht werden und eine genaue Untersuchung der Nerven von den Endigungen an bis zu den Ganglien und weiter zentralwärts noch aussteht. Für die gewöhnliche rheumatische Ischias liegen einige Befunde vor von Rötungen und feinen spinnwebartigen Adhaerenzen, die den Nerven verdickten. In anderen Fällen sind Obliterationen der Vasa vasorum und entzündliche Veränderungen um die Nerven gefunden worden. Bardenheuer fand Oedem und Hyperaemie in seinen Fällen, und Witzel Narbenmassen, die bei Amputationsneuralgien die Nerven mit den Knochen verbanden.

Bezüglich der Symptomatologie ist zu bemerken, daß die bekannten Druckpunkte fehlen oder vorhanden sein können. Man darf sich nicht auf die verschiedenen angegebenen Stellen beschränken, sondern muß auch die Nachbarschaft aufsuchen. Zu starker Druck ist zu vermeiden. Die Feststellung soll niemals durch direktes Fragen, sondern durch die Beobachtungen von Zuckungen, Abwehrbewegungen und Pulsveränderungen geschehen. Das Vorhandensein von Hyper- oder Anaesthesien deutet wohl stets auf organische Veränderungen im Nerven. Die Reflexe fehlen in vielen Fällen.

Die Diagnose der heftigen Neuralgien, wie Ischias und schwerer Trigeminusneuralgie ist einfach. Nicht echte, reine Neuralgien sind die Bernhardsche Meralgie paraesthetica im Bereiche der Fascia lata, die Achillodynie, eine Erkrankung eines in der Nähe der Achillessehne gelegenen kleinen Schleimbeutels, die Tarsalgie und Metatarsalgie, gewöhnlich im Bereiche des Metatarsophalangealgelenks der vierten Zehe.

Die Differentialdiagnose bei Ischias hat mit Coxa vara zu rechnen, die durch eine Röntgenaufnahme sicher gestellt wird. Die Verwechselungen mit Erkrankungen der Symphyse des Kreuzbeines usw. werden sich leichter vermeiden lassen als 1. mit dem intermediären Hinken (Erb) — hier fehlen die Schmerzen in der Ruhe und entstehen beim Gehen —, 2. mit der jüngst von Wilms beschriebenen Lymphangitis rheumatica chronica — kommt wesentlich im Bereich des Nervus tibialis und meist bei Frauen, die einen Gelenkrheumatismus überstanden haben, vor. Auch Plattfüße können Ischias vortäuschen. Bei doppelseitiger Ischias ist an eine Erkrankung der Cauda equina zu denken.

Bei der Trigeminusneuralgie kommt differentialdiagnostisch am häufigsten die Stirnhöhlenerkrankung in Betracht. In 2½ Jahren sind dem Vortragenden unter 16 Fällen sechsmal Katarrhe der Stirnhöhlen begegnet. Ferner ist auf Symptome zu achten, die für ein meningeales oder zerebrales Leiden sprechen.

Brachiale Neuralgien können durch Erkrankungen der Schulter und der Wirbel vorgetäuscht werden. Verwechselungen mit Paralysis agitans sind nicht selten. Häufig sind die Schmerzen psychischer Natur.

Von besonderer Wichtigkeit ist die Trennung der hysterischen und neurasthenischen Neuralgien von den übrigen Formen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß 1. die klassischen Druckpunkte meist fehlen, 2. die Erscheinungen von seelischen Einflüssen verändert werden und 3. infolge beliebiger Heilwirkungen schwinden, 4. die Lokalisation nicht mit dem Nervenlaufe entsprechend angegeben wird.

Bei der Therapie sind:

1. chemische Mittel wie Akonitin, Strychnin, Abführmittel etc. zunächst am Platze; versagen sie, dann ist an

2. physikalische Methoden zu denken. Am einfachsten sind die Naegelischen Handgriffe, die allerdings bei schweren Fällen im Stiche lassen. In vielen Fällen, doch meist zu unsicher, hat sich der galvanische Strom bewährt. Wärme und Hitze in vielen Formen leisten mehr. So hat Bier mit heißen Luftduschen und Massagen sehr gute Erfolge. Von 20 schweren, zur Operation ihm zugesandten Fällen ist er bei zwölf ohne Operation zu gutem Resultat gelangt. Warme Sandbäder, schottische Duschen haben dem Vortragenden gute Erfolge gegeben. Dehnungen sind bei allen Fällen mit perineuritischen Verwachsungen am Platze, doch ist an das Auftreten von Lähmungen nach ihrer Anwendung zu denken;

3. Eine gemischte, physikalisch-chemische Therapie stellt die Einspritzung von Morphin, Akonitin, Argent. nitr., Alkohol, Kochsalz, Osmiumlösung, Methylenblau, Luft, Wasser, Antipyrin u. a. in die Nervenbahnen dar. Besonders sind hier das Schlössersche und Langsche Verfahren zu erwähnen. Der Vortragende hat in vier Fällen nach zweimal 24 Stunden volle Schmerzfreiheit erzielt. Es empfiehlt sich, nach eingetretener Schmerzfreiheit Dehnungen anzuschließen;

4. Trotz dieser vielen Mittel ist die chirurgische Operation in einzelnen Fällen nicht zu umgehen. Die Durchschneidung und Resektion der Nerven führt bald zu Rezidiven. Die Krauseschen Ganglienresektionen sind die einzig rationellen Operationen, doch hat Krause 11 Proz. Mortalität, andere Operateure 22 bis 26 Proz. Außerdem sind Mißerfolge beobachtet worden (Garré). Empfohlen wurde zur Erreichung sicherer Resultate, die Knochenaustrittsöffnungen zu plombieren oder die Nerven bei Resektionen nicht glatt zu durchschneiden, sondern herauszureißen. Bardenheuer hat bei fünf Fällen von Ischias in vier Fällen dauernde Heilungen erhalten, dadurch, daß er die Nerven aus den Knochenkanälen entfernte und sie in Weichteile bettete. Der Theorie von Bardenheuer, daß diese Operation den Nerv von seiner Hyper-

---

prägnanter zum Ausdruck gebracht, nahe dem Gebirgskamm, dort, wo die Vegetationsgrenze liegt und Bäume wie Gesträuch sich nur mehr vereinzelt in ihrem so vielgestaltigen und köstlichen Wintergewand darbieten. Oftmals schaut von dem grünen Nadelkleid der Tanne kaum noch ein letzter Rest unter den breit und patzig aufgesetzten Schneemassen hervor. Weißen leuchtenden Pyramiden gleich stehen sie da, meist gekrönt von dem gotischen Turmspitzen ähnelnden obersten Schößling mit seinen seitlichen Fortsätzen, welch letztere durch Vereisung in dieser charakteristischen, monumentalen Weise umgestaltet wurden. Beleuchtet dann die Sonne das Gesamtbild, indem sie jedes noch so winzige Eiskristall zu sprühendem Leben erweckt, so gewinnt man den Eindruck eines im Frost erstarrten Riesenkampfes, einer Gigantomachie, als etwas Urgewaltigem, mit dem wir kleinen Menschenkinder uns nicht gleich vertraut machen können und scheuer Bewunderung voll davor stille stehen.

(Fortsetzung folgt.)



aemie befreie, kann sich der Vortragende insofern nicht anschließen, als er die Hyperaemie als Aetiologie nicht anerkennt.

Das zweite Referat hatte Schlösser-München: Erfahrungen in der Neuralgiebehandlung mit Alkoholeinspritzungen.

Schlösser fand nach vielen Versuchen, daß Alkohol, in 70—80proz. Konzentration an den Nerven gebracht, diese Stelle des Nerven zur Degenerierung und alle seine Teile mit Ausnahme des Neurilem zur Resorption bringt. Seine Erfahrungen beruhen auf 209 Fällen, z. T. mit mehreren Rezidiven, im Laufe der letzten 5 Jahre. Die Fälle sind durchweg alte, die psychischen sind ganz ausgeschlossen worden. Die Methode besteht darin, daß möglichst große Strecken des erkrankten Nerven und möglichst zentralwärts injiziert werden. Zur Vermeidung von Nebenverletzungen wird eine kräftige Nadel mit möglichst stumpfer Spitze und, um gut am Knochen entlang tasten zu können, von möglichst geradem Verlauf gewählt. Bei Erkrankungen des dritten Trigeminusastes sind allerdings gebogene Nadeln erforderlich. Nach der Art der Nerven ist der Einspritzungsmodus verschieden: 1. Sensible Nerven sind mit wiederholten Einspritzungen von 2—4 g-Dosen zu behandeln. 2. Bei motorischen Nerven muß ein Zustand der leichten Parese durch sukzessive Injektion kleiner Quantitäten des Alkohols erzielt werden, indem nach Abwarten von etwa 5 Minuten immer wieder etwas Alkohol zugefügt wird. 3. Die gemischten Nerven sind wie die motorischen, nur etwas energischer zu behandeln.

Der Redner erläutert sein Verfahren an einem supponierten Fall von Trigeminusneuralgie. Um sicher den 3. Ast zu treffen, fühlt er vom Munde aus mit den Fingerspitzen das innere Ende des großen Keilbeinflügels, durchbohrt mit einer langen Nadel die Wange und kommt etwas unterhalb der innen liegenden Fingerspitze in die Mundhöhle, tastet sich unter dem Finger an dem großen Keilbeinflügel in die Höhe bis zur Schädelbasis. Aus der nun angeschraubten Spritze wird 0,5 g Alkohol injiziert, was der Patient mit der Angabe lebhaften Schmerzes im Unterkiefer beantwortet, und nach kurzer Zeit erneute 0,5—1,0 g. Der Schmerz läßt allmählich nach, die Dosis wird noch einmal wiederholt. Es tritt ein Gefühl von Brennen im Unterkiefer auf, doch kann der Patient schmerzlos sprechen. Kommt am nächsten Tage der Schmerz wieder, so wird am Tage darauf mit der Knienadel von dem Unterkieferwinkel aus an der Innenseite des Unterkiefers bis zum Foramen mandibulare in die Höhe gegangen und hier injiziert. Die Unterlippe wird gefühllos, der Kiefer fühlt sich geschwollen an. Die Anfälle kommen nun nicht mehr wieder. Wenn der Patient aber noch über eine peinliche Empfindung im Oberkiefer klagt, so wird von der vorderen Massetergrenze etwas unterhalb des unteren Jochbeinrandes eingegangen, der Masseter umstochen und mit der Nadel am Oberkiefer entlang nach der Mitte und etwas nach oben hinten vorgegangen. Bei $4^1/_2$ cm Tiefe ungefähr kommt man in den Engpaß der Fossa pterygomaxillaris, in welcher man noch 1 cm vordringt. Jetzt wird wegen der großen Schmerzen langsam und sukzessive injiziert.

Die Heilung ist nur eine zeitweise, sie hält ungefähr ein Jahr an, die Behandlung muß dann wiederholt werden. Wo man bezüglich der Lokalisation im Zweifel ist, muß in den Kauf genommen werden, daß in diesem Falle ein Nerv zu viel injiziert wird. Narkose ist nicht ratsam, da ja dann die für die Beurteilung der Prozedur so wichtigen Schmerzen ausfallen. Als üble Zufälle hat der Vortragende Paresen, in einem Falle eine Paralyse gesehen, die in spätestens drei Monaten geheilt waren. Ferner kann durch Bindegewebsentwickelung zwischen den Kaumuskeln und an der Schädelbasis eine Kieferklemme zustande kommen. Hier helfen mechanische Uebungen und schließlich Fibrolysineinspritzungen.

Von den behandelten Fällen waren 123 Trigeminusneuralgien. Die Dauer bis zum Auftritt des Rezidivs betrug im Durchschnitt 10,2 Monate. Von 38 Ischiasfällen sind bei 36 bisher keine Rezidive aufgetreten, bei 2 Fällen nach 3 bis 6 Monaten. Bei 16 Okzipitalneuralgien, 8 Armneuralgien, 1 Interkostalneuralgie, 2 Neuralgien nach Amputationen, 2 Fällen von lanzinierenden Neuralgien bei Tabes kein Rezidiv. Von 11 Fällen von Fazialisklonus sind in 9 Fällen Rezidive nach 3—7 Monaten aufgetreten.

Was die Endresultate betrifft, so ist die Krausesche Operation fraglos vorzuziehen bezüglich des Dauereffektes, doch spricht gegen sie die hohe Mortalität. Schließlich scheint jetzt nach 5jähriger Erfahrung festzustehen, daß bei wiederholten Einspritzungen die Rezidive immer später auftreten. (Fortsetzung folgt.)

XXXVI. Kongreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

Referent: Dr. Max Litthauer.

2. Sitzungstag, 4. April 1907.

(Fortsetzung.)

Hr. Wendel-Magdeburg: Beitrag zur endothorakalen Oesophaguschirurgie.

W. betont die Bedeutung des Sauerbruchschen und Brauerschen Verfahrens für die endothorakale Freilegung des Oesophagus und berichtet über zwei Fälle, welche er mittels der Brauerschen Methode operiert hat. In dem ersten Falle handelte es sich um einen Patienten von 29 Jahren, bei dem wegen einer Oesophagusstriktur eine Magenfistel angelegt war. Es war eine gutartige Striktur angenommen worden. Eine mittels des Oesophagoskops vorgenommene Probeexzision aus der strikturierten Stelle ergab, daß es sich um ein Zylinderzellencarcinom handelt. Der Oesophagus wurde unter Anwendung des Brauerschen Apparats in rechter Seitenlage vom 5. und 6. Interkostalraum aus freigelegt, der Ueberdruck wurde nach Eröffnung der Pleura eingeschaltet. Es zeigte sich, daß das Carcinom mit der Aorta fest verwachsen war und bereits die Lungen ergriffen hatte. Da somit eine radikale Entfernung nicht möglich war, wurde die Wunde wieder geschlossen. Patient verließ am 10. Tage nach der Operation das Bett und erlag 4 Monate später seinem Carcinom.

Beim zweiten Falle, der einen älteren Herrn betraf, bestand die Stenose seit 6 Monaten. Patient wurde in der gleichen Weise operiert, wie der erste Kranke. Nach Freilegung der Speiseröhre zeigte es sich, daß die Stenose die Cardia betraf. Das Zwerchfell wurde ringsherum von der Cardia und dem Oesophagus abpräpariert und die Cardia in den Thoraxraum hineingezogen. Magen und Oesophagus wurden geschlossen, und dann wurde eine Anastomose zwischen Magen und Oesophagus angelegt, was leicht gelang. Patient starb am 2. Tage nach der Operation an einer Nachblutung. Der Brustteil der Vagi war bei der Operation erhalten worden; die abdominelle Partie dagegen war beiderseits durchtrennt worden. Einen Einfluß auf die Herztätigkeit hatte diese Durchschneidung der Vagi nicht gehabt.

Hr. Kölliker-Leipzig demonstriert die von ihm bei der Oesophagoskopie angewandten Instrumente. Er empfiehlt, um die Ausführung der Oesophagoskopie zu erleichtern, elastische Rohre anzuwenden.

Hr. E. Küster-Marburg: Ueber Divertikel und zirkuläre Narben des Oesophagus.

K. operierte vor einigen Monaten einen Speiseröhrendivertikel bei einer 57jährigen Frau nach einer neuen Methode, wie er ursprünglich meinte, die aber, wie sich später zeigte, bereits von Nicoladoni empfohlen und von Girard ausgeführt worden ist. Er schnitt den größten Teil des Sackes ab, vernähte den Stumpf der Wundfläche gegen Wundfläche, stülpte ihn in die Lichtung der Speiseröhre ein und erreichte den Schlitz im Oesophagus. Die Ernährung erfolgte durch tägliche Einführung des Schlundrohres, die Heilung erfolgte p. p. i., doch bildete sich 8 Tage später noch einmal eine feine Oesophagusfistel, welche noch einmal eine längere Behandlung nötig machte, schließlich aber heilte.

Infolge dieser Fistelbildung nahm sich K. vor, in Zukunft die Divertikel vollständig einzustülpen. Die Gelegenheit schien sich bald zu bieten, indem ein 45jähriger Mann mit der Diagnose eines Divertikels und mit einem Aktinogramm der Göttinger Klinik sich aufnehmen ließ. Ein neu angefertigtes Aktinogramm schien die Bestätigung zu bringen, nur fiel ein vom unteren Ende des Sackschattens ausgehender fadenförmiger Schatten auf. Weitere Untersuchungen mußten unterbleiben, da Patient seit vielen Tagen keine Nahrung mehr zu sich genommen hatte. Bei der Operation fand sich eine Dilatation; als diese eröffnet war, fühlte man unter der oberen Brustapertur eine harte Striktur, in welche unter Fingerleitung ein Druckkatheter mittlerer Dicke eingeführt werden

konnte, durch den die Ernährung gut vor sich ging. Als dieser aber endlich fortgenommen werden mußte, begann eine stetige Erschwerung der Nahrungsaufnahme; und da Patient die Anlegung einer Magenfistel verweigerte, so war die Sondeneinführung mehr und mehr peinlich. Am 15. Tage p. o. war die Sondierung besonders schwierig, am Abend trat Fieber ein und während der Nacht starb Patient unter den Erscheinungen des Lungenödems. Die Sektion ergab das Vorhandensein einer Doppelstriktur, deren Innenfläche aber noch mit Epithel bekleidet war. Um den Oesophagus fand sich eine mehrere Zentimeter dicke, enorm harte Narbenmasse, im Oesophagus mehrere Fisteln, welche in Gängen durch die Narbenmasse führten. Links die Pleurablätter verwachsen, oben und unten im Bereich dieser Verwachsungen je eine Höhle, mit flüssigem Milchkakes gefüllt. Lungenödem. In die Narbe eingeschlossen finden sich wenige kleine, unveränderte Bronchialdrüsen.

Hr. Reisinger-Mainz: Ueber die operative Behandlung der Erweiterung des Oesophagus.

R. berichtet über einen Fall, in dem ein Oesophagusdivertikel vermutet worden war. Zunächst wurde die Magenfistel gemacht. Einige Wochen später Freilegung des vermuteten Oesophagusdivertikels von hinten durch Rippenresektion links. Da ein Kollaps eintrat, wurde die Operation unterbrochen, nachdem man sich des Oesophagus durch zwei Fadenschlingen versichert hatte. Nach einigen Wochen erfolgte die zweite Operation, bei der mittels der Leitfäden der Oesophagus leicht gefunden wurde. Es zeigte sich, daß lediglich eine spindelförmige Erweiterung eines Teiles des Oesophagus vorlag, kein Divertikel. Es wurde ein Stück aus der erweiterten Oesophaguswand herausgeschnitten, dann der Oesophagus genäht. Es etablierte sich eine Oesophagusfistel und es waren zu der Schließung mehrere Nachoperationen nötig. Die Patientin, welche sich seit der Operation sehr erholt hat, wird vorgestellt. Bei der Operation wurde weder die Sauerbruchsche Kammer noch der Brauersche Apparat angewendet.

Hr. Paul Manasse-Berlin: Die Bedeutung der arteriellen Gefäßversorgung des S. romanum für die operative Verlagerung desselben.

Herr Manasse weist an der Hand von Korrosionspräparaten, welche den Darm in Verbindung mit den Gefäßen zeigen, auf die große Wichtigkeit hin, die den verschiedenen typischen und atypischen Verlaufsweisen der Arteriae sigmoideae und des von ihnen gebildeten „Randgefäßes" für die Schnittführung bei der Durchtrennung des „Mesosigmoideums" zukommt, und die genauer als bisher zu beachten ist, will man nach Exstirpation des obersten Rectumabschnittes, bezw. des Colon pelvinum die gefürchtete postoperative Gangrän zum Ersatze des Defektes heruntergeholten S. romanum vermeiden. Die letzte Arteria sigmoidea (A. sigmoid ima) ist unbedingt zu schonen, da sie nach der notwendigen Durchschneidung der A. mesenter. inf. die Verbindung des ernährenden Randgefäßes mit der A. hämorrh. super. aufrecht erhält. In vielen Fällen muß das S. romanum aus seinen normalen Verklebungen auf der linken Darmbeinschaufel gelöst werden, teils um das Randgefäß genügend zu übersehen, teils um für den Defekt nach der Exstirpation des Colon pelvinum ausreichendes Material herunterzubekommen. Bei mangelnder Uebersicht über den Verlauf des Randgefäßes ist das Mesosigmoideum in Höhe des 5. Lendenwirbels unter Schonung des unteren Astes der A. colica sin. zu durchschneiden. Auf Grund der genaueren topographischen Kenntnisse hat Manasse bei inoperablen Stenosen des Mastdarms (Lues, maligne Geschwülste) zur Vermeidung des Anus praeternatur. am Bauche eine neue Methode ausgeführt, um die Stenosen zu umgehen: Leibschnitt parallel dem Lig. Poupartii, quere Durchtrennung des S. romanum oberhalb der Stenose, Vernähung des abführenden Darmendes, Durchschneidung des Mesosigmoideums soweit, daß das S. romanum in geradliniger Fortsetzung des Col. desc. aus der Bauchhöhle über das linke Lig. Poupartii bis an das Rectum herangebracht werden konnte. Darauf zweiter Schnitt, ausgehend von der Bauchwunde über das linke Lig. Poup. zwischen Damm und linken Oberschenkel durch das linke Cavum ischiorektale bis an die Seitenwand des Rectums und genaue Vernähung des in diese Wunde eingelagerten S. romanum mit dem Mastdarm. 2 Fälle. (Sigmoidea-rectostomia externa.)

Hr. Blumberg: Zur Bauchschnittechnik (mit Krankenvorstellung).

Da die aseptische Heilung bei Laparotomien etc. besonders leicht durch ein stark entwickeltes Fettpolster Störungen erleidet, so exstirpiert Blumberg, nachdem ein kleiner Schnitt durch Haut und Panniculus adiposus geführt ist, das subkutane Fettgewebe in seiner ganzen Dicke auf einige Zentimeter hin keilförmig von der Schnittwunde aus. Dadurch wird zugleich erreicht, daß der Schnitt bei starkem Panniculus nicht größer zu sein braucht, als bei mageren Patienten. Da ferner die Festigkeit der Bauchnarbe fast ausschließlich von der lückenlosen Verteilung der Aponeurose abhängt, so wird eine postoperative Hernie um so eher vermieden, je kleiner der Aponeurosenschnitt ist: deshalb macht Blumberg nur eine kurze Inzision der Aponeurose und unterminiert dieselbe stumpf in der Umgebung des Schnittes, an den Schnitträndern und besonders in den Wundwinkeln, auf einige Zentimeter, was sehr leicht geschieht. Durch diese Mobilisierung der Aponeurose wird die Zugänglichkeit zum Abdomen erhöht. — Bei der primären Vernähung wird bei der Aponeurosennaht der darunter liegende Muskel oberflächlich mitgefaßt; die subkutane Fettschicht wird durch isolierte fortlaufende Naht vereinigt. Auf den Verband kommt für einige Tage ein Sandsack von $^1/_2$—1 kg. Alle so operierten Fälle sind per primam intentionem geheilt. Selbst bei starkem Fettpolster war nur ein Schnitt von ca. 4 cm Länge nötig, und trotzdem es sich bei den vorgestellten Patienten, bei denen Blumberg die Intervalloperation der Appendicitis ausgeführt, um schwerste flächenhafte Adhäsionen handelte, konnte der Appendix trotz der Kleinheit des Schnittes mit dem Auge aufgesucht werden.

Hr. Schmitt-München: Komplikationen nach Magenresektionen.

Sch. berichtet zunächst über einen Fall von Magenresektion, in dem mehr als die Hälfte des Magens reseziert wurde. Patient stand am 12. Tage nach der Operation auf mit gut funktionierendem Magenrest. Einige Tage später ging die Laparotomiewunde teilweise auseinander. Es prolabierte Netz, das abgetragen wurde. Dann nochmaliger Netzprolaps, der wiederum abgetragen wurde. Es resultierte eine Zeit lang eine Fistel, die sich nach einiger Zeit spontan schloß.

Der zweite Fall betrifft eine 48jährige Patientin, bei der eine Pylorusresektion gemacht wurde. Es mußte ein großes Stück vom Duodenum entfernt werden, daher konnte das Duodenum nicht an den Magen herangebracht werden. Es wurde deshalb die zweite Billrothsche Operation ausgeführt. $1^1/_2$ Jahre war die Kranke gesund. Da erkrankte sie an doppelseitiger Pneumonie, die kritisch abheilte. Während dieser Erkrankung mußte Patientin sehr viel husten. Dadurch entstand in der Narbe eine Vorwölbung; schließlich öffnete sich an einer Stelle eine Duodenalfistel an der Stelle, wo das Duodenum zirkulär vernäht war. Die Fistel wurde operativ geschlossen.

Hr. Heile-Wiesbaden: Neue Beobachtungen über die Entstehung und Behandlung postoperativer Darmstörungen.

H. macht auf hartnäckige Darmkatarrhe und Diarrhöe aufmerksam, welche nach Darmoperationen auftraten. Er ist auf Grund seiner Versuche und Beobachtungen zu der Anschauung gelangt, daß diese Patienten zu viel Alkali ausscheiden. Durch diese Alkaliarmut wird der Darm nicht genügend neutralisiert. Der nicht neutralisierte Darminhalt reizt zu Diarrhöen. Schließlich kommt es zu vergiftungsähnlichen Zuständen. Man muß bei am Darm oder Magen zu Operierenden nach früheren Diarrhöen fahnden und nötigenfalls schon prophylaktisch Alkalien zuführen. Auch wenn die Zustände eingetreten sind, müssen sie durch Alkalien bekämpft werden. Eventuell ist es erforderlich, Lösungen von $NaHCO^3$ in die Venen einzuspritzen. Die erwähnten Darmstörungen kündigen sich durch das Auftreten von Acetessigsäure im Urin an. Tritt Heilung ein, so verschwindet die Acetessigsäure wieder.

Hr. Payr-Graz: Experimentelle Untersuchungen über Magenveränderungen als Folge von Thrombose und Embolie im Pfortadergebiet.

Sowohl durch Vereisung des Netzes mit dem Chloraethylstrahl als auch durch hohe Temperaturen gelingt es, Venenthrombose zu erzeugen, und werden die gebildeten Pfröpfe leicht gelockert und

leberwärts verschwemmt. Als Folge finden sich in einem Teile der Fälle Magenveränderungen.

Eine andere Versuchsanordnung besteht darin, daß in die Venen des Netzes mittels feiner Kanüle corpusculäre Elemente in Emulsion (Tusche, Dermatol) oder fettige Substanzen (Oel, Vaseline, Paraffin) oder endlich Gelatine eingespritzt werden. Dieselben gelangen auf dem Wege der retrograden Embolie in die submucösen und präcapillaren Magenvenen, verstopfen diese und erzeugen dadurch Blutung, hämorrhagische Infarcierung, Erosionen und Geschwüre.

Auch durch fortgeleitete Venenthrombose entstehen ähnliche Veränderungen. Bei embolischer Genese sind die zu beobachtenden Magenveränderungen meist multipel.

Bei Kindern werden dieselben fast nie beobachtet; hierfür sind eigentümliche Klappenbildungen in den Magenvenen, die nur dem kindlichen Alter zukommen, verantwortlich zu machen.

Endlich berichtet der Vortragende noch über mehrere einfache Experimente an den Mesenterialvenen, um das Wesen der sogenannten retrograden Embolie im Pfortaderkreislauf zu studieren. Es gelingt durch Verlegung einer größeren Gekrösvene unmittelbar nach Vereinigung zweier Aeste durch Füllung des Gefäßes mit gefärbter Flüssigkeit, den Vorgang derselben direkt der Beobachtung zugänglich zu machen (Verschleppung künstlicher Embolie in periphere Darmvenen).

Die so gewonnenen Ergebnisse lassen sich auf Netz- und Magenvenen übertragen.

Der Vortragende erläutert seine Ausführungen durch Demonstrationen von Präparaten sowie makroskopischen und mikroskopischen Bildern der vorgefundenen Magenveränderungen (Abbildungen zahlreicher embolischer Magenulcera). (Fortsetzung folgt.)

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur.

(Medicinische Sektion.)

Sitzung vom 8. Februar 1907.

Vorsitzender: Herr Uhthoff, Schriftführer: Herr Strümpell.

Der Vorsitzende widmet dem durch einen Unfall plötzlich aus dem Leben geschiedenen Kollegen Sticher einen warmen Nachruf. An Stelle des verstorbenen Prof. Buchwald wird Geh. Med.-Rat Garrè zum Sekretär gewählt.

1. Herr Uhthoff demonstriert einen Fall von doppelseitigem Exophthalmus, Chemose der Conjunctiva und ulcerösen Prozessen der Hornhaut. Erkrankung der Nebenhöhlen oder Sinusthrombose war auszuschließen. U. hält es für einen Basedow.

2. Herr Ponfick spricht über das sogen. letzte Azteken-Paar, das hier öffentlich zur Schau gestellt wird. Er hält es für idiotisch veranlagte, mikrocephale Mischlinge einer gelben und schwarzen Rasse, das kein wissenschaftliches Interesse beanspruchen kann.

Herr Rosenfeld stimmt dem bei und wendet sich gegen den Ausdruck Azteken-Typus. Die Azteken sind nie mikrocephal gewesen.

3. Herr Mann: Ueber Schwindel und Gleichgewichtsstörungen nach Commotio cerebri und ihren Nachweis durch eine galvanische Reaktion.

Das Schwindelgefühl, das nach commotio cerebri an erster Stelle steht, kann entweder subjektiv, gleich dem neurasthenischen Schwindel (vasomotorische Neurose), oder objektiv durch Gleichgewichtsstörung auftreten. Diese letztere Form muß als organisches Herdsymptom, wie bei Labyrinth-Erkrankungen, angesehen werden. M. zeigt, daß Patienten mit einseitiger Labyrinth-Erkrankung bei geschlossenen Augen nach der kranken Seite, bei doppelseitiger nach hinten umfallen. Läßt man bei einem Gesunden einen elektrischen Strom quer durch beide Felsenbeine gehen, so fällt er immer nach der Anodenseite; dagegen tritt Nystagmus beim Blick nach der Kathodenseite auf. Elektrisiert man aber einen Kranken, so fällt er immer nach der kranken Seite (Babinskysche Reaktion). Demonstrationen an Patienten mit Mittelohraffektionen und Erkrankungen am statischen Apparat. Bei Reizung des N. acusticus treten auch akustische Beeinflussungen nach dem Pflügerschen Gesetz auf.

Sitzung vom 22. Februar 1907.

Vorsitzender: Herr Uhthoff, Schriftführer: Herr Strümpell.

1. Herr Rosenfeld stellt eine Patientin vor, bei der nach einem Sturz von der Treppe der Abgang von Stuhl und Gasen vollständig cessierte. Abdomen war im ganzen schmerzhaft (Muskelschmerz), auch trat etwas Erbrechen auf. Bei Bettruhe verschwand beides; dagegen war eine Defäkation auch durch hohe Eingüsse nicht zu erzielen. Erst am elften Tage erfolgte unter Gebrauch von Extr. Bellad. etwas Stuhl und von da ab in regelmäßiger Weise. R. hält es für einen Tenesmus im S. Romanum mit spastischem Ileus. Auf die Frage des Herrn Küstner, ob es sich nicht um die Entstehung oder Verschlimmerung einer Retroflexio uteri gehandelt habe, erwidert der Vortr., daß er nichts davon gefühlt habe.

2. Herr Stern: Ueber Polycythaemie.

Man versteht darunter die Vermehrung der roten Blutkörperchen in der Raumeinheit des Blutes. Sie tritt ein 1. nach starken Wasserverlusten, 2. bei schweren Kreislaufstörungen (congen. Herzfehler), 3. im Hochgebirge oder Luftballon, 4. bei gew. Vergiftungen (Phosphor), 5. bei Infektionen (Trichinosis, Influenza). Neuerdings hat man auch primäre Polycythaemie mit Milzschwellung und Albuminurie festgestellt. Die subjektiven Beschwerden der Polycythaemie sind: Schwindelanfälle, Kopfschmerz, Ohrensausen, Migräne, Druckgefühl in der linken Bauchseite (Milz); objektiv: Verfärbung der Haut, der Schleimhäute und des Augenhintergrundes, Anschwellung der Milz und der Leber, Albuminurie, häufige Blutungen aus Nase und Zahnfleisch, Blutdruckerhöhung und vasomotorische Störungen, Herzinsufficienz, Arteriosklerose, neurasthenische Urat-Diathese und Gicht. Das Blut enthält sechs bis dreizehn Millionen rote Blutkörperchen im Kubikzentimeter.

Bei der Sektion fand sich zuweilen eine Hyperplasie des Knochenmarks; es ist unsicher, ob Plethora besteht. Aetiologisch handelt es sich entweder um verminderten Untergang oder vermehrte Neubildung der roten Blutkörperchen; wahrscheinlich ist das letztere. Es tritt eine Verlangsamung des Blutstromes und erhöhte Viscosität ein. Therapie: Von gutem Einfluß ist ein Aderlaß von 300—400 ccm. Medikationen haben keinen Erfolg; empfehlenswert ist eisenarme Nahrung, besonders vegetabilische Kost. Prognose ist unsicher.

Herr Uhthoff zeigt Bilder vom Augenhintergrund bei einem Fall von Polycythaemie. Erweiterung der Venen und zum Teil auch der Arterien ist auffallend. Blutaustritt fand nicht statt.

3. Diskussion über den Vortrag des Herrn Mann: Ueber Schwindel und Gleichgewichtsstörungen nach commotio cerebri und ihren Nachweis durch eine galvanische Reaktion.

Herr Görke: Die Angaben Babinskys haben sich nicht bestätigt; auch bei Gesunden tritt nicht immer die Reaktion regelmäßig ein; auch der Nystagmus ist unzuverlässig; daher ist die Methode nicht anwendbar. Dagegen ist die sogen. Gegenrollung des Auges für die Diagnose der Labyrinth-Erkrankungen verwendbar. Nach einer Bemerkung des Herrn Hinsberg hält Herr Mann im Schlußwort seine Ausführungen aufrecht.

Peritz.

Periodische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift. Nr. 11. 1907.

1. Cremer, München: **Ueber das Saitenelektrometer und seine Anwendung in der Elektrophysiologie.**

C. hat sich bemüht, ein elektrostatisches Feld in ähnlicher Weise zu benützen, wie im Saitengalvanometer ein elektromagnetisches benuzt wird, und hat mit Edelmann ein Instrument konstruiert, das dem Saitengalvanometer und auch dem Kapillarelektrometer in mancher Beziehung überlegen ist. Das neue Instrument, Saitenelektrometer, besteht im wesentlichen aus einem dünnen



Metalldraht bezw. versilberten Quarzfaden, dem von rechts und links her zwei Polplatten genähert werden können; es ist ein Hankelsches Elektrometer, bei dem das Goldblatt ersetzt ist durch einen beweglichen Leiter, der an zwei Stellen befestigt ist; vorn und hinten befindet sich je ein Projektions- und Beleuchtungsmikroskop; die Polplatten tragen entsprechende Ausschnitte, damit die Mikroskopobjektive genähert werden können. Das Instrument kann so benutzt werden, daß der Faden auf ein hohes Potential geladen wird, und man auf die beiden Polplatten die zu untersuchende elektromotorische Differenz einwirken läßt, oder man stellt von rechts und links hohe Potentiale dem Faden gegenüber und läßt die zu untersuchende Potentialdifferenz auf Faden und Nullpunkt des Potentials einwirken. Das neue Instrument wird hervorragend brauchbar sein für elektrophysiologische Untersuchungen (Entstehung des Demarkationsstromes im Muskel und Nerv, elektrotonische Ströme in Nerven, Polarisationsströme an tierischen Organen, elektrische Fische), aber auch für rein physikalische und physikalisch-chemische.

2. Rubin, Freiburg i. B.: **Ueber den Verlauf der Urobilinurie beim Typhus abdominalis.**

Die Untersuchung auf Urobilin wurde mit dem Schlesingerschen Reagens, einer 10%igen alkoholischen Zinkazetatlösung vorgenommen, die zu gleichen Teilen mit dem unfiltrierten Harn versetzt wird. Die Beurteilung der Fluorescenz erfolgte nach vierstündigem Stehen der Probe und zwar bei einem Ausfall, der für die spektroskopische Betrachtung noch nicht hinreichte, lediglich nach der Stärke der optischen Erscheinung. Die Untersuchungsergebnisse werden an der Hand von Kurven wiedergegeben. Die Urobilinurie im Verlaufe des Typhus abdominalis zeigt danach eine Gesetzmäßigkeit, deren Schwerpunkt in drei Erscheinungen liegt: der geringen oder fehlenden Urobilinurie von der Zeit des Fieberanstiegs bis weit in die Kontinua, in der oft hochgradigen Steigerung mit dem Eintritt der ersten großen Remissionen und ihrer mehr oder weniger langen Fortdauer während der Rekonvalescenz. Die Urobilinausscheidung während der Periode der absteigenden Staffel sistiert mit dem Beginn eines Recidivs und setzt mit den ersten starken Remissionen der Lysis wieder ein. Wie sich dieser Verlauf erklärt, ob man eine langsame Häufung der die Urobilinurie bedingenden Veränderungen, also der Leberschädigungen, annehmen muß, oder ob er vornehmlich auf den Uebergang von der Periode der diarrhoischen zu der der gebundenen Stuhlentleerungen zurückzuführen und somit nur als eine bis dahin verdeckte Erscheinung aufzufassen ist, ist noch nicht zu entscheiden. Was die praktische Verwertung des Urobilinnachweises beim Typhus betrifft, so dürften exzessive Proben im Beginn einer Erkrankung, die sonst den Verdacht eines Typhus erweckt, in der Regel gegen ihn sprechen, ebenso ausgesprochen negative bei lytisch entfiebernden Kranken. Prognostisch wird man im einzelnen Falle das Auftreten stärkerer Urobilinurie im Beginn der Lysis als Zeichen eines regelrechten, also günstigen Verlaufs auffassen dürfen.

3. Versé, Leipzig: **Ueber Cysticercen im IV. Ventrikel als Ursache plötzlicher Todesfälle.**

Krankengeschichten und Sektionsberichte von zwei Fällen von freien Cysticercen im IV. Ventrikel; in beiden bestand ein älterer Verschluß des Foramen Magendii; beidemal trat der Tod ganz plötzlich ein. Die Erklärung des plötzlichen Todes ist nicht leicht. Die Anwesenheit der kleinen geschrumpften Cysticercen an sich kann einen mechanischen Effekt nicht ausgeübt haben; ein akuter Verschluß des Hauptabflußweges kann auch nicht in Frage kommen, da das Foramen Magendii längst verschlossen war; der plötzliche Tod muß wohl auf Rechnung des Hydrocephalus gesetzt werden, der freilich auch schon einige Zeit bestanden haben muß. Der Hydrocephalus internus bei Anwesenheit von Cysticercen im IV. Ventrikel dürfte wohl als ein Stauungshydrocephalus anzusehen sein, der auf eine Erschwerung des Abflusses des Liquor cerebrospinalis in den Subarachnoidealraum des Rückenmarks zurückzuführen ist. Dabei dürfte die Ependymwucherung, die an der Stelle, wo der Cysticercus liegt, wohl primär entsteht, sei es durch mechanischen oder toxischen Reiz, eine Rolle spielen. Die Annahme, daß der plötzliche Tod in einem plötzlichen Versagen der in der Medulla oblongata liegenden Zentren, die bis dahin ausgehalten hätten, begründet ist, wird der Tatsache des gehäuften Vorkommens plötzlicher Todesfälle gerade bei Cysticercen im IV. Ventrikel nicht völlig gerecht. Ein Einfluß kann durch den Sitz des Cysticercus nur dadurch sich geltend machen, daß der Abfluß behindert wird, bei jungen Cysticercen durch einen schnell eintretenden Verschluß, bei älteren durch die in der Nähe der Blasen auftretende Ependymwucherung, welche die Abflußwege einengt oder aufhebt. Individuen, welche Cysticercen im IV. Ventrikel haben, sind gegen jede intrakranielle Drucksteigerung äußerst labil, da in der Nachbarschaft des in diesen Fällen natürlich am stärksten veränderten IV. Ventrikels die lebenswichtigen Zentren liegen.

4. Frese, Halle a. S.: **Ueber mikroskopische Würmer (Rhabditiden) im Magen einer Ozaenakranken.**

Bei einer Ozaenakranken fand F. in der Spülflüssigkeit des Magens neben Eiterzellen und Schleim, die zweifellos aus der mit stinkenden Borken austapezierten Nase stammten, und zahlreichen Bakterien mikroskopische Würmer, die sich in lebhaft schlängelnder Bewegung befanden und im Aussehen an kleine Aale erinnerten. Dieser Befund konnte über mehrere Monate erhoben werden, bis schließlich die Würmer schwanden. Im Stuhlgang waren niemals Parasiten oder Eier zu finden; auch die Untersuchung des Nasensekrets ergab einen negativen Befund. Die Magenwürmer waren teils Embryonen, teils geschlechtsreife Tiere von weiblichem Typus; solche von männlichem Typ wurden ebensowenig wie freie Eier gefunden. Die Würmer gehören wahrscheinlich zum Genus Rhabditis; eine Identifizierung mit einer der zahlreich beschriebenen Arten war aber nicht möglich. Es ist anzunehmen, daß eine zufällige Einfuhr derselben mit ungekochter Nahrung stattgefunden hat, und daß die Tiere in dem Magen der Patientin günstige Bedingungen für Aufenthalt und Vermehrung gefunden haben, wobei wohl in erster Linie an die reichliche Anwesenheit in Zerfall begriffener Eiweißsubstanzen zu denken ist, die das verschluckte Ozaenasekret lieferte. Wahrscheinlich handelt es sich also um einen gelegentlichen (fakultativen) Parasitismus einer gewöhnlich im Freien lebenden Rhabditide.

5. Vorschütz, Köln: **Die Genickstarre und ihre Behandlung mit Bierscher Stauung und Lumbalpunktion.**

(Nicht abgeschlossen.)

6. Avellis, Frankfurt a. M.: **Ueber Heuschnupfenbehandlung nach eigenen Erfahrungen.**

7. Baß, Wien: **107 Geburten in Scopolamin-Morphin-Halbnarkose.**

Die eingehend dargelegten Beobachtungen und Erfahrungen, die Verf. an dem Material der Chobrakschen Klinik machte, faßt er in folgenden Sätzen zusammen:

1. Der Geburtsschmerz wurde durch die Scopolamin-Morphin-Injektionen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle in bedeutendem Grade gelindert.
2. Für den zu erreichenden Zweck waren Dosen von 3 dmg Scopolamin + 1 cg Morphin ausreichend, Erhöhung der Dosis verbesserte die Resultate nicht in erheblicher Weise.
3. Die Geburt wurde durch die Scopolamin-Morphin-Injektionen in manchen Fällen zweifellos verzögert, jedoch meist nur unerheblich und ohne Schaden für Mutter und Kind.
4. Wehen und Placentarperiode wurden nicht wesentlich, die Bauchpresse hingegen häufig ungünstig beeinflußt.
5. Schädliche Nebenwirkungen für die Mutter traten nicht auf.
6. Für das Befinden des Kindes war die Scopolamin-Morphin-Halbnarkose durchaus nicht indifferent. Der Tod eines Kindes war wahrscheinlich lediglich dem Scopolamin-Morphin zuzuschreiben und mahnt deshalb zur Vorsicht in der Handhabung des sonst brauchbaren und nützlichen Verfahrens.

8. Toff, Braila: **Einige Worte über den Dammschutz.**

Der rasche Durchtritt des Schädels und der Druck desselben auf das Mittelfleisch ist es nicht, was hauptsächlich die Veranlassung zum Einreißen gibt, der eigentliche Grund liegt vielmehr in einem Mißverhältnisse zwischen dem durchtretenden Teile und der Dehnbarkeit des äußeren Genitales. Je weniger das Hinterhaupt unter dem Schambeine im Augenblicke des Durchschneidens vorgetreten ist, umso größer ist auch der durchschneidende saggitale Schädeldurchmesser und umso größer auch die Dehnung, welcher der vom äußeren Genitale gebildete Ring ausgesetzt ist, umso



leichter wird auch ein Riß entstehen können. Der wahre Dammschutz muß also der sein, den Schädel mit dem günstigsten Durchmesser durchschneiden zu lassen. Dazu ist vor allem notwendig, der Deflexion des foetalen Kopfes solange als möglich entgegenzuarbeiten, und gleichzeitig das Hinterhaupt so weit als möglich nach vorne durchtreten zu lassen, bis der knöcherne Schädel vollends vor die Symphyse getreten ist und sich am unteren Schambeinwinkel nicht mehr knöcherne Teile des Hinterkopfes, sondern die Weichteile des Nackens anstemmen. Die Ausführung des Dammschutzes hiernach geschieht in der Weise, daß der Geburtshelfer an der rechten Bettseite, mit dem Gesicht der Kreißenden zugewendet, sitzt und, sobald der Kopf in der Vulva sichtbar wird, die Handfläche mit gegen die Symphyse gerichteten Fingerspitzen demselben auflegt; bei jeder Wehe, später auch in der Wehenpause, wird mit letzteren unter dem Schambeinwinkel eingegangen und immer neue Teile des Hinterhauptes hervorgeholt, während man gleichzeitig hierdurch die Flexion des Kindskopfes gegen die Brust hin verstärkt. Ist das Hinterhaupt ganz ausgetreten und unter dem Ligamentum arcuatum nur der weiche Nacken fühlbar, so läßt man nun die Deflexion vor sich gehen und entwickelt Stirne, Gesicht, Kinn. Die Handgriffe werden am bequemsten ausgeführt, wenn man die Kreißende in die linke Seitenlage bringt.

9. Schottelius, Freiburg i. B.: **Haemostix, Instrument zur Entnahme von Blut für diagnostische Zwecke.**

Der Haemostix ist ein siegelringähnliches Instrument, das man auf die Spitze des Daumens steckt; durch die Platte des Ringes kann man ein Messerchen drücken, welches den gewünschten Einstich ins Ohrläppchen macht und sofort beim Nachlassen des Druckes wieder in seine kaschierte Lage zurückspringt. Das Messerchen ist leicht abzunehmen und deshalb leicht zu desinfizieren. Dem eigentlichen Blutschnepper ist eine mit Kork montierte Gegenplatte beigegeben, durch die dem Ohrläppchen ein Rückhalt gegeben werden soll. Die Anwendung des einfachen Apparats ist folgende: der Messerring wird auf die Daumenspitze, die Gegenplatte auf den Zeigefinger gesteckt, dann nimmt man das Ohrläppchen zwischen diese beiden Fingerspitzen, drückt rasch und kräftig zu und gibt das Ohrläppchen wieder frei; das Messerchen hat dann einen genügend großen Einstich gemacht, aus dem Blut in genügender Menge austritt. Die kleine Operation kann man so gut wie schmerzlos machen und ohne daß der Patient überhaupt das Instrument zu sehen bekommt, was namentlich bei sehr Aengstlichen und Kindern von Wert ist.

10. Lengfellner, Berlin: **Ein Fall von äußerem und innerem Milzbrand.**

Der Patient, ein fünfzigjähriger Lederarbeiter, der mit Sortieren ausländischen Leders beschäftigt war, erkrankte wenige Tage vor Aufnahme in die Klinik an einem kleinen Pickel am Hals, der rapide wuchs und bald eine ausgedehnte Schwellung der ganzen Halsseite herbeiführte. In der Klinik wurden reichliche Milzbrandbazillen in den Bläschen nachgewiesen. Im Delirium riß sich der Patient öfters den Salbenverband ab und steckte die mit Wundsekret verschmierten Finger in den Mund. Bei heftigem Erbrechen aspirierte er einen Teil des Erbrochenen; bald danach stellten sich pneumonische Zeichen ein und nach einigen Tagen erfolgte der Exitus durch Herzschwäche. Bei der Autopsie fanden sich in den pneumonischen Lungenherden, in der Milz, sowie in einer ausgedehnten hochgradig infiltrierten Ulceration in der Gegend der Ileocoecalklappe reichlich Milzbrandbazillen. Der Darmmilzbrand wurde wahrscheinlich von der Wunde aus mittels der Hände erregt, indem der Patient mit den beschmutzten Fingern die Bazillen in den Mund übertrug; der Lungenmilzbrand entstand wohl auf dem Wege der Fremdkörperpneumonie, indem Milzbrandbazillen enthaltende Partikelchen des Erbrochenen beim Aspirieren in die Lunge kamen.

11. Strebel, München: **Die intratumorale Bestrahlung der Krebsgeschwülste als Fortschritt der Radiotherapie.**

Verf. hat schon 1903 (D. M. Z. Nr. 103) ein Verfahren der intratumoralen Radiumbestrahlung mitgeteilt, wobei das Radium in die ausgebohrte Spitze eines Aluminiumstäbchens eingeschlossen, mit Hilfe eines vorher in die Wunde eingestochenen Troikarts in das Zentrum der Geschwulst eingeführt wird. Es ist ihm jetzt auch gelungen, Röntgenstrahlen intratumoral zu applizieren, indem er die Strahlungsquelle selbst in die Geschwulst verlegt. Dies wird ermöglicht durch Konstruktion besonderer Röhren. Die Spiegelantikathode fällt weg, die Kathodenstrahlen werden direkt auf die Glaswand an einer bestimmten Stelle gerichtet, diese dadurch zum Ausschicken von Röntgenstrahlen veranlassend; gegenüber der Kathode ist die Glaswand zu einem spitzzulaufenden Rohr ausgezogen, auf dessen Ende die Kathodenstrahlen fallen und es so zum Leuchten bringen; die von dieser Glasantikathode ausgehenden Strahlen gehen nach allen Richtungen des Raumes auseinander. Die intratumorale Applikation wird in der Weise vorgenommen, daß unter Adrenalinschleichinfiltration ein zweischneidiges Messer senkrecht oder in anderer Richtung in den Tumor eingestochen wird, worauf man in den Stichkanal das durch Formalin mit nachfolgender Alkoholspülung desinfizierte Bestrahlungsrohr einschiebt; das Adrenalin sowohl wie der vom Rohr auf das Gewebe selbst geübte Druck schaffen eine tunlichste Blutleere, wodurch ein weiterer Faktor für beträchtliche Absorption der Strahlung ausgeschaltet wird. Die von der Spitze des Glasrohres ausgehende Strahlung wirkt nach allen Richtungen des Raumes, so daß die Geschwulst von innen heraus in toto bestrahlt wird. Um das Rohr zu schonen und starke Erhitzung zu vermeiden, wendet man relativ schwache Ströme an. Wie weit die Bestrahlungen auszudehnen sind, hängt von der Größe und Situation des Tumors ab. Die durch diese Methode hervorzubringenden Effekte treten wesentlich rascher ein als bei der fokalen Bestrahlung, die natürlich bei offen liegenden ulcerierten, nicht mehr von Haut bedeckten Tumoren ebenfalls angewendet wird.

12. Hocheisen, Stuttgart: **Nochmals zu den Geburten mit Scopolamin-Morphium.** Erwiderung auf die Arbeit von Gauß in Nr. 4 d. W.

Verf. weist die ihm von Gauß vorgeworfenen Fehlerquellen bei seinen Untersuchungen, Verwendung nicht einwandfreier Präparate und falsche Technik, als unberechtigt zurück und hält an seiner Warnung vor dem Verfahren für den praktischen Arzt fest.

13. Langes, Gmünd: **Zur Behandlung der verschleppten Querlage.**

Zu dem Vorschlage Millers (d. W., 1907, Nr. 7) bei verschleppter Querlage eine „bimanuelle innere Wendung" zu machen, bemerkt L., daß es wohl nur in den seltensten Fällen gelingt, beide Hände in die Vagina einzuführen, noch viel weniger aber, mit beiden Händen gleichzeitig in dem sowieso schon kleinen, zusammengezogenen Uteruscavum zu operieren, da dadurch doch allzu leicht eine Ruptur herbeigeführt werden könnte. Ihm hat sich manchmal in verzweifelten Fällen ein von Löhlein angegebenes Verfahren bewährt, das darin besteht, daß man die Kreißende in Knie-Ellenbogen-Lage bringt, wo das Zurückführen der vorgefallenen Hand und der eingeklemmten Schulter meist spielend gelingt und die Wendung bedeutend erleichtert wird. Es beruht das wohl darauf, daß bei Querlagen, besonders bei Mehrgebärenden, meistens Hängebauch besteht, und hier der Uterus sich weiter nach oben senkt als bei Rückenlage, so daß ein Eingehen mit der Hand auch bei stark vorspringendem Promontorium erleichtert wird; dann aber auch darauf, daß die Kreißende in dieser Lage von ihrer Bauchpresse gar keinen oder nur wenig Gebrauch machen kann, was sonst bei Wendungen sehr ausgiebig geschieht.

Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 11. 1907.

1. Beck, New York: **Ueber Lungengangrän.**

Bezüglich der Aetiologie der Fäulnisherde in der Lunge sind zwei Kategorien zu unterscheiden. Bei der einen gelangen die Bakterien, welche die Infektion vermitteln, in Begleitung von Fremdkörpern organischer Natur in die Lunge, und zwar kann dies direkt im Gefolge von Speiseteilen geschehen als auch dadurch, daß die Bakterieninvasion stattfindet, nachdem der Fremdkörper sich bereits festgesetzt hat. Diese Art der Infektion durch Aspiration ist die häufigste. Zur Aspiration faulig zersetzter Elemente neigen solche Patienten, die an entzündlichen oder geschwürigen Prozessen in der Mundhöhle, im Rachen, im Kehlkopf leiden; dasselbe gilt von Carcinom der Zunge, des Kehlkopfs, Oesophagus; Traumen der Mundhöhle, Brüche des Unterkiefers können bei



mangelhafter Mundpflege dazu Anlaß geben. Die zweite Klasse der Fälle von Lungengangrän verdankt präexistierenden Affektionen der Lunge ihre Entstehung, wie foetider Bronchitis, Pneumonie, Bronchiektasen, Lungentuberkulose; auch Decubitus, eitrige Caries, Puerperalprozesse und verwandte Zustände können als grundlegende Momente erscheinen.

Vom diagnostischen Standpunkt bemerkenswert ist, daß sich die Fäulnisherde am häufigsten im unteren Lappen und vorzugsweise auf der rechten Seite finden. Besonders charakteristisch ist der aashafte Geruch, den die Fäulnissphäre verbreitet; in eklatanten Fällen ist die Diagnose mittels des Riechorgans allein zu stellen. Im meist sehr kopiosen Sputum sind Fetzen von Lungenparenchym nachweisbar; das Fehlen von Tuberkelbazillen ist differentialdiagnostisch wichtig. Auf den sonst bei der differentiellen Diagnostik der Brusterkrankungen wichtigen Explorativstich ist bei der Lungengangrän kein Verlaß. Perkussion und Auskultation können bei größeren und nahe der Oberfläche gelegenem Herde entscheidende Anhaltspunkte geben. Die zuverlässigste Auskunft jedoch gewährt das Röntgenverfahren, das über Größe und Sitz des Herdes belehrt, namentlich auch darüber, ob es sich um einen oder mehrere Herde handelt.

Die Therapie kann nur eine chirurgische sein und besteht in der möglichst frühzeitigen und ausgiebigen Freilegung des Herdes. Nach Festlegung der Operationsroute muß das Terrain möglichst zugänglich gemacht werden durch ausgiebige Rippenresektion. Die Gefahr des Pneumothorax ist gering, da die Pleuren in den meisten Fällen adhaerent sind. Beim Vordringen zu dem Defekt bedient man sich am besten des dünnen, stumpfen Platinstiftes eines Paquelinschen Brennapparates; ist die Höhle erreicht, so werden alle nekrotischen Gewebsstücke entfernt und das Ganze mit 3%iger Jodoformgaze ausgefüllt. Die Nachbehandlung geschieht nach allgemeinen Grundsätzen; wo Hustenreiz fortdauert, muß er durch Morphium gelindert werden; die Kranken dürfen nach wenigen Tagen aufstehen, sich an die frische Luft begeben und vorsichtige Atemgymnastik treiben.

2. Rosenheim, Berlin: **Zur Kenntnis der infiltrierenden Colitis und Sigmoiditis.**

Am Colon kommen ganz umschriebene, sich nur auf diesen oder jenen Abschnitt des Organs beschränkende, entzündliche Prozesse, akute wie chronische, vor, die meist mit beträchtlicher Tumorbildung einhergehen; ihr Lieblingssitz ist die Flexura sigmoidea. Was die anatomischen Veränderungen betrifft, so handelt es sich entweder um phlegmonöse Infiltrationen der Wand mit Geschwürsbildung der Mucosa und Pericolitis, oder es bestehen einfache, derbe Infiltrationen mit Muskelhypertrophie und mäßiger Stenosierung des Lumens. Symptome, Verlauf und Prognose sind danach verschieden; die schweren mit Eiterung einhergehenden Prozesse, die zu Ileus, Perforationsperitonitis, Absceß- und Fistelbildung führen können, sind die weitaus seltensten; die leichten kommen am häufigsten vor. In der Mehrzahl der Fälle stellt sich das Leiden als ein exquisit chronisches dar; nicht selten treten aber akute Exacerbationen auf. Schmerzen und Störung des Kotlaufs sind die gewöhnlichen Symptome. Obstipation ist eine häufige Begleiterscheinung; doch werden auch gelegentlich diarrhoische Zustände, besonders im Stadium der akuten Exacerbationen beobachtet. Mehr oder weniger kompletter Darmverschluß gehört zu den Ausnahmeerscheinungen. Druckempfindlichkeit der erkrankten Darmpartie und vor allem Verdickung der Colonwand bis zu beträchtlicher Tumorbildung sind die entscheidenden objektiven Kriterien. Im Hinblick auf die Abgrenzung von Carcinom beanspruchen diese entzündlichen Prozesse ein eminent praktisches Interesse. Einige markante Krankengeschichten von Sigmoiditisfällen werden mitgeteilt. Der erste Fall betraf einen 63jährigen, etwas nervösen Mann mit Arteriosklerose, der ohne nachweisbare Ursache auftretende Neigung zu Obstipation bei sich beobachtete, die im Laufe von Monaten sich verschärfte; Blut- und Schleimbeimengungen zum Stuhl stellten sich ein; Abführmittel führten nicht zu einer regulären Darmtätigkeit; allmählich traten immer stärker werdende Schmerzen im Leibe dazu, der Patient wurde dyspeptisch und magerte ab; ziemlich unvermittelt kam es zu einer vehementen, kolikartigen Attacke, die sich nach drei Monaten erneuerte. Nachdem schon vorher das Vorhandensein einer Tumescenz der Flexura sigmoidea festgestellt war, konnte in dem letzten Anfall ein akutes starkes Anschwellen des Organs mit peritonealen Reizerscheinungen beobachtet werden. Die akuten heftigen Symptome klangen rasch ab, im Laufe von Monaten bildete sich der ganze Prozeß an der Flexur zurück unter gleichzeitiger Rückkehr der Darmfunktion zur Norm. Damit wurde die Diagnose Sigmoiditis gegenüber der von chirurgischer Seite vertretenen Auffassung, daß es sich um einen ulcerierenden Tumor handle, gesichert. In einem zweiten Falle entwickelte sich bei einem kräftigen, sonst gesunden Manne im Laufe einer Reihe von Jahren eine immer hartnäckiger werdende Verstopfung und anhaltend sich steigernde Schmerzhaftigkeit der linken Bauchseite, eine allgemeine Nervosität bildete sich heraus mit beträchtlicher Abmagerung; Blut und Schleim fanden sich im Stuhlgang, und eine ausgedehnte Infiltration des Colon descendens und der Flexura sigmoidea ließ sich nachweisen. Durch eine den lokalen Reizzustand und die allgemeine Uebererregbarkeit mildernde Behandlung gelang es, ein befriedigendes funktionelles Resultat zu erzielen; eine Rückbildung der entzündlichen Schwellung aber war nicht zu erzielen. In einem dritten Falle setzte die Sigmoiditis akut ohne sicher feststellbare Veranlassung ein mit Fieber und großen Beschwerden; längere Zeit blieb ein chronischer Reizzustand bestehen, der sich durch Kothemmung, Blut- und Schleimabgänge und eine Tumescenz bemerkbar machte; ein drastisches Abführmittel bewirkte in der Rekonvalescenz eine Exacerbation, die unter Einwirkung einer schonenden, mildberuhigenden Therapie abklang und schließlich zur Restitutio ad integrum führte. Zwei weitere Krankengeschichten zeigen, wie hartnäckig trotz zweckmäßiger Behandlung und trotz vorsichtigen Verhaltens der Patienten die Krankheit und die belästigenden Symptome bestehen bleiben können. Für die Differentialdiagnose gegen Carcinom kann bisweilen die Endoskopie herangezogen werden; starke Congestionierung der Mucosa der Sigmaschlinge im Gegensatz zu der des Rektums ist ein typischer Befund bei Sigmoiditis; leichte Endoskopierbarkeit in weiter Ausdehnung (30—40 cm) spricht, wenn man sicher ist, infiltrierte Partien mit dem Tubus passiert zu haben, bei der starren Unnachgiebigkeit der krebsigen Infiltration gegen Carcinom. Immer aber wird die Differentialdiagnose schwierig sein und oft nur bei monatelanger genauer Beobachtung zu sichern sein. Bei dem starken Wechsel der Erscheinungen — bald beherrscht die Obstipation das Krankheitsbild, sich gelegentlich zu schwer überwindbarer Obstruktion steigernd, bald steht das Symptom der Diarrhoe im Vordergrund mit quälenden Tenesmen und Darmunruhe — ist die Behandlung nicht leicht, erfordert vor allem eine völlige Beherrschung der Diätetik.

3. Hoffa, Berlin: **Die Behandlung der tuberkulösen Coxitis.** (Schluß aus Nr. 10.)

4. Hirschberg, Berlin: **Ein seltener Fall von Star-Ausziehung.**

Der 84jährige Patient kam zunächst mit reifem Star rechts, beginnendem links in Behandlung und erhielt fürs erste eine entsprechende Brille; nach kurzer Zeit schon war der Star links weit vorgeschritten, wahrscheinlich infolge von Massage, die von homöopathischer Seite vorgenommen war. Es wurde nun die Extraktion rechts vorgenommen und der Patient geheilt entlassen. Nach wenigen Monaten kam er wieder völlig blind und ganz schwach und kraftlos. Er hatte inzwischen angeblich eine Influenza mit heftigem linksseitigem Kopfschmerz und Erbrechen gehabt, die er homöopathisch behandeln ließ; wahrscheinlich hatte es sich aber nur um ein akutes Glaukom gehandelt, das nicht erkannt worden war. Das glücklich operierte rechte Auge war durch Blutungen infolge des Erbrechens beim Glaukom völlig zerstört. Das linke Auge hatte nur noch Lichtschein, aber noch befriedigende Projektion. Es wurde sofort Physostigmin eingeträufelt, dann am nächsten Tag eine Iridektomie vorgenommen und vierzehn Tage später der Star extrahiert. Die Sehfähigkeit ist eine befriedigende; aber der Sehnerv zeigt infolge der vernachlässigten Drucksteigerung eine mäßige Druckaushöhlung.

5. Jellinek, Wien: **Pathologie, Therapie und Prophylaxe der elektrischen Unfälle.** (Schluß aus Nr. 10.)

Die elektrischen Gesundheitsschädigungen werden verursacht durch Uebergang von Elektrizität auf den menschlichen Organismus;



die unfallverletzende Elektrizität kann technischer oder atmosphärischer Provenienz sein; abgesehen von den charakteristischen Blitzfiguren kann man wohl von einer Identität der durch beide verursachten Gesundheitsstörungen sprechen. Bei der großen Mehrzahl der elektrischen Unfälle technischer Provenienz wird der Elektrizitätsübergang durch direkten Kontakt herbeigeführt, in dem der berührende Körperteil mehr oder weniger innig den stromführenden Gegenstand berührt oder umfaßt; demgegenüber gibt es auch Unfälle, die ohne Berührung, das ist auf Distanz nur durch sogenannte statische Entladungen, durch Funkenwirkung sich ereignen. Die durch atmosphärische Elektrizität bedingten Gesundheitsstörungen sind entweder echte, d. h. durch Uebergang von Elektrizität auf den menschlichen Körper verursacht, oder falsche, d. h. durch Nebenwirkungen (Kompression und Dekompression der Luft, Explosionen etc.) bewirkte Verletzungen. Bei den echten Blitzwirkungen können die Menschen entweder direkt von den atmosphärischen Entladungen getroffen werden oder Drähte vermitteln indirekt, eventuell auf weite Entfernungen, die Berührung mit atmosphärischer Elektrizität.

Die Bestimmung der Gefährlichkeitsgrenze einer Stromspannung stößt auf große Schwierigkeiten; Spannungsgrößen von 500 Volt für Gleichstrom und 300 Volt für Wechselstrom sind vom medicinischen Standpunkt zu den gefährlichen zu zählen und auch Spannungen von 100 Volt mit besonderer Vorsicht zu behandeln. Die pathologische Wirkung, welche an einem Lebewesen durch Elektrizitätsübergang hervorgerufen wird, der animalische Effekt der Elektrizität, hängt von einer Reihe von Faktoren ab, Stromspannung, Stärke, Dauer der Einwirkung, Zahl der berührten Pole, Stromrichtung resp. -ausbreitung, Schutzwiderstand des betreffenden Individuums.

Die Symptomatologie der elektrischen Unfälle ist eine sehr wechselvolle, sie umfaßt zwei Gruppen, die Lokal- und die Allgemeinsymptome. Erstere treten fast stets als Frühsymptome, sofort nach bezw. während des Unfalls auf; sie betreffen die Stromeintritts- und zumeist auch die Stromaustrittsstelle und haben mitunter einen eigenartigen, ganz spezifischen Charakter (z. B. Blitzfiguren); Brandwunden und brandwundenartige Zerstörungen der Haut, Haarversengungen, mechanische Gewebstrennungen in Form von Durchlöcherung und Zerreißung der Gewebe, oberflächliche Nekrosen, Imprägnierung der oberflächlichen Gewebsschichten mit Metalloxyden, Blutaustritte, Oedeme, Erytheme und Blitzfiguren, Pigmentbildung gehören hierher. Die Allgemeinsymptome sind teils Früh-, teils Spätsymptome; bei ersteren handelt es sich meist um Störungen des Bewußtseins, Lähmungen oder krampfartige Zustände der motorischen Sphäre, Beeinträchtigung der Atmungs- und Herztätigkeit, wozu sich in manchen Fällen Affektionen der Leber, Nieren, des Urogenitalapparates, der Nase, Augen, Ohren gesellen. Spätsymptome, die sich nach J.s Erfahrungen bei etwa einem Drittel der Ueberlebenden entwickeln, sind: Sinnesverwirrung mit Verfolgungsideen, Lähmungserscheinungen mit Sensibilitätsstörungen, trophoneurotische Erscheinungen, ankylosierende Gelenkprozesse, Krankheitserscheinungen, wie sie bei der progressiven Paralyse vorkommen, epileptiforme Anfälle, Störungen der Herztätigkeit.

Pathologisch-anatomisch bieten einige der frischen Verletzungen der äußeren Decken spezifische Besonderheiten; knorpelartige, homogene, glänzende Gewebsveränderung, welche die normale Haut substituiert und für Berührung und Nadelstiche völlig unempfindlich ist, brandwundenähnliche Hautnekrosen, die aus Gruppen von rundlichen Substanzverlusten zusammengesetzt sind, Imprägnierung der oberflächlichen Schichten der Epidermis mit Metalloxyden. Die mikroskopische Untersuchung des Zentralnervensystems zeigt an frischen Veränderungen Blutaustritte, Gefäßzerreißungen (Ablösung der Intima), Zellzertrümmerungen, Kernverlagerungen, an solchen älterer Natur: Degeneration der peripherischen Nerven, der Seiten- und Vorderstränge des Rückenmarks, der Spinalganglien. Schwierig zu entscheiden ist die Frage nach dem Wesen, der Ursache des Todes durch Elektrizität; ein einheitliches Schema gibt es nicht; nach den klinischen Erfahrungen und den Ergebnissen des Tierexperiments stehen bald die Erscheinungen der motorischen Sphäre, bald die des Respirationsapparates, bald Störungen der Herztätigkeit im Vordergrunde; nicht unwahrscheinlich ist es, daß der Tod durch Elektrizität in den meisten Fällen nur ein Scheintod ist, der schließlich in wirklichen Tod übergeht, wenn nicht rechtzeitig und kunstgerecht Hilfeleistung geschieht.

Die Diagnose, ob gewisse Verletzungen, Gesundheitsstörungen, bezw. der Tod mit einem elektrischen Trauma in ursächlichem Zusammenhang stehen, läßt sich nur in frischen Fällen sicher entscheiden; die charakteristischen Hautveränderungen, Zerstörungen der Kleidungsstücke, Befund an dem elektrotechnischen Material, die Verhältnisse an der Unfallstätte, die Anamnese kommen hier in Betracht. Zu den schwierigsten Aufgaben kann die Konstatierung des Todes durch Elektrizität gehören; diese Diagnose kann nicht spät genug ausgesprochen werden.

Die Prognose ist in den Fällen, wo Herztätigkeit und Atmung sofort erloschen sind, sehr ernst, wenn auch stundenlang dauernde Wiederbelebungsversuche manchmal noch von Erfolg begleitet sind, die andern gefahrdrohenden Symptome, Bewußtseinsstörungen, Lähmungen, Krämpfe, Sinnesverwirrungen, gehen meist nach Stunden oder Tagen zurück. Im ganzen ist die Prognose der überlebenden Fälle eine verhältnismäßig günstige; von siebenunddreißig elektrischen Unfällen, die Verf. in den letzten drei Jahren beobachtete, verliefen sieben tödlich, zwanzig wurden völlig erwerbsfähig, die übrigen zehn bekamen Spätsymptome, aber nur vier davon sind dauernd erwerbsunfähig geblieben. Eine gewisse Vorsicht ist bei Beurteilung der Hautläsionen geboten, da bisweilen unscheinbare Verletzungen im weiteren Verlaufe ernstere Formen annehmen.

Die Therapie muß bei Unfällen in rascher und zweckmäßiger Hilfeleistung bestehen; der Verunglückte ist aus dem elektrischen Stromkreis zu entfernen, wobei der Retter auf eigene Isolation bedacht sein muß; bei Stillstand der Atmung ist sogleich mit künstlicher Atmung zu beginnen; die gestörte Herztätigkeit ist durch Reizmittel, Massage, Faradisation, Kampferinjektion, Venaesektio zu beeinflussen; unter Umständen könnte eine Lumbalpunktion indiziert sein. Als ultima ratio bei als verloren anzusehenden Fällen könnte vielleicht eine neuerliche Einwirkung des tödlichen Starkstromes versucht werden, was nach Tierexperimenten, die zeigten, daß ein durch elektrischen Starkstrom zum Stillstand gebrachtes Herz durch neuerliche Applikation desselben Stromes wieder zum Schlagen gebracht wird, berechtigt erscheint. Die Wiederbelebungsversuche müssen mit viel Geduld ausgeführt werden, auch wenn sie viele Stunden in Anspruch nehmen und sollen nur bei Konstatierung sicherer Todeszeichen aufgegeben werden. Bei überlebenden Fällen ist eine exspektative symptomatische Therapie am Platze; bei der Möglichkeit plötzlichen Ausbrechens von Sinnesverwirrung ist sorgfältige Ueberwachung notwendig.

6. Zweig, Berlin: **Zur Hydrotherapie des Klimakteriums.**

Die Hydrotherapie als beruhigendes und derivatorisches Mittel vermag bei den nervösen und vasomotorischen Störungen des Klimakteriums einen beruhigenden Einfluß auszuüben; ob es dabei sich nur um eine Linderung subjektiver Beschwerden handelt, oder ob die Besserungen objektive sind, z. B. durch Beschleunigung der Involutionsprozesse, ist schwer zu entscheiden. Bei der größeren Labilität und darum ausgiebigeren Reaktion auf alle äußeren und inneren Reize, die im Klimakterium vorhanden ist, bedarf hier die Wasserkur einer besonders vorsichtigen Dosierung und Ueberwachung. Extrem warme oder kalte Temperaturen werden fast immer schlecht vertragen, selbst bei lokaler Anwendung als Sitzbäder; zu empfehlen sind indifferente Temperaturen; eine gelinde wärmestauende Prozedur mit darauffolgender abkühlender und reaktionsbefördernder zwei- bis dreimal wöchentlich im Laufe des Tages, nicht Abends, verabreicht, genügt in den meisten Fällen völlig; eventuell an den Tagen dazwischen abends ein Fußbad, das am besten zu wirken scheint, wenn man eine etwa 10 cm hoch mit abgestandenem Wasser gefüllte Wanne zweimal durchwandern läßt mit nachheriger energischer Abtrocknung; bei schlecht reagierenden Individuen empfiehlt sich Zusatz von Salz. Sitzbäder, Kohlensäure- und elektrische Wannenbäder sind meist zu entbehren, oft werden sie schlechter vertragen. Vor einer hydrotherapeutischen Polypragmasie ist zu warnen. Einige Krankengeschichten illustrieren die Behandlungsmodifikationen.

7. Brüning, Rostock: **Weitere Erfahrungen mit dem amerikanischen Wurmsamenöl (Oleum Chenopodii anthelmintici) als Antiascaridiacum bei Kindern.**



8. Walbum, Kopenhagen: **Ein neues Saccharimeter.**

Das Verfahren ist auf dem Prinzip der Titrierung mit Fehlingscher Lösung, die die exakteste Methode der Zuckerbestimmung darstellt, aufgebaut. Der Apparat besteht aus einem gradierten Reagenzglase (Titrierungsrohr) und zwei Flaschen zur Verdünnung des Harns im Verhältnis 1 + 1 und 1 + 9. Die Analyse wird so ausgeführt, daß 5 ccm Fehlingscher Lösung I (Kupferlösung) mit einer Pipette in das Titrierungsrohr abgemessen werden, wonach Fehlingsche Lösung II bis zum untersten Teilungsstrich zugegossen wird. Die Mischung wird zum Sieden erhitzt, dann von dem in der einen Flasche mit gleichen Mengen Wasser verdünnten Urin etwa 1 ccm hinzugefügt und wieder erhitzt; ist nach Absetzen der entstandenen roten Fällung die Flüssigkeit noch blau, wird wieder 1 ccm Urin zugesetzt und erhitzt und so fort, bis die blaue Farbe verschwunden ist. Man läßt das Glas dann erkalten und liest das Zuckerprozent direkt auf der Skala rechts von der Teilung ab. Enthält der Harn hiernach mehr als 3% Zucker und man wünscht eine genauere Bestimmung des Zuckergehalts, so unternimmt man eine neue Analyse genau nach derselben Weise, nur mit dem Unterschiede, daß man jetzt die in der zweiten Flasche bereitete Harnverdünnung 1 + 9 verwendet. Das Resultat wird jetzt auf der Skala links der Teilung abgelesen. Der Vorteil dieses Saccharimeters liegt darin, daß eine genaue Zuckeranalyse sich in sehr kurzer Zeit, nach einiger Uebung in fünf Minuten, ausführen läßt. Die Resultate sind, wie vergleichende Analysen durch Titrierung mit Fehlingscher Lösung ergaben, sehr genau. Infolge der Form des Titrierungsglases ist die oxydierende Einwirkung der Luft, die beim Titrieren in Schalen oder Kolben stören kann, und Volumveränderungen durch Verdampfung bei diesem Apparat auf ein Minimum reduziert.

9. Schill, Dresden: **Fortschritte auf dem Gebiete des Militärsanitätswesens.**

Kurz berichtet wird über die Fortschritte betreffs der persönlichen Stellung der Sanitätsoffiziere, die Schaffung von Stellen für Sanitätsinspekteure, die Organisation des Sanitätsdienstes anläßlich der Chinaexpedition und des Feldzuges in Südwest-Afrika, weiter Verbesserungen bestehender Einrichtungen, Lazarettneubauten, Militärgenesungsheime, Ausgestaltung hygienischer Maßnahmen in Kasernen, Ergänzungen der Sanitätsausrüstungen für den Krieg und Frieden und eine Uebersicht gegeben über die wichtigsten Publikationen in der periodischen Literatur und in selbständigen Werken.

10. Schwalbe, Berlin: **Rudolf Virchows Lehr- und Wanderjahre.** (Fortsetzung.) Feuilleton.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift. VIII. Jahrgang, Nr. 50, 1907. Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.

Lehmann: **Das Trinkerheim bei der Heilanstalt Dösen.**

Aus der Erfahrung, daß die Fürsorge für Trinker nicht mit dem Ablaufe des akuten Stadiums aufhören darf, überweist man jeden Potator einem Enthaltsamkeitsverein und der Aufsicht eines Vertrauensmannes. Indessen ist damit für eine Anzahl Rückfälliger nicht gesorgt. Das führte zur Gründung der Außenabteilung bei Dösen; hier wird auf ländlichem Pachtgrund Gelegenheit zur Arbeit gegeben und die Möglichkeit eines Verdienstes, der den Kranken die Unterstützung der Angehörigen ermöglicht. Die ärztliche Versorgung geschieht durch tägliche Besuche des Anstaltsarztes.

Ueber den Erfolg wird erst weitere Erfahrung entscheiden.

Dr. G. Flatau, Berlin.

Bücherbesprechung.

Herpes zoster ophthalmicus. Von Dr. Osterroht. (Sammlung zwangl. Abhandlg. aus dem Gebiete der Augenheilkunde, VII. Bd., Heft 1.) Verlag von Carl Marhold, Halle a. S. 1906.

Unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur wird das Krankheitsbild des Herpes ophthalmicus, seine pathologische Anatomie, das, was wir von seiner Entstehung wissen, Diagnose, Prognose und Therapie in verständiger und verständlicher Form besprochen. Das Heftchen kann dem, der der Augenheilkunde ferner steht, aber doch für seltenere Krankheitsbilder Interesse hat, umsomehr empfohlen werden, als ja die darin behandelte Krankheit auch dem Neurologen und Dermatologen häufiger begegnen.

Kurt Steindorff.

Vermischtes.

Berlin. Die bei Gelegenheit des XIV. Internationalen Kongresses für Hygiene und Demographie in Berlin im Laufe des Monats September geplante Hygiene-Ausstellung verspricht nach den bisher vorliegenden Anmeldungen sehr interessant zu werden. Die Beteiligung seitens wissenschaftlicher Institute, staatlicher und städtischer Verwaltungen, sowie seitens der in Betracht kommenden Privatindustrie ist eine so erfreuliche, daß es gelingen dürfte, den Kongreßteilnehmern ein umfassendes Bild von dem gegenwärtigen Stande der Hygiene nach der wissenschaftlichen und praktischen Seite hin zu bieten. Das Wesen und die Bekämpfung der Infektionskrankheiten, insbesondere auch der Kolonial- und Tropen-Krankheiten, die Hygiene des Säuglingsalters, die hygienischen Aufgaben des Staates und der Kommune, wie Trinkwasserversorgung, die Frage der Abfallbeseitigung, Schulhygiene usw., werden in den Darbietungen der Ausstellung hervorragend vertreten sein. Angesichts der so einschneidenden Wichtigkeit, welche gerade die Hygiene für unser gesamtes öffentliches und privates Leben gewonnen hat, ist es mit besonderer Freude zu begrüßen, daß diese in den Räumen des Reichstags untergebrachte Ausstellung nach dem Ende September stattfindenden Schlusse des Hygiene-Kongresses noch einige Zeit für den allgemeinen Besuch geöffnet bleiben soll. Dadurch ist auch dem Laien Gelegenheit geboten, sich ein Bild von den Mitteln und Wegen jenes Zweiges der medicinischen Wissenschaft zu verschaffen, dem wir es hauptsächlich zu danken haben, daß die allgemeine Sterblichkeit in den letzten Jahrzehnten so gesunken und das durchschnittliche Lebensalter sich beträchtlich erhöht hat.

Hochschulnachrichten.

Bonn. Prof. Dr. Witzel hat den Charakter als Geh. Med.-Rat erhalten.

Breslau. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Neisser beging am 13. d. M. sein 25jähriges Professorenjubiläum.

Göttingen. Am Pharmakologischen Institut ist für das Sommersemester zum erstenmal eine Vorlesung über Naturheilkunde in Aussicht genommen.

Greifswald. Dr. phil. Fischer, Hannover, ist zum Lehrer der Zahnheilkunde und Leiter des zahnärztlichen Instituts berufen.

Heidelberg. Die Professoren Arnold und Erb sind zu Geh. Räten I. Kl. mit dem Prädikat Exzellenz ernannt.

Straßburg. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Wagemann, Jena, ist zum Direktor der Augenklinik an Stelle von Prof. Laqueur berufen.

Würzburg. Prof. Dr. Heß hat den Titel Geh. Hofrat erhalten. — Dr. Schmincke, I. Assistent am Pathologischen Institut, ist zum Prosektor ernannt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Der Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Medicinische Woche

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen.

Herausgegeben von



R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P Meißner

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 13. Mai 1907. Nr. 19.

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage Therapeutische Rundschau und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Ueber die Diät bei Trinkkuren.

Vortrag, gehalten auf der VI. ärztlichen Studienreise zu Wildbad am 4. September 1906.

Von Prof. **H. Strauss**-Berlin.

M. H. Als von seiten des verehrlichen Komitees für ärztliche Studienreisen die ehrenvolle Aufforderung an mich erging, in Ihrem Kreise einen Vortrag zu halten, glaubte ich kaum ein geeigneteres Thema wählen zu können, als die Frage der Diät bei Trinkkuren. Ich habe dieses Thema nicht bloß aus dem Grunde gewählt, weil ich glaubte annehmen zu dürfen, daß bei Ihnen ein Interesse für diese Frage auf einer Bäderreise in besonderem Grade vorhanden ist, sondern auch aus dem Grunde, weil diese Frage im letzten Jahrzehnt mehrfach erörtert wurde, und weil sie nicht bloß den Badearzt im engeren Sinne, sondern den Arzt im allgemeinen interessieren dürfte. Werden doch heutzutage Trinkkuren zu Hause in größerem Umfange durchgeführt, als dies früher der Fall war, und haben sich unsere Anschauungen über die bei Trinkkuren zu befolgenden diätetischen Grundsätze in den letzten Jahren nach verschiedenen Richtungen z. T. erheblich geändert. Daß dies der Fall ist, kommt einerseits daher, daß unser Einblick in die Physiologie und Pathologie der Verdauung, der Assimilation und der Ausscheidungen in den letzten Jahrzehnten erheblich verbessert wurde und daß bei der Betrachtung der Einwirkung von Trinkkuren auf den Organismus vielfach nüchternere und kritischere Gesichtspunkte Platz griffen, als früher. Ich sage letzteres, ohne den durch die Empirie festgestellten Nutzen von Trinkkuren irgendwie schmälern zu wollen, denn bei den mit exakten Methoden ausgeführten Untersuchungen, an welchen ich mich u. a. selbst mehrfach beteiligt habe, sind entsprechend der Eigenart der notwendigen Fragestellung von den prinzipiellen Fragen mehr ungelöst geblieben, als gelöst worden. Doch haben diese Untersuchungen, wie ich hier auszuführen beabsichtige, gerade für die uns hier beschäftigende Betrachtung der Diät bei Trinkkuren einiges verwertbare Material geliefert.

Ich glaube den derzeitigen Stand unserer Anschauungen mit den Worten charakterisieren zu können: Es gibt keine spezielle Brunnendiät, sondern nur eine Krankendiät, es gibt keine besondere Kurdiät, sondern nur eine Diätkur. Nicht der Quellgeist diktiert die Art der Ernährung, sondern die Eigenart der Krankheit ist für dieselbe bestimmend. Die Zeit ist vorbei, in welcher es eine Karlsbader, Marienbader, Homburger, Kissinger und sonstige Diät gab und es haben die hier vorgetragenen Grundsätze, — die ich selbst mit den gleichen Worten schon vor 7 Jahren gelegentlich eines mir von dem XX. Balneologenkongreß aufgetragenen Referates über die Uebierernährung in den Kurorten aussprach, — den Kampf mit früheren durch Tradition geheiligten Anschauungen so siegreich bestanden, daß die Aerzte von Homburg und Kissingen schon mit der alten Schablone gebrochen und Diäten eingeführt haben, welche aus einer für den einzelnen Fall zusammengesetzten, die Krankheit und die Individualität des Patienten berücksichtigenden Serie leicht verdaulicher Speisen bestehen. Indem ein Verzeichnis der in Betracht kommenden Speisen ein- für allemal festgesetzt und den einzelnen Hotels bekannt gegeben ist, wird nicht nur die ärztliche Verordnung erleichtert, sondern auch die sachgemäße Verpflegung der Patienten in den betr. Restaurants gesichert. Unter dem Gesichtspunkt einer zweckentsprechenden Ernährung der Patienten bei Trinkkuren ist die Zunahme der Sanatorien in den Kurorten freudig zu begrüßen.

M. H. Der Wandel unserer Anschauungen ist bei genauerem Zusehen doch nicht so radikal, als es auf den ersten Blick erscheint, denn trotz Karlsbader, Homburger, Kissinger und anderer Diät waren schon früher Risse in die Schablone gesetzt worden und es war der Krankendiät der Vortritt vor der Brunnendiät eingeräumt worden. Denn man hat beispielsweise in Karlsbad von jeher den Diabetiker anders als den Gallensteinkranken, und den an Magengeschwür Leidenden anders als den Darmkranken ernährt, wenn man dabei auch in mehr oder weniger ausgesprochenem Grade gewisse Rücksichten walten ließ, die man der Quelle schuldig zu sein glaubte. So wie die Dinge heute aber liegen, kann man nicht mehr von einer Kurdiät sprechen, welche den Namen einer bestimmten Quelle oder einer bestimmten Gruppe von Quellen trägt, es müßte denn sein, daß an einem bestimmten Ort ein ganz einseitig zusammengesetztes Krankenmaterial Gegenstand der Behandlung ist, wie es z. B. für Wildungen zutrifft. In einem solchen Falle ist dann eben der Name der Quelle fälschlich an die Stelle des Namens der Krankheit gesetzt.

Ist mit einem solchen Vorgehen, das die Diätbehandlung der Krankheit an die erste Stelle setzt, aber auch alles geleistet und sind deshalb die alten Regeln der Balneodiätetik gänzlich zu verwerfen? Diese Frage, m. H., möchte ich durchaus verneinen, denn es sind immerhin gewisse diätetische Kautelen während einer Trinkkur nicht nur berechtigt, sondern direkt notwendig; allerdings sind dieselben bisher an vielen Stellen mit einem zu starren, für den einzelnen Fall oft viel zu weit gehenden, Schematismus durchgeführt worden.

Von jeher war es oberster Grundsatz einer jeden Diätverordnung, bei aller Berücksichtigung der zu behandelnden Krankheit die Verdauungsorgane zu schonen und nicht bloß vorhandene Störungen der Verdauung zu beseitigen, sondern auch die Gelegenheit zur Entstehung von Verdauungsstörungen nach Möglichkeit auszuschalten. Das letztere ist begreiflicherweise besonders dann zu fordern, wenn zur Durchführung einer mehrwöchentlichen Trinkkur ein intaktes Funktionieren der Verdauungsorgane notwendig ist. Aus diesem Grunde

erscheint bei der Durchführung einer Trinkkur neben der Diätbehandlung der Krankheit noch die Anwendung der Grundsätze einer allgemeinen diätetischen Prophylaxe durchaus angezeigt. M. E. sind aber diese Grundsätze von der Eigenart der Quelle in weitgehendem Maße unabhängig. Denn wenn man kritisch die Tatsachen überblickt, welche durch exakte Forschung über den Einfluß der Quellen auf das Verhalten der Magen-Darmfunktionen und des Stoffwechsels zutage gefördert worden sind — ich will Sie hier nicht mit Einzelheiten behelligen — so muß man gar manche Ernährungsregel, die für eine bestimmte Trinkkur angegeben ist, als übertrieben, bezw. für den konkreten Fall als unnötig und manchmal sogar schädlich bezeichnen. Ich will hier nur an das Fettverbot erinnern. das lange Zeit sowohl für eine Reihe alkalisch-muriatischer als alkalisch-sulfatischer Wässer aufrecht gehalten wurde und dessen Berechtigung weder der Kritik exakter Untersuchungen, noch derjenigen der Empirie, die ja in therapeutischen Fragen stets das letzte Wort spricht, standgehalten hat. Wieviel Hyperaciden ist durch ein altes Vorurteil das zur Bekämpfung ihrer Krankheit wertvolle Fett zu Unrecht entzogen worden! Zuzugeben und auch ohne Rücksicht auf die speziellen Zwecke einer Trinkkur zu fordern ist allerdings, daß für die hier in Rede stehenden Fälle nicht jede beliebige Fettart, sondern nur das emulgierte Milchfett wie Butter, Sahne etc. dienlich ist. In Form der Butter, Sahne und Milch und bei Benutzung ausgezeichneten Materials verträgt sich das Fett mit jeder Trinkkur. Aehnliches ist auch von Süßigkeiten und vom Backwerk zu sagen. Dieselben sind nur insoweit kontraindiziert, als eine ungeeignete Form der Darreichung oder eine primäre Empfindlichkeit der Verdauungsorgane zu Dyspepsien Veranlassung geben kann. Auch saure Salate und rohes Obst sind bei empfindlichen Verdauungsorganen, nicht aber mit Rücksicht auf ein bestimmtes Wasser zu meiden. Bei der Anwendung von purgierenden Wässern, welche künstlich eine Reizung des Magendarmkanals zu erzeugen vermögen, mag man allerdings mit Rücksicht auf letztere etwas vorsichtig mit ihrer Darreichung sein, ferner auch in solchen Fällen, in welchen Eisenwässer bei empfindlichen Verdauungsorganen zu reichen sind. Ob man aber bei der Darreichung von Eisenwässern in jedem einzelnen Falle notwendig hat, ganz allgemein ohne Unterschied der Person, Obst, Salate, Rotwein, Tee etc. fernzuhalten, will mir nach fremden und eigenen Erfahrungen doch etwas zweifelhaft erscheinen. Schärfere Gewürze sind bei Vorhandensein von Rachenkatarrhen, ferner bei Störungen am Magendarmkanal, an der Leber und den Nieren oder bei Neigung zu solchen Störungen ohnedies nicht am Platze. Da, wo sie aber zur Anregung des Appetits angezeigt erscheinen, wird durch keinerlei Art von Wasser eine besondere Kontraindikation gegeben.

Nach allem, was wir hier besprochen haben, können wir also sagen, daß der Gebrauch eines bestimmten Mineralwassers, wenn wir von den genannten wenigen Ausnahmen absehen, keine spezielle Form der Ernährung erforderlich macht. Immerhin hat die Diätetik, wie wir gesehen haben, während des Gebrauchs einer Trinkkur doch eine ganze Reihe von Aufgaben zu erfüllen. Zu diesen gehören u. a. auch die zeitliche Regelung der Ernährung. Mit vollem Recht legen die Badeärzte Wert darauf, daß das betr. Mineralwasser nicht nur in den leeren Magen gelangt, sondern daß es auch während seines Aufenthaltes in demselben möglichst frei von Speisebeimischungen bleibt. Man lege also das erste Frühstück, je nach der verabreichten Dosis und der Art des Mineralwassers 1—2 Stunden nach dem Genuß des Mineralwassers und sorge bei Nachmittagskuren, wie man sie beispielsweise bei der Behandlung der Cholelithiasis, sowie chronischen Darmkatarrhen gerne neben der Morgenkur übt, dafür, daß das Mittagsessen wenig voluminös ist und daß es mindestens 3—4 Stunden vor dem Genuß des Mineralwassers erfolgt. Die Pause bis zur nächsten Nahrungsaufnahme soll sich dabei ähnlich wie bei der Morgenkur verhalten. Nur bei ganz besonders starker Empfindlichkeit der Verdauungsorgane beginne man mit der Darreichung eines Mineralwassers nach dem ersten Frühstück.

Zur Diätetik im weiteren Sinne gehört auch die Frage des körperlichen Verhaltens des Patienten während einer Trinkkur. Ich erwähne dies hier deshalb, weil man bei Laien vielfach das Vorurteil antrifft, daß jede Trinkkur mit reichlicher Bewegung verbunden sein soll. Für eine Reihe von Kranken, so speziell für Patienten, welche an Ulcus ventriculi oder an gewissen Folgen der Cholelithiasis mit mehr oder weniger akuten Reizerscheinungen leiden, ist aber Ruhe entschieden förderlicher als Bewegung, so daß wir Liege-Trinkkuren und Bewegungs-Trinkkuren unterscheiden können. Sicherlich spielt beispielsweise bei der Marienbader Entfettungskur das frühe Aufstehen und die reichliche Bewegung in der frischen Luft eine nicht zu unterschätzende Rolle.

M. H. Was ich hier ausgeführt habe, konnte nur eine schwache Beleuchtung des Gebietes aus der Ferne darstellen, denn für eine eingehende Schilderung und genaue Erörterung aller hier in Betracht kommenden Dinge ist die mir zugemessene Zeit zu knapp. Ich glaube aber doch gezeigt zu haben, daß, wenn wir heute auch nicht mehr wegen, sondern

Feuilleton.

Winterfrische im Riesengebirge.

Von Dr. **Erwin Franck**, Berlin.

(Fortsetzung.)

Auf der Ebene des Hochkamms wirkt wieder das Flächenhafte, Uferlose und gibt diesen Partieen damit ihr ganz besonderes Gepräge. Es kommt hier im Winter das Knieholz in Fortfall, welches den Sommer hindurch mit seinem satten Grün, den bizarren Formen allen Fernblicken und Silhouetten einen so gut abgestimmten Rahmen verleiht. Tief unter uns, im Schnee vergraben ruht es jetzt, wir wandeln darüber hinweg und verlieren so in der durch nichts unterbrochenen weiten schneeigen Fläche des Hochplateaus jedes Maß, jede Schätzung für Raum und Entfernung. Kleine Unebenheiten, durch Schneewehen besonders gekennzeichnet, werfen wohl hier und da ihren, meist tiefblauen Schatten, selten nur, daß diese oder jene Felspartie den erwünschten Stützpunkt für das Auge abgibt.

So stapfen wir den Stangen entlang, welche den einzigen Wegweiser abgeben, ängstlich bemüht in die Fußspuren des Vorgängers genau hineinzutreten, und war derselbe ein Roß, dies dankbar empfindend, da unsere Rolle als Epigonen durch solch' vierbeiniges Schrittmachertum nicht unwesentlich erleichtert wird. Tüchtig ausgreifend, kommen wir schließlich doch rasch vorwärts, während unseres einsamen Marsches den vollen Zauber dieser eisigen Verträumtheit stets von neuem auskostend und in uns aufnehmend.

So gelangen wir — die Prinz Heinrich-Baude bildete den Ausgangspunkt — mit „bedächtiger Schnelle“, oft einen Schritt voran und zweie zurück, dann wieder tief ins Knieholz durchbrechend, zur Riesenbaude und beginnen damit, dem eigentlichen Koppenanstieg zuzustreben.

Wer es nicht mit eigenen Augen gesehen hat, ist kaum im stande, sich einen Begriff von dem Bilde zu machen, welches die Bauden mit all' ihrem Drum und Dran, den angebauten Hütten, den Wegweisern und Telegraphenpfosten, abgeben. Wie Riesenbärte hängt es herab von jedem Vorsprung, jeder Leiste und Zacke, vereist und verschneit erscheint Alles, „Kunstformen in der Natur“, hinter deren Anblick jede Beschreibung weit zurückbleiben muß.

Der Aufenthalt auf der Koppe selbst ist im Winter vielleicht nicht ganz so dankbar wie im Sommer. Draußen stürmt und weht es meist gewaltig, dazu hindern oft Nebel und Schneegewölk den Blick in die weit unten sich hinstreckende schlesische Ebene. In dem Wirtshaus ist das Gastzimmer dann wieder meist übermäßig geheizt, während dick befrorene



nur während einer Trinkkur eine Diät verordnen, doch dieser Teil der ärztlichen Fürsorge während einer Trinkkur nicht unwichtiger geworden ist, als früher. Die Festsetzung der Diät während einer Trinkkur ist sogar heute schwieriger geworden als früher, weil wir nicht schablonenhaft, sondern individuell und nach Maßgabe der besonderen Krankheit zu ordinieren haben. Durch alte Gewohnheit ist in weiten Kreisen des Publikums die Vorstellung erzeugt, daß mit einer Trinkkur auch eine bestimmte Diät verbunden sein müsse. Erschüttern wir nicht diese Anschauung, sondern benutzen wir zielbewußt die Zeit der Trinkkur, in welcher sich der Patient besonders willig und geneigt zur Durchführung diätetischer Anordnungen zeigt, als Lern- und Uebungszeit für eine bestimmte Diätkur! Sorgen wir aber auch dafür, daß der Patient die betr. Diätkur nicht nur während der Dauer der Trinkkur, sondern auch während der übrigen 11 Monate des Jahres befolgt. Dann haben wir auch die Freude, daß der Erfolg gar mancher „Trinkkur" länger anhält, als dies ohne ein solches Vorgehen der Fall sein dürfte.

Biersche Stauung in der inneren Medicin.

Vortrag, gehalten vor dem Rostocker Aerzteverein, am 9. Februar 1907.

Von Dr. **E. Zabel**, Rostock, Spezialarzt für innere Krankheiten.

(Fortsetzung.)

Weiter erhebt sich die Frage: Hat der innere Arzt voraussichtlich noch mehr von der Stauungshyperaemie zu erwarten? Ist ein weiterer Ausbau der Methode für ihn zu erhoffen und in welcher Richtung?

Nun, m. H., meiner Überzeugung nach, ja.

Und zwar eröffnen sich hier eine ganze Zahl von hochinteressanten Untersuchungsreihen, von denen ich nur vier hier kurz skizzieren will.

I. Eine erste Untersuchungsreihe

erstreckt sich auf die Eruierung der Wirkung der Stau- und Saughyperaemie auf den gesunden Körper des normalen Menschen.

Hier wären Objekte der Untersuchung vornehmlich das Verhalten des Pulsdrucks, des Gefäßsystems, des Blutbildes und des Nierensekretes.

Die Kopfstauung bedingt nach Bier eine Erhöhung des allgemeinen Blutdrucks infolge Hirnreizung.

Während der Extremitätenstauung hat Hoffmann eine Zunahme des Pulsdrucks als Ausdruck der Steigerung der Herzarbeit konstatiert.

Weiter wäre zu untersuchen die Tiefenwirkung der Hyperaemie und die systematische Prüfung anastomosierender Gefäßgebiete in ihrem Verhalten bei Stauung und Saugung in dem einen Bezirk.

Dahin gehört neben der bereits erwähnten Untersuchung des Knochenmarks, soweit es durch die Kontrolle des Blutbildes möglich ist, die Prüfung der Beeinflussung des Schädelinnern durch die Schmiedensche Kopf-Saugglocke. Aber nicht nur bei bestehender Anastomosierung, wie in diesem Falle, sondern auch wo keinerlei Verbindung zwischen zwei Gefäßnetzen besteht, ist die Fernwirkung der passiven Stau- und Saughyperaemie zu untersuchen. Ich verweise auf Wesselys Nachweis der Einwirkung auf die Ciliargefäße durch Kochsalzinjektion unter die Conjunctiva als ein Beispiel der Fernwirkung, des Ueberspringen, allerdings hier eines Entzündungsreizes von einem auf ein benachbartes, anatomisch mit ersterem nicht zusammenhängendes Gefäßgebiet.

Etwas ähnlich, wenn auch wieder ganz anders, liegen die Verhältnisse an der Pleura. Hier ist nach Bier die hyperaemisierende Wirkung der Saugung auf das parietale Blatt ohne Zweifel im Gegensatz zu Unverricht, der nach Bier die Schröpfgläser aus dem Anaemiebefund der Pleura an der Leiche als Revulsivum ansieht, während Bier seine Ansicht gestützt sieht durch den von Heinz mittels thermoelektrischer Nadeln erbrachten Nachweis der Temperaturerhöhung der Pleura um 0,15 bis 0,25 Grad nach einem Alkoholumschlag um die Haut des Versuchstieres. Vorausgesetzt nun, daß Biers Meinung richtig ist und die kostale Pleura wirklich beeinflußt wird — für welche Behauptung allerdings der exakte Beweis noch aussteht — glaube ich, daß dann auch die gegenüberliegende Pleura pulmonalis sich nicht indifferent verhalten dürfte. Aber diese Fragen — sowohl was die Pleura wie ganz ähnlich das Pericard betrifft — lassen sich schwer angreifen und klären.

Auf das genaueste ist ferner das Blutbild auf seine Beeinflussung durch die Stau- und Saughyperaemie zu untersuchen. Nach Bier und anderen Autoren pflanzt sich ja die Stauung von den oberflächlichen Venen infolge Bindenkonstriktion auch auf die tieferen Venen selbst der Knochen-Markhöhle fort. Welche Aenderung wird dadurch im Blutbilde bewirkt? Die Frage harrt der systematischen Untersuchung. Sie ist umso brennender, als sich gelegentlich bei Autoren auffallende Angaben finden.

Fensterscheiben jede, auch die geringste Heraussicht benehmen.

So kommt denn selbst der stärkste Naturenthusiast und Bewunderer alpiner Majestät schließlich zu dem Punkt, wo die Genußfähigkeit nachläßt und wieder das rein physische Bedürfnis — sagen wir der krasse Materialismus — in den Vordergrund des Empfindens sich drängt.

Nach dieser Richtung hat das letzte Jahrzehnt überaus vorteilhaft eingewirkt, indem es die Gebirgsbewohner nach der alten Regel von Nachfrage und Angebot aus träger Winterruhe aufrüttelte, ihnen die Möglichkeit eröffnend, auch jetzt nicht unbeträchtlichen Nebenverdienst sich zu verschaffen. So läßt die Verproviantierung der Bauden nichts zu wünschen übrig, rasch ist das leckere Mahl bereitet, und ein guter Tropfen, dem es ebenfalls an der nötigen Kühle nicht mangelt, vermag den durchfrorenen Wanderer in kürzester Zeit wieder zum Auftauen zu bringen. Wie im Sommer rückt man da eng aneinander, erörtert die unmöglichsten Chancen für Auf- und Abstieg und besiegelt die neu geschlossene Freundschaft mit der selbstlosen Aufforderung, durch eigenhändige Unterschrift ein oder mehrere Dutzend von Winteransichtspostkarten zu Wertobjekten für den heimatlichen Ofenhocker zu gestalten.

Das Riesengebirge ist in der Tat nach allen Richtungen hin auch im Winter „auf der Höhe", vor allem bedarf es — was für den Fremdenverkehr von größter Bedeutung ist — kaum irgendwelcher Schwierigkeit, um von jedem Punkt der am Fuß des Kammes gelegenen Ortschaften nach diesem selbst und über ihn hinaus zur böhmischen Seite hin mittelst Schlitten zu gelangen. Die Regelung dieses, sagen wir Fuhrwesens, hat der jeweilige Ortsvorstand in die Hand genommen. Er besichtigt die einzelnen Hörner- oder Pferdeschlitten auf ihre Brauchbarkeit, numeriert sie und ordnet auch die Führer derselben in ein durch bestimmte Paragraphen begrenztes Regime ein. In gleicher Weise werden die Preissätze für jede Tour bestimmt, Tafeln, welche dieselbe anzeigen, überall ausgehängt, so daß von einer Uebervorteilung der Fremden nie die Rede sein kann. Es fiel uns im Gegenteil wohltuend auf, mit welcher Sorgfalt und liebevollen Teilnahme sich die wetterharten rauhen Gebirgsleute der Touristen stets annahmen, ängstliche Gemüter, besonders weiblichen Geschlechtes, beruhigten, und in ihrer der alten Naturphilosophie nahekommenden Art bezüglich des Wetters oder anderer in Betracht zu ziehender elementarer Ereignisse für die nächsten Stunden stets die allergünstigsten Prognosen zu stellen wußten. Hierzu gesellt sich die erstaunliche Sicherheit, mit der sie die Hörnerschlitten auf ihrem vielfach gewundenen abschüssigen Wege zu leiten wissen, oft den ganzen Körper gegen den Schnee aufbäumend, und so den Schlitten mit muskelstarkem Arm an zu raschem Abgleiten hindernd.

Eine besonders schwierige Partie für Hörnerschlitten, zugleich wohl die aufregendste, bleibt stets die Abfahrt von der Schneekoppe, welche auf dem alten Zickzackwege erfolgen

So gibt Stahr auf Grund von Blutuntersuchungen bei peripheren chirurgischen Affektionen zwar an, daß sich Haemoglobin und rote Blutkörperchen nach der Stauung nicht anders verhielten, erwähnt aber das Vorkommen von basophiler Körnelung der letzteren nahe der Genesung, und zwar reichlicher an der kranken, als an der gesunden Seite.

Die lokale Leukocytose in dem gestauten Gliede beruht nach seinen Zählungen auf einer hohen Steigerung der Lymphocyten bei Sinken der Neutrophilen. Dieser Angabe der lymphocytären Leukocytose gegenüber sei nochmals an die Mitteilung Colleys erinnert, daß er nicht selten bei einer infolge akuter chirurgischer Entzündung vorgenommenen Extremitätenstauung eine vorübergehende Schwellung aller Lymphdrüsen des ganzen Körpers während der Konstriktion beobachtet habe.

Von pathologischen Befunden erwähnt Stahr, ungemein selten eosinophilen Myolocyten begegnet zu sein.

Auch v. Leyden-Lazarus haben ihr Augenmerk auf das Blutbild gerichtet. So fanden sie bei einer Polyarthritis gonorrhoica (♀ 28 Jahre) am rechten Unterschenkel vor der Stauung 8000 weiße und $3^1/_2$ Millionen rote Blutkörperchen; nach fünfstündiger Stauung waren 30000 weiße und 5 Millionen rote Blutkörperchen vorhanden. Und in einem Falle von Chiragra (♀ 46 Jahre) ergab die Zählung an der kleinen Fingerbeere der ungestauten Hand 8000 weiße und $3^1/_2$ Millionen rote Blutkörperchen, während an der kranken Hand nach vierundzwanzigstündiger Konstriktion 20000 weiße und 5 Millionen rote Blutkörperchen sich fanden.

Ueber eine höchst merkwürdige und, wie der Autor selber hervorhebt, noch genauerer Aufklärung und Verfolgung bedürfende Tatsache berichtet Kuhn: Nämlich über eine von ihm wie verschiedenen Aerzten der Berliner Kliniken, wie Blumenthal, Wadzack, Géronne, von Bergmann, Bassenge, sowohl gelegentlich wie durch systematische Kontrollzählungen festgestellte, mehr oder weniger erhebliche Vermehrung der Erythrocytenzahl unter der Kuhnschen Saugmaske, so bei einem Patienten von Wadzack von $4^3/_4$ Millionen (85% Hb.) in acht Tagen auf fast 7 Millionen (95% Hb.).

Bei einem Patienten allerdings kehrte die Zahl nach beträchtlicher Steigerung bald auf ihre anfängliche Höhe zurück. In den anderen Fällen blieb, wie Kuhn auf dem diesjährigen Internistenkongreß mitteilte, die Vermehrung auch nach Aussetzen der Maske von Bestand. Daß das mechanische Moment einer ungleichen Verteilung die Ursache sei, wurde in der Diskussion zurückgewiesen, dagegen der Vermutung Raum gegeben, daß es sich angesichts der raschen Vermehrung der Erythrocyten und der gleichzeitigen Steigerung der Leukocytenzahl um eine scheinbare Vermehrung infolge Eindickung des Blutes handeln könne, demnach die Bestimmung des spezifischen Gewichts notwendig sei.

Kuhn nimmt zur Erklärung an, daß, wenn eine Vermehrung wirklich stattfände, diese möglicherweise, wie bei Höhenaufenthalt, durch vermehrte Anlockung und Bildung von Erythrocyten infolge mangelhaften Sauerstoffgehaltes der verdünnten Luft verursacht werde.

Endlich erwähne ich als vierten systematisch bei Gesunden zu untersuchenden Punkt die genaueste Analysierung des Nierensekretes während und nach der Stau- und Saugbehandlung und die Vergleichung desselben mit dem Harn in der freien Zeit.

Veranlassung, das Augenmerk hierauf zu richten, geben einmal — bezüglich der Stauungshyperaemie — von anderen Gesichtspunkten abgesehen, die Chvostekschen Angaben über die Beziehung der Bindenkonstriktion zur paroxysmalen Haemoglobinurie.

Und — betreffs der Saugbehandlung — der Wunsch, exakten Aufschluß über die Möglichkeit und den Effekt einer Einwirkung auf den Harn durch die Applikation von Sauggläsern

erstens an beliebigen Stellen des Körpers und
zweitens speziell auf die Nieren-Lendengegend (cf. die Beobachtung Haffters über die unter Einschränkung der Diurese auftretende Ausscheidung von roten Blutkörperchen im Urin)

zu erlangen.

Hier handelt es sich u. a. um die Frage: Ist diese letztere Affizierung der Nieren unter Haematurie etc. vielleicht gar nicht so selten und ist sie zu erklären? Kommt sie, wenn bei einem Individuum festgestellt, zu stande, wo immer auch man die Schröpfköpfe appliziert, oder möglicher-, ja vielleicht wahrscheinlicherweise nur beim Ansetzen am Rücken in die Nierengegend? Die Konstatierung der ersteren Tatsache würde für Zerfalls- und Resorptionsvorgänge, der letztere Fall für eine lokale Tiefenwirkung sprechen und möglicherweise für die Beeinflussung von Nierenaffektionen von Bedeutung sich erweisen. (Schluß folgt.)

---

muß, da der Jubiläumsweg völlig vereist und vergletschert, im Winter nicht offen gehalten wird. Der Wirt der Böhmischen Baude übernahm selbst die Steuerung, und so vertrauten wir uns ihm bedingungslos an, um nach einer kaum 5 Minuten währenden Fahrt glücklich zur Riesenbaude zu gelangen.

In gleicher Weise wird bei der fabelhaften Geschwindigkeit, welche die Hörnerschlitten bei nur geringem Gefälle alsbald gewinnen, der Weg vom Kamm abwärts nach Krummhübel in etwa 15—20 Minuten zurückgelegt, während man aufwärts hierzu als Fußgänger drei Stunden, im Pferdeschlitten $2—2^1/_2$ Stunden benötigt. Es richtet sich die Dauer der Talfahrt nach den entgegenkommenden Schlitten, oder hängt von abwärts fahrenden Holzfällern mit ihren weit nachschleppenden Langbäumen ab. Hier gilt es dann rasch abzustoppen und seitlich auszubiegen, was natürlich die Gesamtfahrzeit nicht unwesentlich verlängert. Der Tourist begrüßt derartige „Verkehrsstockungen" eigentlich sympathisch, da er durch sie wieder Zeit findet, den Blick in die Runde schweifen zu lassen und sich an dem ständig wechselnden Naturbild zu erfreuen. Auf der Hörnerschlittenfahrt selbst vergeht dem also Verfrachteten in dem rasenden Tempo meist Hören und Sehen, es ist ein Rekord von Geschick und Schnelligkeit, welcher dabei zum Austrag kommt, für einen gleichzeitigen Naturgenuß findet sich indes nur wenig oder gar keine Gelegenheit.

(Fortsetzung folgt.)

Kongressbericht.

XXXVI. Kongreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

Referent: Dr. Max Litthauer.

3. Sitzungstag.

(Fortsetzung.)

Hr. Bardenheuer-Köln: Oberschenkelbrüche besonders des oberen und unteren Dritteiles. (Unblutiges Verfahren.)

Die intensive Beschäftigung mit den Oberschenkelfrakturen hat Bardenheuer gelehrt, daß man alle Kranke mit Oberschenkelbrüchen sehr lange liegen lassen müsse, da bei zu frühzeitigem Aufstehen nachträglich noch Verbiegungen an den Knochen auftreten und anfangs gut erscheinende Behandlungsresultate nachträgliche Verschlechterungen erfahren.

Die Deformitäten, welche nach Oberschenkelbrüchen beobachtet werden, haben eine sehr verschiedene Bedeutung für die Funktionen des Beines, je nachdem die dislozierten Fragmente einen nach außen offenen Winkel miteinander bilden oder einen nach innen sich öffnenden. Und zwar sind die ersteren Dislokationen die unangenehmeren, weil sie die Funktion sehr erheblich beeinträchtigen. Man müsse daher bei der Behandlung trachten, jede Dislokation der Bruchenden auszugleichen, wenn das aber nicht möglich ist, wenigstens die Verschiebung soweit ausgleichen, daß ein nach innen offener Winkel der Bruchenden zustande kommt. Das Haupthindernis für die Adaptierung der Fragmente ist der Muskelzug, an zweiter Stelle erst kommt die Beschaffenheit der Bruchenden. Zur Ueberwindung des Muskelzuges ist die



Gewichtsextension das souveräne Mittel, und zwar müßten in schwierigen Fällen sehr erhebliche Gewichte ziehen, um die Muskelwiderstände zu überwinden. Bardenheuer hat Gewichte bis zu 60 Pfund angewendet. Er hat im ganzen in den letzten vier Jahren 179 Fälle von Oberschenkelfrakturen behandelt und damit 159 mal Heilungen ohne Verkürzung erzielt. Auch in den übrigen 20 Fällen war mit Ausnahme eines Falles die Verkürzung eine sehr geringe. Bardenheuer bespricht dann noch besonders die subtrochanteren Frakturen; sie bieten gewisse besondere Schwierigkeiten. Bei ihnen wird das obere Fragment durch den Zug des Ileopsoas nach außen und vorn disloziert, eine an das obere Fragment gelegte Heftpflasterschlinge, welche durch einen Matratzenschlitz nach unten geleitet wird, bringt das obere Fragment in die richtige Lage. Das untere Fragment wird durch seine Schwere und durch die Adduktoren nach innen und oben verschoben. An diese wird ein quer nach außen wirkender Zug angelegt. Dazu kommt die Längsextension. Auf diese Weise hat Bardenheuer auch bei diesen schwierigen Frakturen gute Erfolge gehabt. Desgleichen waren die bei den Schenkelhalsfrakturen erzielten Resultate gute. Von 81 Frakturen des Schenkelhalses waren 51 laterale Schenkelhalsfrakturen, dieselben sind alle fest verheilt, und unter den 30 zentralen Frakturen war es nur zweimal zur Bildung einer Pseudarthrose gekommen. Zum Schluß betont Bardenheuer, daß die Extensionsbehandlung, wenn sie auch mühevoll sei und sehr viel Aufmerksamkeit erfordere, so gute Resultate ergebe, daß sie die allgemeinste Verbreitung verdiene; er sei stets mit der Extensionsbehandlung ausgekommen und habe niemals nötig gehabt, die blutige Methode der Frakturbehandlung anzuwenden.

Hr. König-Altona: Dasselbe Thema (blutige Behandlung).

K. meint, daß man sich angesichts der ausgezeichneten Erfolge der heutigen aseptischen Wundbehandlung leichter zu blutigen Eingriffen bei frischen Frakturen entschließen könne als früher, wenn es darauf ankäme, ideale Heilungsresultate zu erzielen. Bei Schaftbrüchen des Oberschenkels würde man allerdings nur sehr selten Veranlassung zu einem blutigen Eingriff haben. Anders liegen die Dinge aber bei den Schenkelhalsbrüchen. Von diesen geben die intracapsulären besonders schlechte Resultate, aber auch bei den prognostisch günstigeren lateralen käme es häufig genug zu Pseudarthrosen oder wenigstens zu einer bindegewebigen Vereinigung der Fragmente.

Die Unsicherheit der Resultate und die Tatsache, daß es auch bei den jugendlichen Individuen zu Schenkelbrüchen mit ihren üblen Folgen kommen kann, hat König veranlaßt, bei intracapsulären Brüchen die Knochennaht zu machen.

Die subtrochanteren Brüche geben bei querer Bruchlinie bei der unblutigen Methode gute Resultate, bei den Schrägbrüchen sei die Prognose jedoch schlechter. Dagegen hat er in diesen Fällen mit dem blutigen Verfahren gute Erfolge erzielt. Er empfehle die Operation früh auszuführen, bei späteren Operationen mache es Schwierigkeiten, die Fragmente einander zu adaptieren.

Auch die Frakturen des unteren Femurendes könnten die Indikation für einen blutigen Eingriff abgeben. Hier käme es durch die Dislokation des unteren Fragments nach hinten gelegentlich zur Zerreißung der poplitaealen Gefäße und zu Gangrän des Fußes. Daher mußte in diesen Fällen, wenn die Reposition auch nach der Punktion der Haemarthrose nicht gelingen will, blutig reponiert werden.

König demonstriert noch einige Präparate und erklärt, daß er bei seinen Operationen niemals Infektionen erlebt habe.

Hr. Finck-Charkow: Ein Gipshülsenverband zur Behandlung von Knochenbrüchen, speziell der Oberschenkelbrüche.

Finck kritisiert die bisher geübten Behandlungsmethoden, speziell die Extensionsmethode sehr abfällig, welche seiner Meinung nach die Fragmente nicht entlastet, sondern belastet. Er versucht seine Anschauungen durch schematische Zeichnungen zu beweisen und demonstriert den neuen Gipshülsenverband, der zunächst in der pathologischen Stellung angelegt wird und dann etappenweise verändert wird, bis die gewünschte Stellung erzielt ist. Einzelheiten sind im Original nachzusehen.

Hr. Hofmann-Karlsruhe: Ueber den Ersatz des Rollensystems bei Extensionsverbänden durch Umsetzung des Längszuges in queren Zug.

H. erläutert an der Hand von einigen Zeichnungen und durch Vorführung von Modellen seine Methode, welche bezweckt, die Längsextension durch einen queren Zug zu ersetzen. Diese Modifikation, welche mit sehr einfachen Mitteln herzustellen ist, soll es dem Arzt ermöglichen, auch unter sehr ungünstigen äußeren Verhältnissen die Extensionsbehandlung durchzuführen.

Hr. Kuhn-Kassel demonstriert ebenfalls zu improvisierende Extensionsapparate.

Hr. Niehaus-Bern berichtet über günstige Erfahrungen, welche er mit seiner Methode der temporären Annagelung bei der Behandlung von Frakturen gemacht hat.

Hr. Koehler demonstriert ein von ihm konstruiertes Extensionsbett, welches es ermöglicht, die Körperschwere als Extensionsgewicht anzuwenden.

Hr. Görke-Mülheim a. d. Ruhr stellt einen Kranken vor, bei dem eine Oberschenkelfraktur mit Verlängerung des verletzten Beines geheilt ist. Die Verlängerung des kranken Beines beträgt 2 cm. Das Röntgenbild ergibt, daß es nicht gelungen ist, die Dislokation ganz auszugleichen, daß also a priori eine Verkürzung von 2 cm zu erwarten gewesen wäre. Es ergibt sich also durch das abnorme Wachstum eine tatsächliche Verlängerung des Oberschenkels um 4 cm.

Hr. Deutschländer: Verrenkungsbrüche des Os naviculare pedis und deren Folgen.

D. glaubt, daß diese Fraktur häufiger vorkommt, als man bisher angenommen hat. Er hat selbst 5 Fälle beobachtet. Bei allen handelt es sich um geringfügige Traumen, welche die Fraktur hervorgerufen haben. Klinisch stellt sich die Erkrankung nur als eine Distorsio pedis dar. Die Diagnose Fraktur kann erst durch das Röntgenbild gestellt werden. Die Entstehung der Fraktur ist eine indirekte. Die Brüche des Os naviculare haben eine praktische Bedeutung. Es entwickelt sich häufig eine schwer deformierende Entzündung des Chopartschen Gelenks nach diesen Frakturen. Für die Nachbehandlung empfiehlt er unter Umständen auch operative Eingriffe: Talusexstirpation oder Resektion. Er hat damit befriedigende Erfolge erzielt. Die Patienten sind schmerzfrei geworden und konnten den Fuß wieder gebrauchen.

Hr. Semeleder-Wien demonstriert einen Schuh zur Behandlung des Plattfußes.

Durch Abbildungen wird die Wirkung dieses Schuhes erläutert; es handelt sich dabei um Hebelwirkungen. Das wichtigste Prinzip des Schuhes ist ein federnder Absatz. Semeleder hat durch die Behandlung mit diesem Schuh selbst in sehr schweren Fällen von Plattfuß noch gute Erfolge erzielt.

Hr. Schloffer-Innsbruck: Allmähliches Entstehen einer zentralen Fußgelenksluxation.

Sch. berichtet über einen Fall, in dem eine Beckenfraktur, welche auch die Pfanne betroffen hatte, aufgetreten war. Ohne daß eine Dislokation der Fragmente vorgelegen hätte, war allmählich der Kopf des Femur durch die Fraktur in die Beckenhöhle eingedrungen. Schloffer ist der Meinung, daß die vom Becken zum Oberschenkel ziehenden Muskeln allmählich den Schenkelkopf durch den Bruchspalt in die Beckenhöhle hineingepreßt haben.

Hr. Küster-Marburg protestiert dagegen, daß man in diesem Falle von einer Luxation spricht. Es hat sich um eine Beckenfraktur gehandelt mit sekundärer Dislokation des Schenkelkopfes.

Hr. Schloffer gibt das zu, betont aber, daß er bei der von ihm gewählten Bezeichnung dem allgemeinen klinischen Sprachgebrauch gefolgt sei.

Hr. Lampe-Bromberg: Ueber das funktionelle Resultat nach ausgedehnter Resektion des distalen Femurendes wegen Sarkom.

Redner stellt einen Kranken vor, bei dem er das untere Femurende wegen eines Sarkoms reseziert hat. Nach der Resektion hat er das restierende Femurende nicht in die Tibia eingepflanzt, wie es gewöhnlich gemacht wird, da das resezierte Stück dazu zu groß war. Er hat die Wunde unter Extension des Beines zuheilen lassen. Dadurch ist das Bein ganz schlotterig geworden.



Durch einen Schienenhülsenapparat ist der Patient aber imstande, sehr gut zu gehen.

Hr. Riedel-Jena warnt auf Grund seiner Erfahrungen vor diesen Operationen, er hat immer Rezidive bekommen und exartikuliert daher immer im Hüftgelenk.

Demgegenüber treten die Herren Körte-Berlin und Borchard-Posen für die Operation ein und berichten von Fällen, die nach der Operation 7, bezw. 6 Jahre völlig gesund sind.

Hr. Voelkers-Heidelberg berichtet über einen Fall von sogenanntem schiefen Biß, bei dem der Unterkieferast der einen Seite 2 cm länger war als der andere. Die Verlängerung war bedingt durch eine Hyperostose des Unterkieferköpfchens. Aus welchen Gründen es zu der Bildung der Hyperostose gekommen war, ist nicht aufzuklären. Durch die Resektion des hyperostotischen Unterkieferköpfchens erzielte er ein gutes funktionelles Resultat.

Hr. Ranzi-Wien demonstriert desinfizierbare Prothesen zum Ersatz des Mittelstückes des Unterkiefers oder des aufsteigenden Astes desselben nach Resektion.

Da die Prothesen leicht desinfizierbar sind, so können sie unmittelbar nach der Operation eingefügt werden. Dadurch wird eine Narbenverziehung verhindert, ohne die Heilung der Wunde zu gefährden. Nach vollendeter Heilung werden diese Immediatprothesen durch definitive Ersatzstücke ersetzt. Ranzi berichtet über verschiedene Fälle, in denen bei Anwendung der geschilderten Prothesen an der v. Eiselsbergschen Klinik sehr gute Resultate erzielt wurden.

Hr. Goebel-Kiel: Ueber die Totalexstirpation von Pankreascysten.

Da nach der Gussenbauerschen Operation — Einnähen der Cyste, Eröffnung derselben und Drainage — häufig langdauernde Fisteln zurückbleiben, so empfiehlt G. in geeigneten Fällen, die Cysten zu exstirpieren. Freilich dürfe die Exstirpation nur ausgeführt werden bei echten Cysten und nicht bei Cystiden, welch letztere nach Traumen oder nach Entzündungen des Pankreas sich bildeten. Er hat in einem Falle, bei dem es sich um einen 23jährigen jungen Mann gehandelt hat, die Exstirpation der Cyste mit sehr gutem Erfolge gemacht. Er hatte mit Sicherheit angenommen, daß es sich in diesem Falle um eine echte Cyste gehandelt hätte, da in der Anamnese nichts von einem Trauma, auch nichts von entzündlichen Prozessen in abdomine zu eruieren war. Trotzdem ergab die mikroskopische Untersuchung, daß es sich nicht um eine Cyste handelte. Es waren in den Präparaten weder Epithel noch sonst Pankreasgewebe nachzuweisen.

Hr. Ehrhardt-Königsberg: Echte und falsche Divertikel der Gallenblase. Ein Beitrag zur Aetiologie der Pseudorezidive nach Gallensteinoperationen.

In der Gallenblasensteinschleimhaut kommen zwei Arten von Drüsen vor, einmal die Schleimdrüsen und zweitens die sogenannten Luschkaschen Gänge, welche Einstülpungen der Schleimhaut darstellen und bis unter die Serosa der Gallenblase reichen. Diese Gänge kommen schon normalerweise vor, vermehren sich aber bei der Cholelithiasis sehr reichlich. Diese normalerweise vorkommenden Schleimhautausbuchtungen erinnern an Darmdivertikel, und es können sich aus ihnen Gallenblasendivertikel entwickeln. Die Bedeutung der Luschkaschen Gänge nun sieht Redner darin, daß sich in ihnen Schleim, Eiter und auch kleinste Steinchen ablagern können. Läßt man bei der Operation der Gallensteine die ganze Gallenblase oder Teile derselben zurück, so kann es durch Steinbildung in den Krypten zu echten Rezidiven kommen, aber auch zu Pseudorezidiven, dadurch, daß in den Krypten zurückbleibender Eiter neue Entzündungen der Gallenblase und damit Schmerzanfälle hervorruft. Ehrhardt rät daher, die Gallenblase bei Cholelithiasisoperation stets zu entfernen.

Hr. Sprengel-Braunschweig: Ueber den retroperitonealen Absceß der Gallenwege.

Die retroperitoneal gelegenen Abscesse im Anschluß an Erkrankungen der Gallenwege sind sehr selten. In der Literatur sind bisher nur sechs Fälle bekannt geworden, und in den großen Monographien von Körte, Kehr und Riedel wird diese Erkrankung überhaupt nicht erwähnt. Redner hat 170mal Gallensteinoperationen ausgeführt, nur einmal hat er unter allen diesen Fällen einen retroperitonealen Absceß beobachtet. Es handelte sich um eine 42jährige Frau, die fast 15 Jahre Lebersymptome darbietet. 14 Tage vor der Aufnahme erkrankte sie akut mit hohem Fieber. Bei der Aufnahme Temperatur 39°; Puls 100; Urin ikterisch. Im Abdomen Symptome von einer Entzündung unter der Leber. Die Diagnose wurde auf Cholelithiasis mit Entzündung der Gallenblasenumgebung gestellt. Bei der Operation war die Gallenblase ganz mit Steinen angefüllt, und es fand sich zugleich ein retroperitonealer Tumor unter der Leber; der retroperitoneale Tumor wird indiziert und erweist sich als stark gallehaltiger Absceß. Die Patientin erlag der Krankheit. Bei der Obduktion fand sich eine Perforation des Choleduchus gleich hinter der Einmündungsstelle des Cysticus. Sprengel stellt sich den Vorgang so vor, daß eine Verlotung des Gallenganges mit dem Peritoneum stattgefunden hat. Allmählich findet eine Einschmelzung der verloteten Gewebe statt, so daß nunmehr der infektiöse Inhalt der Gallenwege zum retroperitonealen Gewebe Zutritt findet und die retroperitoneale Eiterung entstehen kann. Auch alle sonst in der Literatur bekannten Fälle endigten tödlich.

Hr. Haasler-Halle: Ueber Cholecystektomie.

Haasler hat das Material der Hallenser Klinik bearbeitet. Aus den daselbst mit Cholecystektomie operierten 50 Fällen ergibt sich, daß die Gefahren, welche nach den Angaben anderer der Cholecystektomie anhaften sollen, nicht bestehen. Man solle die Cholecystektomie entweder vom Pol der Gallenblase aus beginnen, oder, wo das nicht angängig ist, vor den Gallengängen beginnen, diese freilegen, unterbinden und von hier aus die Auslösung der Gallenblase vornehmen. Er schlägt vor, in geeigneten Fällen die subseröse Methode der Gallenblasenexstirpation vorzunehmen.

Hr. Anschütz-Breslau: Beiträge zur Leberresektion.

Bei den Operationen an der Leber sind drei Punkte zu berücksichtigen: 1. Die Blutstillung. 2. Die Freilegung des Operationsfeldes. 3. Die Versorgung der Leberwunde. Auf Grund von 20 Fällen, welche Anschütz beobachtet hat, kommt er zu dem Schluß, daß es keiner komplizierten Methode bedarf, um den oben genannten Forderungen gerecht zu werden. Er hat niemals nötig gehabt, die Leber extraperitoneal zu lagern, noch hat es in seinen Fällen der Anwendung von irgendwie gearteten Kompressorien bedurft. Anschütz ist immer mit den einfachen und gewöhnlichen Mitteln ausgekommen. Man müsse sich vor allem der Tatsache erinnern, daß die Lebergefäße Gefäße wie andere auch seien, daß man sie daher ebenso unterbinden könne, wie andere Gefäße. Nur müsse man das Lebergewebe nicht zerreißen, dann ziehen sich die der Stütze beraubten Gefäße elastisch zurück und werden den fassenden Instrumenten unzugänglich. Man müsse das Lebergewebe mit scharfen, raschen Schnitten durchtrennen und die Gefäße auf der Schnittfläche fassen (Garré), oder man könnte die Gefäße vorher intrahepatisch abklemmen und das Gewebe dann durchtrennen, wie es Mikulicz getan habe. Zu den intrahepatischen Ligaturen kann man gewöhnliche Deschampsche Nadeln, elastische Sonden oder sonst geeignete Instrumente verwenden. Auch können die Leberwunden durch Naht verschlossen werden.

Die Bauchwunde wurde gewöhnlich ganz geschlossen.

Zur Freilegung sind die Bauchschnitte groß anzulegen. Eventuell müßte der Rippenbogen reseziert werden; auch könne man ohne Gefahr die Leberbänder durchtrennen.

Hr. Kotzenberg-Hamburg: Füllung der Knochenhöhlen mit Wallratgemisch.

Bei früheren Versuchen mit der Mosetigschen Jodoformplombe hätte man im Hamburger Krankenhaus schlechte Erfahrungen gemacht. In der neueren Zeit, wo sie sich streng an die Mosetigsche Vorschrift hielten, wären die Resultate wesentlich bessere geworden.

Die Wundhöhlen werden zunächst sorgfältig ausgekratzt, dann mit konzentrierter Karbolsäure ausgetupft, darauf mit Alkohol ausgespült und endlich mit heißer Luft völlig ausgetrocknet. Dann wird das Wallratgemisch eingegossen und nach der Erstarrung die Haut vernäht. Auf diese Weise hätten sie in sieben Fällen gute Erfolge erzielt.



Hr. Bockenheimer-Berlin: Ueber die Behandlung des Tetanus auf Grund klinischer und experimenteller Studien.

Die Antitoxinbehandlung des Tetanus ist nach Ausbruch der Krankheit erfolglos. Das haben auch die Fälle der v. Bergmannschen Klinik gezeigt. Von 19 mit Antitoxin behandelten Fällen sind sechzehn gestorben. Die drei Ueberlebenden wurden amputiert und durch die Amputation geheilt. Bezüglich der prophylaktischen Behandlung liegen Gutachten von Tierärzten vor. Aus ihnen geht hervor, daß die frühzeitig einsetzende prophylaktische Behandlung Erfolge haben könnte, doch müßten die Schutzdosen wiederholt werden. Dieses Verfahren wäre aber zu kompliziert und zu teuer. Es würde auch unmöglich sein, alle verdächtigen Wunden so häufig einzuspritzen; das würde zu viel Arbeit verursachen. Es wurde nun verschiedentlich versucht, ob man unter den tetanusverdächtigen Wunden nicht die wirklich tetanusinfizierten Wunden herausbekommen könnte. Alle Methoden waren aber zu zeitraubend und kompliziert. Nun war aus dem russisch-japanischen Kriege bekannt geworden, daß die Japaner, welche das Antitoxin lokal anwandten, bessere Resultate erzielt hatten, als die Russen. B. hat seine Versuche an Meerschweinchen angestellt. Eine Anzahl von Tieren wurde durch mit Tetanusbazillen getränkte Holzsplitter infiziert. Ein Teil der infizierten Tiere wurde nun behandelt. Das Antitoxin wurde mit lipoiden Substanzen zusammengebracht und entweder auf die infizierte Wunde direkt gebracht, oder in ihrer Nähe eingespritzt. Bei diesem Vorgehen zeigten sich gute Erfolge, das Inkubationsstadium wurde verlängert; der Tetanus verlief milder. In der letzten Zeit hat B. das Antitoxin mit Salben zusammen angewendet; dann trat entweder gar kein Tetanus auf, oder die Erkrankung verlief sehr leicht. Auch diese Versuche ergaben, daß man die Behandlung frühzeitig beginnen müsse, bevor die Krankheit zum Ausbruch gekommen sei. Diese Salbenbehandlung empfehle sich besonders da, wo sich tetanusverdächtige Fälle häufen; die Verbände müßten häufiger gewechselt werden.

(Fortsetzung folgt.)

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Aerztlicher Verein München.

Sitzung vom 13. Februar 1907.

1. Herr Oberndorfer demonstriert einen Fall von Kyphoscoliose kombiniert mit Lungentuberkulose bei einer Siebzigjährigen.

2. Herr Perutz: Ueber abdominale Arteriosklerose (angina abdominis) und verwandte Zustände.

Unter Berücksichtigung der Arbeiten von Buch und Pal schildert P. an der Hand eigner Beobachtungen das vielgestaltige Krankheitsbild, das beherrscht wird von anfallsweise auftretenden heftigen Schmerzen in der Magen- und Oberbauchgegend. Ausstrahlungen der Schmerzen nach dem Herzen, Angstgefühl und Atemnot werden dabei häufig beobachtet. Das auslösende Moment ist in Krämpfen der kleinen Darmgefäße und plötzlicher Steigerung des Blutdrucks (Gefäßkrisen) zu suchen, die Schmerzempfindung selbst durch eine Reizung des Sympathicus zu erklären. Neben der Arteriosklerose spielen auch funktionelle Störungen eine Rolle. Die infolge der Zirkulationsstörungen sekundär hervorgerufenen Magendarmerscheinungen können zur Verwechslung mit Ulcus ventriculi oder zur Annahme mechanischer Hindernisse Anlaß geben. Die sogen. digestiven Reflexneurosen und der Darmatomie weisen viele Beziehungen zu diesen Zuständen auf. Therapeutisch sind die Theobrominpräparate, Jod und Strophantus wertvoll; der Erfolg ermöglicht manchmal diagnostische Rückschlüsse. Außerdem sind physikalisch-diätetische Maßnahmen (Bäder, Massage, Einschränkung resp. Verbot der Fleischnahrung, des Alkohols und Tabaks) in Anwendung zu ziehen.

Diskussion: Herr Loeb: Die auf arteriosklerotischer Grundlage beruhenden Schmerzen werden im Gehen stärker, auch bei Füllung des Magens.

Herr Höflmeyer, Herr Raab.

Herr Perutz: Schlußwort.

3. Herr Mennacher: Ueber eine seltene Verlaufsweise chronischer Uraemie.

Diskussion: Herr Seitz.

Demonstrationssitzung vom 27. Februar 1907.

Herr F. Lange: Was kann der praktische Arzt zur Linderung des Krüppelelendes tun? Mit Demonstration von zahlreichen Kranken.

Sitzung vom 13. März 1907.

I. Herr H. Dürck: Pathologisch-anatomische Demonstrationen mit Projektionen:

1. Hoden-Atrophie und -Hypoplasie.
2. Fibromyom des Uterus. Einbruch ins venöse System und Hindurchwachsen durch die V. hypogastrica und cava inferior ins Herz.
3. Knötchenförmige Leptomeningitis auf rein luetischer Basis.
4. Schädeldach eines Siebenundzwanzigjährigen nach Bruch im Kindesalter und Knochentransplantation. Tod plötzlich in einem epileptischen Anfall.
5. Syringomyelie.

II. Herr G. Klein: a) Zur Geschichte der Anaesthesie mit Bilsenkrautextrakt.

b) Anatomisches zur Spinalanaesthesie. Unter Vorweisung von Tafeln, die für den Unterricht bestimmt sind.

III. Herr Nassauer: Eingebildete Schwangerschaft und missed abortion.

Die Frau glaubte im neunten Monat schwanger zu sein, die Regel setzte seit dieser Zeit aus, vom fünften Monat ab traten wieder monatlich leichte Blutungen auf. Subjektive Schwangerschaftsbeschwerden. Nach Sondierung wurde eine Fleischmole ausgestoßen. Es handelte sich demnach doch nicht um eine eingebildete Schwangerschaft. N. will darnach die Winckelsche Definition der Schwangerschaft modifiziert wissen.

Albert Uffenheimer, München.

Neue Entscheidungen des Reichsgerichts.

Ist eine Aerztevereinigung berechtigt, den Standesausschluss eines Nichtmitgliedes zu erklären?

Der „Verein der Aerzte des Regierungsbezirks Breslau" hatte betreffs des Dr. med. G. in Brieg, der früher einmal dem Brieger Aerzteverein angehört hatte, auf Abbruch der Standesverbindung erkannt und diesen Beschluß des 5. November 1904 allen Vereinsmitgliedern zugehen lassen. Der Beschluß war auf Grund einer ehrenrührigen Differenz mit einem Kollegen erfolgt. Infolgedessen wurde es Dr. G. unmöglich, für sich irgendwelche Vertretung in Brieg zu erlangen, weil alle Brieger Aerzte dem Verein angehörten, auch kein Consilium wurde ihm gewährt. In einem schweren Typhusfall, wo er dringend Vertretung gebrauchte, mußte er sich nach seiner Behauptung solche aus Breslau besorgen von seiten der wenigen Aerzte, die nicht dem Verein angehören. In einer Klage gegen den Breslauer Aerzteverein verlangte G. nun wegen Erschwerung seiner Praxis und Schädigung in seinem Beruf, Aufhebung des Beschlusses vom 5. November 1904 und Schadensersatz für den ihm entstandenen Schaden, den er durch Steuerveranlagungsbelege auf jährlich 1200 Mark angibt.

Landgericht und Oberlandesgericht Breslau wiesen die Klage, die auf die §§ 823 und 826 B. G. B. gestützt ist, ab. Das Oberlandesgericht legt hierzu dar, daß eine Verletzung des § 823 nicht vorliege, da ein Recht des Klägers nicht verletzt sei, es sei nur den andern Aerzten der Verkehr mit ihm untersagt worden. Dieser Verkehr sei aber freier Wille jedes Einzelnen und habe Kläger darauf kein Recht. Auch § 826 sei nicht verletzt, denn es liege nichts Unsittliches in den Maßnahmen des Aerztevereins, welche nur den Zweck hätten, sich vor unlauteren Elementen bewahren und den Aerztestand schützen zu können. Eine Unterbindung des Berufs brauchte dem Kläger dadurch nicht



zu erwachsen, denn wenn er es nicht vorzieht, Aerzte aus Breslau für Consilium und Vertretung heranzuziehen, so könnte er ja nach einer andern Provinz verziehen, um dort den Beruf ohne andern Einfluß weiter auszuüben.

Das oberlandesgerichtliche Urteil wurde vom Kläger vor dem Reichsgericht angegriffen und zwar unter Geltendmachung der falschen Anwendung des rechtlichen Begriffs betreffend das dem Arzte zustehende Recht auf freien Erwerb, in das ihm durch den Beschluß eingegriffen werde. Der VI. Zivilsenat des höchsten deutschen Gerichtshofes erkannte unterm 4. Oktober 1906 auf Zurückweisung der Revision. Und zwar ist der erkennende Senat der Ansicht, daß gegen die in Rede stehende Organisation der Aerzte nichts eingewandt werden könne. Ferner nimmt der Senat an, daß § 823 nicht verletzt sei, da es sich hier nur um die freie Berufstätigkeit des Arztes handle, die nicht als ein „sonstiges Recht“ im Sinne des § 823 B. G. B. anzusehen sei. Was die angebliche Verletzung des § 826 B. G. B. anlangt, so ist der Senat im wesentlichen den Ausführungen des Berufungsrichters beigetreten, er kann also in dem Ausschluß von der Standesverbindung keinen Verstoß gegen die guten Sitten finden. K. M., L.

Periodische Literatur.

Münchener medicinische Wochenschrift. Nr. 12. 1907.

1. Manchot, Hamburg: **Ueber einen neuen Vorschlag zur Phosphorernährung und Phosphortherapie im Kindesalter.**

2. Hans, Limburg: **Primäre und sekundäre Ursachen des erschwerten Décanulements in der Serumzeit.**

Auf Grund von an 100 Tracheotomien gemachten Erfahrungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Die Verschärfung des Aspirationszuges ist in den weitaus meisten Fällen die primäre Ursache des erschwerten Décanulements. Dieselbe wirkt auf normale Granulationen besonders im oberen Wunddreieck, sowie auf die lockere Schleimhaut des Uebergangsgebiets zwischen Kehlkopf und Luftröhre durch ihre Saugkraft aufquellend und so stenosierend.

2. Der Grundsatz, die Kanüle erst wegzulassen, wenn das diphtheriekranke Kind ein eNacht oder noch längere Zeit mit verstopfter Kanüle (Entwöhnungskanüle ohne oder auch mit Fenster) hat atmen können, ist deshalb zu verwerfen.

3. Die beste Zeit des Décanulements ist der dritte bis fünfte Tag, je nach der Schwere des Falles. Leichte Fälle sind zu erkennen, abgesehen von dem Vorverlauf und dem Allgemeinbefinden, aus dem schnellen Abfall des Fiebers, Beruhigung des Pulses, Abstoßen der sichtbaren Beläge im Halse und dem Durchdringen der Stimme bei Hustenreiz trotz liegender, nicht verstopfter Kanüle.

4. Der Versuch, die Kanüle ohne längere Vorprobe wegzulassen, kann in günstigen Fällen nach 48 Stunden gemacht werden; durchschnittlich stehen diesem früheren Termine die Gefahren des Ansaugens der Infektion nach unten, die Folgen der Verschärfung des Aspirationszuges durch noch bestehende Glottisverengerung oder durch Hustenreiz entgegen.

5. Die Tracheotomia sup., besonders als Cricotracheotomie ist schneller und leichter, auch bei mangelnder Assistenz, als die Trach. inf. auszuführen. Ihre dem infektiösen Herd so nahe Lage im Uebergangsgebiet zwischen Kehlkopf und Luftröhre zwingt aber oft, besonders durch Aufquellung der Submucosa, zum Décanulement.

6. Die zeitige Trach. inf. (als Operation der Wahl) sichert auch gegen das Einsaugen der Infektion in die tieferen Luftwege.

7. Da besonders bei größeren Kindern die Stenose oft mehr durch Membranen in der Trachea und den Bronchien hervorgerufen wird, so erleichtert die Trach. inf. wegen ihrer tieferen Lage das Hinausdrehen solcher Membranen mittels Federbart.

8. Die Notwendigkeit, eine zu früh weggelassene Kanüle wieder einführen zu müssen, macht in den ersten sechs Tagen keine Schwierigkeit. Die Narbenretraktion tritt hindernd erst später dem Décanulement entgegen.

9. Seit der Serumzeit sind die ins Krankenhaus eingelieferten (meist zur Operation) durchschnittlich schweren Fälle in ihrer Mortalität von 50 bis 70 Proz. auf 10 bis 20 Proz. zurückgegangen.

3. Haentjens, Putten (Holland): **Ueber das Ausbleiben der Phagocytose bei Komplementbindung (Reaktion auf Immunkörper im Serum).**

Gewißheit über die Anwesenheit von spezifischen Immunstoffen in einem Serum gibt eine Methode, die auf folgende Beobachtungen gegründet ist: 1. Die neutrophilen Leukocyten des Menschen phagozitieren eine mäßige Quantität von Tuberkelbazillen unter dem Einfluß des normalen Hundeserums. 2. Immunes Hundeserum verursacht die Aufnahme einer viel größeren Zahl von Tuberkelbazillen in Menschenleukocyten. 3. Normales sowie immunes Hundeserum, $^1/_2$ Stunde auf 57 ° C. erhitzt, entbehren diesen Einfluß auf die Phagocytose. 4. Inaktives Immunserum mit Tuberkelbazillen gemischt, und nachher mit einer kleinen Menge Normalserum (Hund) und mit der gewöhnlichen Menge Menschenleukocyten zusammengebracht, verursacht keine Leukocytose. Die Sensibilisatoren haben mit den Tuberkelbazillen zusammen das Komplement des Normalserums gebunden; wie hier die Phagocytose versagt, tritt bei Versuchen nach Bordet-Gengou die Haemolyse der sensibilisierten Erythrocyten nicht ein. 5. Kaninchenserum verursacht viel geringere Phagocytose von Tuberkelbazillen in Menschenleukocyten wie Hundeserum. 6. Wird jedoch Kaninchenserum bei der Mischung sub 4 gefügt, so tritt gleich starke Phagocytose auf, wie unter dem Einfluß des aktiven Immunserums allein (sub 2). Die Versuche 4 und 6 kompetieren einander und sind beweisend für die Anwesenheit der spezifischen Immunstoffe in einem Serum.

4. Teschemacher, Neuenahr: **Ueber die Fortdauer der Polyurie bei Diabetikern nach vollständig verschwundener Glykosurie und den Uebergang von Diabetes mellitus in Diabetes insipidus.**

Der allgemein als giltig angesehenen Regel, daß die Harnausscheidung mit der Zuckerausscheidung Hand in Hand geht, nämlich mit vermehrter Glykosurie steigt und mit verminderter sinkt, ist nur mit Vorbehalt zuzustimmen. Bei beträchtlicher Zuckerausscheidung braucht keine Polyurie zu bestehen, und nach vollständiger Beseitigung des Zuckers kann noch längere Zeit eine Polyurie fortdauern. Für die letztere Tatsache hat Posner bei einer gewissen Kategorie von Diabetikern eine natürliche Erklärung gegeben; Diabetes und Prostatahypertrophie treten nämlich nicht selten bei demselben Individuum gleichzeitig auf, und die auch bei Prostatahypertrophie vorkommende Polyurie kann nach dem Verschwinden des Zuckers noch für sich allein fortbestehen. Das gilt aber nicht für die Diabetiker im jugendlichen Alter und für solche Fälle, wo nach mehr oder weniger lang dauernder Polyurie dieselbe allmählich abnimmt oder normaler Urinsekretion Platz macht. Angesichts dieser Fälle bleibt die Frage über die Ursache der genannten Polyurie eine offene. Von dieser postglykosurischen Polyurie sind die seltenen Fälle zu unterscheiden, in denen sich der Diabetes mellitus in einen Diabetes insipidus verwandelt hat; eine Unterscheidung der ersteren Polyurie vom wirklichen Diab. insipidus ist leicht, da in ersterem Falle bei Vernachlässigung der diätetischen Vorschriften über kurz oder lang sich wieder Glykosurie einstellt, bei Diab. insipidus dagegen die Diät ohne Einfluß bleibt. 3. Krankengeschichten von einschlägigen Fällen werden mitgeteilt, von denen namentlich die eine interessant ist, die einen Fall betrifft, bei dem ein etwa ein Jahr dauernder Diabetes mellitus sich in einen 13 Jahre währenden Diabetes insipidus umwandelte, der dann einer etwa acht Monate dauernden Glykosurie Platz machte, um nach Ablauf dieser Frist wieder zu erscheinen.

5. Bäumler, Dresden: **Bericht über 350 Tränensackexstirpationen nebst Bemerkungen über Indikation und Technik.**

Verf. kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu folgenden Leitsätzen: 1. Die Exstirpation des Tränensackes ist angezeigt in allen Fällen, wo es sich um schnelle Entfernung der Infektionsquelle zum Schutz oder zur Erhaltung des Auges handelt, oder wo die Beseitigung eines andauernden eitrigen Tränenleidens auf anderem Wege vergeblich versucht, bezw. wo eine endgültige Heilung voraussichtlich nicht zu erreichen ist. 2. Bei der Ausführung der Operation liegt kein Grund vor, von dem Verfahren,



in erster Linie nur den erkrankten Sack auszuschälen, abzuweichen; es empfiehlt sich, die Umgebung, besonders das Periost zu schonen. 3. Die Nachbehandlung kann in den meisten Fällen eine ambulatorische sein.

6. Deutschmann, Hamburg: **Die Behandlung der Netzhautablösung.**

7. Leick, Witten: **Die Behandlung des Unterleibstyphus mit Pyramidon.**

8. Eisenberg, Berlin: **Jodofan, ein neues organisches Jodpräparat, als Jodoformersatzmittel.**

9. Buel, Christiania: **Meningocele vertebrale mit Teratoma kombiniert.**

Bei einem aus gesunder Familie stammenden Neugeborenen fand sich am Rücken eine Geschwulst, die sich zusammensetzte aus einer geborstenen Meningocele, einem fibroma-pendulum ähnlichen Tumor mit einem fingerähnlichen Anhang. Wegen der geborstenen Meningocele und der Gefahr einer Infektion der Meningen war die Operation indiziert, und es wurde das Teratom exstirpiert und die Plastik der Columna vorgenommen. Trotz anfänglich bestem Verlauf trat nach etwa zwei Monaten der Exitus ein. Die Autopsie ergab am Rückenmark — entsprechend der Lücke in der Columna — eine spindelförmige Auftreibung, deren Wand von verdünnter Rückenmarkssubstanz gebildet wurde. Der Stiel des Teratoms setzte sich durch die Spalte der Columna nach dem Rückenmark hin fort. Der fibroma-pendulum ähnliche Tumor erwies sich als im wesentlichen aus Lungengewebe bestehend und enthielt eine 2 cm lange, sich in zwei Aeste teilende Trachea; der fingerähnliche Fortsatz bestand hauptsächlich aus Haut und Fett; im Zentrum aber war ein Strang aus Knochen und Knorpeln, in dem die längeren Knochenstücke durch breitere Knorpelscheiben verbunden waren; mikroskopisch ließ sich auch ein Nagelrudiment nachweisen. Der innige Zusammenhang des Teratoms mit den Rückenmarkshäuten zeigt, daß es sich im Anfange dicht am Medullarrohr entwickelt hat; dieses hat sich aber völlig geschlossen. Das Teratom dagegen hat durch sein weiteres Wachstum die Vereinigung der mesodermalen Bildungen der beiden Seiten verhindert, wodurch die Meningocele und Spina bifida entstanden sind; weiter hat es wohl durch den Zug am Rückenmark die Ursache der lokalen Hydromyelie abgegeben. Das Teratom ist danach wohl als das Primäre, Spina bifida, Meningocele und Hydromyelie als Sekundäres anzusehen.

10. Wagner, Stuttgart: **Ein Fall von Polyserositis.**

Die serösen Höhlen des Körpers, Peritonealhöhle, Pleuren, Perikard können als große Lymphräume aufgefaßt werden, die durch ein weit verzweigtes Netz von Lymphbahnen miteinander in naher Verbindung stehen; ununterbrochen findet in ihnen Abscheidung und Aufsaugung von Flüssigkeit statt, die sich stets das Gleichgewicht halten müssen; wird dieses gestört, so kommt es sofort zu einer Ansammlung von Flüssigkeit in den serösen Höhlen; dies tritt besonders bei der Entzündung ein; ergreift eine solche mehrere oder alle Höhlen gleichzeitig, so entsteht das Krankheitsbild der „Polyserositis" (auch „Polyorromenitis" genannt). Nach den Mitteilungen in der Literatur verläuft die Krankheit meist chronisch und endet mit dem Tode; die Affektionen der einzelnen Höhlen zeigen alle Stadien der chronischen Entzündung: Verwachsung der Pleurablätter, Ansammlung von kolossalen Mengen Exudats und Bildung von fibrösen Massen im Peritonealraum (Zuckergußleber), Obliteration des Herzbeutels. Ein Fall, den Verf. beobachtete, betraf einen 25 jährigen Mann; derselbe bemerkte eine sich allmählich steigernde Atemnot, die aufhörte, als plötzlich im Laufe einer Nacht eine hochgradige Schwellung der Beine eintrat, nach deren ebenso schnellen Verschwinden aber wieder einsetzte. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus fand sich mäßige Temperatursteigerung, leichte Cyanose und Dyspnoe, in der Hauptsache eine doppelseitige exsudative Pleuritis, exsudative Pericarditis und exsudative Peritonitis. Bei einer exspektativen Behandlung gingen die Erscheinungen bald zurück, so daß der Patient nach fünf Wochen als arbeitsfähig entlassen werden konnte. Es handelte sich also um eine gleichsam idiopathisch auftretende gleichzeitige Entzündung sämtlicher serösen Häute; aetiologisch ist wohl eine Infektion durch eine im Blut kreisende Noxe anzunehmen. Durch die gleichzeitige Beteiligung sämtlicher Höhlen, den relativ frühen Termin der Beobachtung und den überaus günstigen Verlauf, ist dieser Fall von Polyserositis besonders bemerkenswert.

11. Näcke, Hubertusburg: **Dermatologische Beiträge.**

1. Revaccinationserscheinungen nach Fieberattacken.

Das $1^1/_2$ jährige Söhnchen des Verf., das Mitte September geimpft war und etwa vier Wochen bis zur Abheilung der Lymphpusteln gebraucht hatte, bekam Mitte November eine leicht fieberhafte Angina und nach Abfall des Fiebers eigentümliche Reizerscheinungen an den Pockennarben, deren Ränder stark anschwollen, sich weißlich trübten, so daß der Eindruck einer Lymphpustel erweckt wurde; innerhalb von acht Tagen bildeten sich die Erscheinungen unter Hautabschuppung zurück. Dasselbe wiederholte sich bei einer neuen Angina Ende Dezember. Ueber entsprechende Beobachtungen (Verf. wählt wegen der Aehnlichkeit den Ausdruck Revaccinationserscheinungen) hat er anderweitig nichts eruieren können.

2. Eczema acutum artificiale durch Siegellack-Ringeinlage.

Verf. trägt in einem etwas zu weiten Ring eine Siegellack-Einlage und bekommt seitdem von Zeit zu Zeit ein akutes Ekzem des Fingers, das sich genau in Ringbreite hält, aber merkwürdigerweise sich auf den Rücken des Fingers beschränkt, dagegen die Unterfläche, wo die Siegellack-Einlage anliegt, freiläßt. Eine mechanische Entstehung ist wohl ausgeschlossen; wahrscheinlich handelt es sich um eine chemische, durch gasförmige reizende Stoffe der Harzsubstanz. Befördert wird das Entstehen des Ekzems durch Waschung in konzentrierter Sublimatlösung und mit schärferen Seifen.

12. Hornung, Marbach a. Bodensee: **Aspirin als schmerzstillendes Mittel bei Nierensteinkolik.**

H. hat bei einer herzkranken, sicher nicht hysterischen Patientin mit vorzüglichem Erfolg Aspirin bei Nierensteinkolik gegeben; eine Dosis von 0,5 Aspirin brachte in kürzester Zeit die äußerst heftigen Schmerzen zum Schwinden und das Erbrechen zum Aufhören; die Wirkung hielt mehrere Stunden an, worauf dieselbe Dosis mit gleichem Erfolg gegeben wurde; die Tagesdosis überschritt nie 1,0. Die schmerzlindernde Wirkung dürfte wohl durch eine Einwirkung auf die sensiblen Nerven zu erklären sein.

13. Vorschütz, Köln: **Die Genickstarre und ihre Behandlung mit Bierscher Stauung und Lumbalpunktion.**

(Schluß aus Nr. 11).

14. Sobotta, Würzburg: **S. Ramon y Cajal. Zur Verleihung des Nobelpreises.**

Deutsche med. Wochenschrift. No. 12. 1907.

1. Loeffler: **Zum 25jährigen Gedenktage der Entdeckung des Tuberkelbazillus.**

Nicht abgeschlossen.

2. Stark, Karlsruhe: **Ueber intravenöse Strophantintherapie.**

3. Jordan, Heidelberg: **Die interne Behandlung der Appendicitis und die Indikationen zum chirurgischen Eingreifen bei derselben.**

Gegenüber den Ausführungen von Pfister über die interne Behandlung der Appendicitis (d. W. 1907 Nr. 1 und 2) kommt J. zu folgenden Thesen:

1. Bei jedem, auch dem anscheinend leichtesten Fall von akuter Appendicitis ist mit der Notwendigkeit sofortiger Operation zu rechnen. (Der unbedingten Frühoperation stehen Bedenken entgegen: Die Frühdiagnose ist häufig äußerst schwierig und unsicher; die Operation setzt einen in der Bauchchirurgie vollständig bewanderten Operateur voraus; die Resektion der Appendix bietet eine zwar geringe, aber immerhin gewisse Gefahr, speziell bei älteren Leuten; gegenüber der Intervalloperation hat die Frühoperation den Nachteil, daß die Vorbereitungen zum Eingriff nicht immer mit aller Ruhe und Vollkommenheit getroffen werden können, und daß die Bauchwunde nicht immer geschlossen werden kann, mithin die Gefahr des Bauchbruchs eine größere ist; das Publikum wird sich im allgemeinen nur schwer zu Eingriffen aus relativer Indikation entschließen.)



2. Die Hauptaufgabe des praktischen Arztes ist zunächst nicht so sehr die sogenannte Behandlung des Anfalls, als vielmehr die Feststellung des Charakters der Entzündung zum Zweck der dringend nötigen frühen Indikationsstellung.

3. Diese wichtige Entscheidung basiert auf exakter klinischer Beobachtung des Falles; daher ist jede Verschleierung des Krankheitsbildes bedenklich, und aus diesem Grunde ist die systematische Verabreichung des Opiums, zumal in großen Dosen, zu widerraten.

4. Fälle, die sich als leichte charakterisieren, können unter steter Beobachtung ihres Ablaufs der spontanen Heilung überlassen werden.

5. Fälle, die sich von Anfang an, oder am zweiten und eventuell noch am dritten Tage als dubiöse oder schwere erweisen, sollen sobald als möglich der Frühoperation unterzogen werden.

6. Die interne Behandlung eines schweren Anfalles (Appendicitis perforativa) ist ein Hasardspiel, bei dem die Gewinnchance zwar keine direkt ungünstige, der Einsatz — ein Menschenleben — aber zu kostbar ist.

7. Nach spontanem Ablauf eines Appendicitisanfalles muß die Intervalloperation in Betracht gezogen werden. Dieselbe ist indiziert:

a) nach einem schweren Anfall absolut,
b) nach einem leichten Anfall relativ,
c) nach zwei oder mehr leichten Anfällen absolut,
d) nach zurückbleibenden chronischen Beschwerden.

8. Bei der rein chronischen Appendicitis ist die Exstirpation des Wurmfortsatzes die sicherste und am raschesten zum Ziele führende Heilmethode.

4. Joseph, Berlin: **Ein Fall von metastatischem Magencarcinom.**

Bei einem Manne, dem wegen Carcinoms die eine Mamma vor einem halben Jahre amputiert war, fanden sich bei der Autopsie zahlreiche Metastasen in der Narbe, in der Rippenmuskulatur, auf den Pleuren, in den Lungen, Tonsillen, Halsdrüsen, im Sternum, in Leber und Milz und schließlich zwei kleine Knötchen im Magen; die mikroskopische Untersuchung der letzteren zeigte sie hauptsächlich in der Submucosa gelegen und aus einem krebsigen Gewebe mit wenig Stroma, vielen dicht stehenden, länglichen Alveolen mit kleinen, eckigen Zellen bestehend. Ihre Multiplizität an sich, der Umstand, daß sie circumscript sind und gegen die Schleimhaut hin wachsen, charakterisieren sie bei der allgemeinen Carcinomatose vieler Organe als Metastasen des Mammatumors. Am wahrscheinlichsten erscheint ihre Entstehung auf der Blutbahn, und zwar wohl auf arterialem Wege, aus den Lungenvenen.

5. te Kamp, Salzschlirf: **Ein Fall von doppelseitigem Hydrops genu intermittens.**

Bei der betr. Patientin kommt es alle 6 bis 7 Tage zu einem plötzlich innerhalb 24 bis 36 Stunden auftretenden Hydrops genu eines Beines; der Hydrops bleibt drei Tage lang auf einem Höhepunkte stehen, vom 3. bis 6. Tage nimmt die Gelenkschwellung wieder ab, und am 6. oder 7. Tage tritt dieselbe Affektion im andern Knie auf; Fieber besteht dabei nicht. Mit Gicht und Rheumatismus hat diese Affektion nichts zu tun; sie ist wohl als vasomotorisch-trophische Gelenkneurose aufzufassen. Die Therapie ist machtlos.

6. Schereschewsky, Moskau: **Zum Nachweis der Spirochaete pallida in Ausstrichen.**

Verf. empfiehlt folgende Methode zum Spirochaetennachweis im Ausstrich: Entfettete Objektträger werden mit dem betr. Gewebssaft bestrichen, der Anstrich in einer Doppelschale über Osmiumdämpfen fixiert (1 Minute), dreimal durch die Flamme gezogen und in eine Petrischale mit Giemsamischung (ein Volumen Giemsalösung [Grübler] zu acht bis zehn Volumen Aqua destil., gut umgerührt) gebracht; die Schale kommt auf ein dampfendes Wasserbad und verbleibt darauf zugedeckt 10 bis 15 Minuten, gegen Schluß wird frische Giemsamischung zugegeben. Die Präparate sind genügend gefärbt, wenn der Objektträger auch an unbestrichenen Stellen einen leicht rötlichen Farbstoffschleier gewonnen hat. Mit diesem Verfahren erhält man so prägnante Gebilde, daß sie sogar mit Trockensystem noch zu erkennen sind.

7. Mayer, Hamburg: **Spirochaetenbefunde bei Tramboesia tropica.**

In fünf Fällen von tropischer Tramboesie (aus Ceylon und Ostafrika), einer der Lues ähnlichen Erkrankung konnte Verf. die von Castellani entdeckte Spirochaete pertenuis, eine der Schaudinnschen Spirochaete pallida sehr nahestehende Form nachweisen; er glaubt, daß dieser Spirochaete eine aetiologische Bedeutung bei der Tramboesia tropica zukommt. Ein Nachweis in Schnitten nach der Levaditischen Versilberungsmethode gelang nicht.

8. Schüler, Charlottenburg: **Neue Bergkristallansätze für die Lichtbehandlung von Schleimhäuten.**

Verf. hat die kleine Quecksilberdampflampe (in den Handel gebracht von der Quarzlampengesellschaft Pankow) mit einem Anschlußapparat versehen, an dem verschiedene Ansatzstücke angebracht werden können, falls die Behandlung von Schleimhäuten oder die Druckbehandlung kranker Hautstellen beabsichtigt wird. Die Ansatzstücke sind massiv aus Bergkristall gefertigt; am besten bekommen dieselben unten eine kegelförmige Gestalt und werden hier mit einem Metallmantel umschlossen; dann leuchtet das ganze vordere Ende von oben bis unten ausnehmend hell, am intensivsten an der Spitze. Mit Hilfe dieser Vorrichtung kann man die Lichtbehandlung der Urethra, Vagina, Nasenhöhle, des Rachens und Afters vornehmen.

Klose, Berlin: **Ein Fall von akutem Ekzem nach Gebrauch des Haarwassers „Javol".**

Der betr. Patient verspürte nach einmaligem Einreiben des Kopfes mit Javol ein intensives Jucken auf dem Kopfe; trotzdem benutzte er das Javol weiter, worauf sich in wenigen Tagen ein hochgradiges Ekzem des Kopfes und Gesichts entwickelte; die Haare waren durch lymphatischen Erguß verklebt, die Kopfhaut oedematös; das ganze Gesicht war gerötet und geschwollen, die Augenlider oedematös und die Ohrmuscheln mit dicken, blutigen Borken bedeckt; dabei bestand Fieber und große Abgeschlagenheit. Unter Umschlägen mit Liq. alum. acet. und Gebrauch von Zinkpaste ging das Ekzem in etwa acht Tagen zurück. Trotz des Verbotes gebrauchte der Patient dann wieder Javol mit dem Effekt, daß innerhalb 24 Stunden dasselbe Krankheitsbild in derselben heftigen Weise sich entwickelte.

10. Zernik, Steglitz: **Neue Arzneimittel, Spezialitäten und Geheimmittel.**

Besprochen werden: Beta-Sulfopyrin, Migrophen, Alformin, Jodofan, Apotheker Zieglers Spezificum gegen Gelbsucht und Gallensteine, Dr. Lausers Magenpulver, Dr. Lausers Hustentropfen, Reichels Hustentropfen, Anticelta Tablets, Retterspitzwasser.

11. Schwalbe: **Rudolf Virchows Lehr- und Wanderjahre.** (Schluß aus Nr. 11.) Feuilleton.

Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 11. 1907.

1. Baisch, Tübingen: **Hyperemesis gravidarum.**

Versucht man ex juvantibus et nocentibus den Schlüssel für die Erklärung der Hyperemesis zu gewinnen, so sind es zwei Tatsachen, die hierfür Verwertung verdienen; einmal die Beobachtung, daß nichts mit solcher Zuverlässigkeit und geradezu momentanem Erfolg das Erbrechen zum Verschwinden bringt, wie die Ausräumung des Uterus; des weiteren hat aber die Erfahrung gezeigt, daß nicht selten ein ganz irrelevanter Eingriff (Aetzung einer Errosion, ein zum Schein unternommenes Manöver) selbst schwer Erkrankte mit einem Schlage geheilt hat. Zwingt die erstere Tatsache zu der Annahme, daß es das lebende Ei ist, das die letzte Quelle des Erbrechens darstellt, so zeigt die Möglichkeit der Heilung durch Suggestion, daß keine giftigen Stoffwechselprodukte, keine toxischen Substanzen die Ursache des Erbrechens sind; damit ist nicht ausgeschlossen, daß es nicht chemische Körper sind, die das Erbrechen bewirken. Bei der vielfältigen Einwirkung, die das wachsende Ei vom ersten Moment seiner Einbettung an im ganzen Körper hervorruft, werden auch die Zentren der Digestionstätigkeit ergriffen; das bestätigen die abnormen Gelüste, der Heißhunger vieler Schwangeren, die erhöhte Speichelsekretion. Es bedarf offenbar nur einer besonderen Disposition des Indivi-



duums, damit auch hier die zweckmäßig zu nennende Steigerung der zentralen Erregung ins Pathologische umschlägt. Diese Disposition kann an allen für die Auslösung des Erbrechens wesentlichen Etappen gesucht werden: im Uterus, in den Zentralorganen und im Magen. Eine quantitative Ueberproduktion oder qualitative Alteration der supponierten Stoffe im Uterus erklärt die Hyperemesis bei Zwillingen, Blasenmole, Endometritis, Retroflexio; eine abnorme Erregbarkeit der Zentren läßt verstehen, warum Neurasthenische und Hysterische ein so großes Kontingent zu diesen Kranken stellen, und eine durch frühere Magenerkrankungen erworbene Reizbarkeit des Magens erklärt die Hyperemesisfälle bei Frauen mit empfindlichen Verdauungsorganen.

Die ernste, schwere Hyperemesis, das „unstillbare“ Erbrechen, ist im allgemeinen selten; Verf. hat im Laufe von fünf Jahren 20 Fälle beobachtet unter 20000 Kranken, die die Sprechstunde der Klinik aufsuchten und 2500 Schwangeren. In der Prognose der einzelnen Formen läßt sich je nach dem Ursprung des Erbrechens ein Unterschied nicht verkennen.

Die Hyperemesis der neurasthenischen und hysterischen Patientinnen gehört zu den prognostisch günstigeren Formen; ihre Behandlung ist meist dankbar und erfolgreich. Die Kur ist zu beginnen mit absoluter Bettruhe, deren Verordnung durch Applikation eines Thermophors auf die Magengegend oder einer Eisblase auf den Unterleib wirksam unterstützt wird; weiter empfiehlt sich im Beginn eine 24stündige völlige Entziehung fester und flüssiger Nahrung; der quälende Durst kann durch subkutane Kochsalzinfusionen beseitigt werden; kleine Quanten eisgekühlter Milch, etwas Zwieback bilden den Uebergang zu etwas größerer Abwechslung: Tee, Kaffee mit Milch, Brühe, Schleimsuppe, Breie; die flüssige Kost wird einige Zeit beibehalten und unter großer Vorsicht unter Berücksichtigung der Geschmacksneigung des Kranken zur gewohnten Ernährung übergeleitet. Führt diese Therapie nicht in kurzer Zeit einen merklichen Umschwung herbei, so schreite man bald zum souveränen Mittel der Hysteriebehandlung, zur Entfernung aus der bisherigen Umgebung und Ueberführung in ein Krankenhaus. Die zentral bedingte Hyperemesis stellt die häufigste Form dar; Verf. sah sie unter seinen Fällen 15 mal; 13 wurden in zwei- bis dreiwöchiger Behandlung geheilt; bei zwei mußte die Schwangerschaft unterbrochen werden wegen der Hyperemesis und hochgradiger Salivation.

Auch bei der stomachalen Hyperemesis ist die Behandlung in einem auch hinsichtlich der Küche wohlversorgten Krankenhause angezeigt. Hier erzielt nicht die Suggestion in erster Linie die Erfolge; die streng geregelte Diät genügt einer kausalen Indikation; deshalb werden Heilerfolge auch nicht mit jeder beliebigen Diätvorschrift erreicht, sondern nur mit einer dem Fall angepaßten Verordnung, in der Regel flüssig-breiige Kost, die erst allmählich reichhaltiger gestaltet wird. Bei den drei vom Verf. beobachteten Fällen ergab die Anamnese das Vorhandensein eines chronischen Magenleidens, ohne daß sich ein Ulcus oder Carcinom nachweisen ließ; zwei davon wurden geheilt; bei dem dritten mußte der künstliche Abort eingeleitet werden, nachdem das Körpergewicht bis auf 90 Pfund gesunken war.

Wo die Hyperemesis kräftige, gesunde, weder hysterische noch neurasthenische Frauen befällt und die Anamnese keinen Anhaltspunkt für eine frühere Magenerkrankung gibt, liegt die Annahme nahe, daß die Ueberproduktion Erbrechen erregender Substanzen im Ei oder Uterus die Hyperemesis bewirkt. Für diese uterinen Formen der Krankheit eignet sich die Unterstützung der Kur durch medikamentöse Therapie, die Herabsetzung der Erregbarkeit des Brechzentrums zum Ziel hat; Brom, Morphium etc. kommen hier in Betracht; besonders empfiehlt sich Scopolamin in Dosen von 0,3 bis 0,5 mg ein- bis zweimal täglich.

Auch bei sorgfältigstem Individualisieren ist die Zahl der Kranken, bei denen jede konservative Behandlung scheitert, nicht zu gering; der Entscheid, wann die operative Behandlung einsetzen soll, wird durch die Wage gegeben: schreitet der Gewichtsverlust unaufhaltsam fort, so ist bald der Moment erreicht, wo ein weiteres Sinken des Körpergewichts verhängnisvoll wird. Dann muß mit Entschiedenheit die Konsequenz aus dem Scheitern der konservativen Behandlung gezogen werden. Die Unterbrechung der Schwangerschaft soll möglichst rasch und mit der denkbar geringsten Inanspruchnahme der heruntergekommenen Kräfte der Patientin bewerkstelligt werden bei möglichster Reduktion der Infektionsgefahr. Dazu empfiehlt sich am meisten die Ausräumung der Gebärmutter in einer Sitzung nach vorheriger Einlegung eines Laminariastiftes.

2. Lindenheim, Berlin: **Ueber eine Fieberreaktion im Anschlusse an die erste Quecksilberapplikation im Frühstadium der Syphilis.**

Das bekannte Aufflammen der Roseola nach der ersten Quecksilbergabe hat Thalmann auf den massenhaften Spirochaetenzerfall zurückgeführt infolge der Merkurwirkung und in letzter Linie auf die hieraus resultierende Ueberschwemmung des Organismus mit den Endotoxinen, die beim Absterben der Krankheitserreger frei werden; ist diese Auffassung richtig, so wird man auch einen Anstieg der Körperwärme nach der ersten Quecksilberapplikation erwarten können. Verf. hat diesbezügliche Untersuchungen angestellt; dabei wurden natürlich die Fehlerquellen, die in dem syphilitischen Eruptionsfieber, in Fiebererscheinungen der Hg-Intoxikation und in accidentellem Fieber gegeben waren, ausgeschaltet. Unter insgesamt 106 Fällen wurden bei zwölf im Anschluß an die erste Hg-Applikation Temperatursteigerungen beobachtet, die auf nichts anderes als auf das Quecksilber zu beziehen waren, davon betrafen fünf Rezidive, sieben frische Fälle. Die Reaktion trat immer innerhalb der ersten 24 Stunden nach Einverleibung des Quecksilbers auf. Bei männlichen und weiblichen Kranken ergab sich eine Differenz des Temperaturganges; der Durchschnitt der maximalen Temperaturen betrug bei den Frauen 38,8°, bei den Männern nur 38,1°; bei den ersteren fiel die Temperatur schnell, meist noch innerhalb der ersten 24 Stunden, kritisch ab, bei den letzteren dagegen hielt die pathologische Erhöhung der Eigenwärme mehrere Tage an und ging lytisch zur Norm zurück.

3. Hoke und Mende, Prag: **Ueber die Katzensteinsche Methode zur Prüfung der Herzkraft.**

Diese Methode besteht darin, daß nach vorheriger Bestimmung des Blutdruckes und der Pulszahl beide Arteriae femorales am Ligamentum Pouparti komprimiert werden und dann eine neuerliche Bestimmung des Blutdrucks und der Pulszahl vorgenommen wird. Während beim suffizienten Herzen alsdann eine Steigerung des Blutdrucks bei Gleichbleiben oder Sinken der Pulszahl zu konstatieren sein soll, soll sich beim insuffizienten Herzen eine Erniedrigung des Blutdruckes bei Gleichbleiben oder Steigen der Pulszahl zeigen. Verff. haben eine Nachprüfung der Methode bei Gesunden und verschiedenen Krankheitstypen (Infektionskrankheiten, Erkrankungen der Lunge und des Brustfells, des Herzens und der Gefäße, der Nieren) vorgenommen und kommen zu dem Ergebnis, daß diese Funktionsprüfungsmethode des Herzens keine sicheren Schlüsse über den Zustand des Herzens erlaubt, daß sie in Fällen von schwerster Herzinsuffizienz völlig versagt, für derartige Fälle absolut nicht geeignet, ja lebensgefährlich ist, und daß sie für eine ausgedehnte Verwendung am Krankenbett nicht empfohlen werden kann.

4. Müller, Elberfeld: **Bedeutung der Protargolsalbe für die Narbenbildung.**

5. Ehrlich, Frankfurt a. M.: **Chemotherapeutische Trypanosomenstudien.**

Nicht abgeschlossen.

6. Alexander, Berlin: **Neuere Erfahrungen über Hauttuberkulose.**

Nicht abgeschlossen.

Neurologisches Zentralblatt. Nr. 4. 1907.

1. Lapinski berichtet einen Fall von wiederholter transitorischer Verwirrtheit bei Tetanie; aus diesem und den in der Literatur erwähnten geht hervor, daß der Anfall von vollkommener Klärung des Bewußtseins gefolgt wird; die psychischen Attacken werden in der Periode der schnell aufeinanderfolgenden krankhaften Kontrakturen beobachtet, die Intervalle zwischen den Krampfattacken werden durch Depression und Herabsetzung der Aufmerksamkeit charakterisiert. Das Bewußtsein in dieser Lage ist ziemlich klar. In der von Krämpfen freien Periode, die von halluzina



torischer Trübung ebenfalls frei ist, kann das Gedächtnis normal bleiben.

2. Bychowski: **Zur Phänomenologie der zentralen Hemiplegie.**

Ist bei einem Hemiplegiker die Hebung des kranken Beines in der Rückenlage erschwert oder unmöglich, so gelingt auch die Hebung beider Beine zugleich nur schwach oder garnicht. Das gesunde Bein kann gleichzeitig mit dem kranken schlechter gehoben werden, als allein. Dies ist bei älteren rationell behandelten Hemiplegieen nicht der Fall. Die physiologische Grundlage der Erscheinung besteht darin, daß die gesunde Hemisphäre die Rolle der erkrankten mit übernimmt und ihre Kraft zu Impulsen in beiden Richtungen nicht ausreicht, daraus folgt, daß man frühzeitig mit Uebungen beginnen soll, um der gesunden Seite die Leistungen auch für die kranke Hälfte zu erleichtern.

3. Otto Ranke: **Ueber Gewebsveränderung im Hirn luetischer Neugeborener.** (Schluß aus Nr. 3.)

Er fand im Zentralnervensystem luetischer Früchte charakteristische Veränderungen, die größtenteils auf die Spirochaete Schaudinn zurückgeführt werden können. Dr. G. Flatau, Berlin.

Bücherbesprechung.

Gonorrhoe und Ehe. Eine klinische und volkshygienische Studie von Dr. Ferdinand Kornfeld. Verlag von Franz Denticke, Wien. 1904. 5 M.

Gonorrhoe und Ehe ist eines der wichtigsten Kapitel der sozialen Medicin, es ist deshalb die vornehmste Aufgabe des Arztes, in diese wichtigen Fragen Licht zu bringen, nicht allein durch prophylaktische ärztliche und polizeiliche Maßnahmen, sondern vor allem durch Aufklärung und durch das Anstreben moralischer Festigung.

K. fordert bei der Behandlung der Gonorrhoe die sorgfältigste Untersuchung nicht allein der Harnröhre, sondern er verlangt mit Recht, daß der Arzt seine besondere Aufmerksamkeit dem Verhalten der Prostata und der mikroskopischen event. kulturellen Prüfung ihres Sekretes zuwendet, da die Erkrankung der Prostata die häufigste Tripperkomplikation bildet und die wichtigste Ursache seiner Hartnäckigkeit abgibt. Die Prostatitis ist die Hauptquelle der Recidive, des Wiederaufflackerns des Trippers beim Manne und darum auch die gefährlichste Infektionsquelle für die Frau.

Die Frage, wann ein an Gonorrhoe erkrankt gewesener Mann die Ehe eingehen darf, ohne Infektionsgefahr für die Ehefrau, beantwortet Verf. dahin, daß der Ehekonsens nur dann zu erteilen sei, wenn bei genauer und oft wiederholter Untersuchung aller Elemente des Harnröhren- und Drüsensekretes, einschließlich jenes der Prostata, nie Gonococcen und Eiterzellen gefunden werden, sondern einzig und allein Epithelien; es darf keine Striktur, keine Prostatorrhoe vorhanden sein, im Samenblaseninhalt muß der Gonococcenmangel festgestellt sein; Spermatozoen müssen vorhanden sein. (In praxi wird man diese Forderungen für manche Fälle als zu weitgehend betrachten müssen, man wird mitunter bei ständigem Fehlen von Gonococcen, den periurethralen Komplikationen, Ueberwiegen des Epithels und Anwesenheit von wenig Eiterkörperchen den Ehekonsens nicht versagen dürfen, ohne Gefahr zu laufen, daß Pat. diese Erlaubnis sich selbst gibt oder von anderer Seite, nicht zu seinem oder der Ehefrau Nachteil geben läßt. D. Ref.)

Eingehend bespricht sodann Verf. die Gonorrhoe beim Weibe, besonders auch die Pathologie der Gonorrhoe und die Wege und Erfolge der Gonorrhoebehandlung. Schließlich gibt K. wertvolle Anleitungen über das Verhalten des Arztes dem Gonorrhoiker gegenüber, besonders in psychischer Richtung. Das ganze Werk ist das Ergebnis einer streng wissenschaftlichen gediegenen Arbeit zumeist im Sinne Fingers unter Hinzufügung wertvoller und interessanter eigener Beobachtungen und Untersuchungen. Das lesenswerte Buch, das in erster Linie für den Facharzt bestimmt ist, bietet auch dem allgemeinen Praktiker dankenswerte Aufschlüsse über die Verbreitungswege der Gonorrhoe, Ehekonsens und die Rolle des Arztes als Berater in den so schwierigen und heiklen Fragen der Gonorrhoeübertragung von dem einen Geschlechte auf das andere. K. Ries, Stuttgart.

Die Therapie der Kehlkopftuberkulose mit besonderer Rücksicht auf den galvanokaustischen Tiefenstich und äußern Eingriff. Von Dr. Ludwig Grünwald, Bad Reichenhall-München. Verlag von J. F. Lehmann, München.

Die Diagnose der Kehlkopftuberkulose ist wegen der mannigfachen Gestaltung ihrer Erscheinungen nicht immer leicht. Insbesondere sind Verwechselungen möglich mit einfachen katarrhalischen Pachydermien und tertiärer Syphilis.

Die Prognose ist sehr verschieden, sie richtet sich vorwiegend nach folgenden drei Gesichtspunkten:

1. Ist die Oberfläche unverletzt oder ist bereits Zerfall eingetreten?
2. Breiten sich die Tuberkeldepots mehr nach der Tiefe oder nach der freien Oberfläche aus?
3. Bietet das Gewebe der spezifischen Infektion Widerstand oder nicht?

Für die Behandlung ist von besonderer Bedeutung, daß die Kehlkopftuberkulose meist mit Lungentuberkulose kompliziert ist, also in der Regel nur ein Teil einer Allgemeinerkrankung ist. Ebenso falsch, wie es wäre, bei der Behandlung einer Lungentuberkulose den Kehlkopf einfach außer Betracht zu lassen, ist es, eine Kehlkopftuberkulose örtlich zu behandeln, ohne die Lunge zu berücksichtigen. Oertliche und Allgemeinbehandlung müssen Hand in Hand gehen, um wirkliche Erfolge zu erzielen.

Für die örtliche Behandlung der Kehlkopftuberkulose stellt Grünwald folgende Regeln auf: Die Behandlung der Kehlkopftuberkulose darf nur im Rahmen der Allgemeinbehandlung beurteilt und ausgeführt werden. Im Anfangsstadium der Erkrankung, besonders bei funktionell wichtigen Teilen des Kehlkopfs, ist konservatives Verfahren in Form einer streng durchgeführten Schweigekur, die durch Inhalationen, Sonnenbelichtung usw. unterstützt werden kann, zu versuchen. Tritt nicht bald eine deutliche Besserung ein, ist chirurgisch einzugreifen. Gestielte Depots sind möglichst unblutig abzutragen. Kleine flächenhafte Geschwürchen können versuchsweise mit Milchsäure behandelt werden. Größere flächenhafte Geschwüre sind galvanokaustisch zu zerstören. Ist ein Tiefergehen des tuberkulösen Prozesses auch nur zu vermuten, kommen nur in die Tiefe wirkende Mittel, vornehmlich der galvanokaustische Tiefenstich in Frage. Zur Verhütung direkter Schäden darf die unversehrte Oberfläche nicht wesentlich beschädigt werden; auch dürfen die operativen Maßnahmen keinen Weg zur Infektionsverbreitung schaffen. Ebenso dürfen weder Kräfte noch Ernährungszustand in erheblicher Weise unter der Behandlung leiden. In jedem Fall ist jahrelange Kontrolle nötig.

Ist der Krankheitsherd für die Behandlung auf dem natürlichen Wege nicht zugänglich oder zu ausgedehnt, kommt seine Beseitigung durch Eingriff von außen her (Kehlkopfspaltung usw.) in Frage. Eine Dauerheilung nach Operation von außen her ist möglich, wie die allerdings noch seltenen Fälle von Dauerheilung beweisen. Für Vornahme einer äußeren Operation ist eine strenge Indikationsstellung nötig. Die Vergeblichkeit einer endolaryngealen Behandlung muß erwiesen sein, der Allgemeinzustand einen größeren Eingriff erlauben, die Sekretionsverhältnisse der Lunge müssen eine ungestörte Wundheilung wenigstens möglich erscheinen lassen, es muß möglich erscheinen, den Erkrankungsherd auch vollständig auszurotten und der Organismus soll eine gewisse Widerstandsfähigkeit gegen die Tuberkulose zeigen. Hölscher (Ulm).

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Der Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 20. Mai 1907. **Nr. 20.**

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Die Superposition von Erweiterung auf Neurosen des Herzens.

Von Dr. **Paul C. Franze** (Bad Nauheim).

Den nachfolgenden Aufsatz habe ich in zusammengedrängter Form auszugsweise in Nummer 35 der Berliner klinischen Wochenschrift 1905, veröffentlicht.

Seither habe ich durch eine größere Anzahl weiterer Beobachtungen mich von der Richtigkeit des Syndroms, Herzneurose mit konsekutiver Dilatation des Herzens überzeugt.

Bei der ersten Veröffentlichung stand mir der Raum für die unerläßlichen anatomischen Ausführungen nicht zur Verfügung. Da diese aber allein das richtige Verständnis für den Zusammenhang der Erscheinungen gewähren, so will ich im nachfolgenden den Aufsatz in extenso publizieren.

Die Krankengeschichten sind sämtlich neu und aus den seit der ersten Arbeit gesammelten Fällen ausgewählt; ich könnte noch zahlreiche anführen, denn das Syndrom ist nicht allzu selten, vielmehr, wenn man darauf achtet, oft auffindbar, ebenso wie der häufige aetiologische Zusammenhang mit Reizzuständen im Gebiete des Sympathicus.

Zunächst führe ich einige Krankengeschichten kurz an:

Herr A. H. 35 Jahr alt, Beamter, schwerer Neurastheniker. Seit einigen Monaten Herzbeschwerden, Kurzatmigkeit beim Steigen, Druck- und Oppressionsgefühl auf der Brust. Befund: Leichte Vergrößerung des Herzens nach rechts und links, perkutorisch nachweisbar, durch Orthodiagramm bestätigt. Leises, weiches systolisches Geräusch in liegender Stellung. Akzentuation der zweiten Töne. Urin frei von E. und Z.

Herr F. H. Gymnasiast, 18 Jahr alt. Nie krank gewesen: Seit etwa einem Jahre Herzbeschwerden, Atemnot bei körperlicher Anstrengung, Herzklopfen etc. — Masturbation zugestanden; nächtliche Pollutionen. Befund: Beschleunigung der Herztätigkeit (Puls stehend 88—100 und mehr, liegend 84—90), sehr labil; Töne rein, akzentuiert, geringe Erweiterung nach rechts und links, auch orthodiagraphisch konstatiert. Urin frei von E. und Z.

Herr J. G. 22 Jahr alt, Kaufmann. Allgemein-neurasthenische Beschwerden. Seit Kurzem ebenfalls Symptome von Seiten des Herzens: Oppressionsgefühl, Stechen und andere Sensationen in der Herzgegend, Herzklopfen und Kurzatmigkeit bei körperlicher Anstrengung, fliegende Hitze im Gesicht und an den Händen. Befund: Erweiterung mittleren Grades, besonders nach rechts; Pulsbeschleunigung, leichte nervöse Arythmie, Herztätigkeit sehr labil, beim Uebergang vom Liegen zum Stehen bedeutende Beschleunigung (20—30 Schläge pro Minute Differenz). Urin frei von E. und Z. — Gonorrhoische Infektion vor 2 Jahren zugestanden; seitdem etwas Ausfluß.

Herr K. Journalist, schwerer Neurastheniker. Keine subjektiven Herzbeschwerden außer Kurzatmigkeit bei raschem Gehen. Orthodiagraphische Untersuchung ergibt eine Erweiterung des Herzens nach beiden Seiten mäßigen Grades.

Herr U. aus Rußland, Kaufmann, 31. Jahr alt. Als Kind adenoïde Vegetationen im Nasenrachenraum und — infolge davon — schreckhafte Träume; später gonorrhoische Infektion. Leidet sehr an Heufieber. Seit einigen Jahren Herzbeschwerden: Druckgefühl, Kurzatmigkeit, Herzklopfen. Befund: Herzerweiterung mittleren Grades nach rechts. Arythmie: jeder dritte Schlag setzt aus. Konjunktiven gerötet: Heufieber. Sonst kräftiger, gut genährter Mann. Der reflektorische Zusammenhang zwischen Nasen- und Herzaffektionen ist bekannt und namentlich von Cholewa hervorgehoben worden. Irgend welche Ursachen für ein organisches Herzleiden fehlen in diesem Falle ebenso wie in den anderen.

Herr B. 37 Jahr alt, Gymnasiallehrer: Im Jahre 1890 Influenza, doch keine Herzbeschwerden im Anschluß daran. Später entwickelten sich neurasthenische Symptome: Kopfdruck, Unfähigkeit zu geistiger Arbeit, asthenopische Beschwerden und Ohrengeräusche. Bei geistiger Anstrengung treten Herzbeschwerden auf: Druck, Schmerzsensationen, Herzklopfen. Leidet viel an Pollutionen; es besteht ein Ausfluß aus der Harnröhre bei Defäkation und Miktion. Das Sekret wurde von einem Arzte untersucht und die Abwesenheit von Spermatozoen festgestellt, die Diagnose daher auf Prostatorrhoe gestellt. Nie Infektion. Abstinent. Lebt sehr vernünftig. Hat vorsichtig kleinere Bergtouren in der Schweiz gemacht und gut ertragen. Befund: Herztätigkeit normal; weiches systol. Geräusch. Dilatation mäßigen Grades nach rechts orthodiagraphisch festgestellt. Diagnose: Sexuelle Neurasthenie, mäßige Herzerweiterung auf dieser Grundlage. Sehr bedeutende Besserung durch kombinierte Nauheimer Kur (Vierzellenbäder und Kohlensäure-Bäder); Beseitigung der Dilatation.

Wir kommen nun zu der Analyse des geschilderten Symptomenkomplexes, wobei ich das Hinzukommen der Erweiterung zu der Herzneurose als kausal durch letztere bedingt in der mir zugänglichen Literatur nicht angeführt gefunden habe.

Die klassischen Arbeiten Beards über Neurasthenie und sexuelle Neurasthenie erwähnen natürlich beide die häufige Mitbeteiligung des Zirkulationsapparates an jenen Krankheitszuständen, nichts aber von einer dabei auftretenden Dilatation. In dem Werk des Genannten über die „Nervenschwäche" schildert er das „reizbare" Herz ungefähr folgendermaßen: Die Schnelligkeit und Qualität des Pulses wechselt oft bei Nervösen; er ist gewöhnlich leicht zu komprimieren und fast immer schneller (75—100 und mehr); ausnahmsweise nur verlangsamt oder alternierend. Das Herz ist leicht unregelmäßig und reiz-

bar, der Herzschlag wird empfunden, oft unter schmerzhaften Sensationen. „Es wird so sehr von jeder Regung der Seele, von jeder Stimmung des Gemütes beherrscht, daß ich bei meiner ersten Untersuchung der Patienten darauf verzichte, den Puls zu fühlen; einfach aus dem Grunde, weil sich doch nichts daraus ergibt“.

In seinem andern Werk über sexuelle Neurasthenie erwähnt derselbe Autor häufig Symptome von seiten der Kreislaufsorgane, wie: Herzpalpitationen, Irritabilität des Herzens, Kurzatmigkeit, fliegende Hitze etc., und ferner die andern typischen Symptome dieser Affektion, deren Vorhandensein in einigen meiner Fälle im Zusammenhang mit dem lokalen Krankheitsherd, mir die Grundlage zur Diagnose „Sexuelle Neurasthenie“ gab, nämlich Polyurie, Reizbarkeit, Verdauungsbeschwerden, Mattigkeit, Intoleranz gegen Alkohol und viele andere Symptome.

O. Rosenbach widmet in seinem Werk über die Pathologie und Therapie der Herzkrankheiten der nervösen Herzschwäche („Neurasthenia cordis vasomotoria“) ein besonderes Kapitel. Wir finden dort dieselben Symptome wie in unseren Fällen, und die Betonung des großen Einflusses der Anomalien der Genitalsphäre auf die Organe des Kreislaufs; besonders schädlich scheint demnach außer Masturbation der Coitus reservatus zu wirken. Als fernere aetiologische Momente führt Rosenbach an: den übermäßigen Gebrauch gewisser Genußmittel wie Alkohol, Tabak, Kaffee, Tee usw., namentlich wenn geistige Ueberanstrengung damit verbunden ist; dann schwächende Krankheiten wie Typhus abdominalis und eine melancholische Veranlagung. Er unterscheidet ein Exzitationsstadium und ein depressives. In dem ersteren sind die Patienten erregt, Blässe und Röte des Gesichts und der Hände wechseln ab, es bestehen Paraesthesien der Brusthaut, Präkordialangst, ein lästiges Gefühl von Wogen in der Brusthaut, starkes Pulsieren der Halsarterien und der Aorta abdominalis, Herzklopfen (oft nur subjektiv), schlechter Schlaf, lästiger Urindrang. Objektiv lassen sich dabei nur die verstärkte Herzaktion, die Vermehrung der Pulsfrequenz und die auffallende Weite und Füllung der Arterien, die nur bei den Paroxysmen von Herzangst klein sind, nachweisen. Dieses Stadium geht nach längerer Zeit in das der Depression über, das gekennzeichnet ist durch Schlaflosigkeit, hochgradige psychische Verstimmung, große Reizbarkeit, Unfähigkeit zu angespannter Tätigkeit und fortwährendes Bestehen lästiger Sensationen in der Herzgegend und von Herzklopfen, obwohl die Kraft der Herzaktion weit unter die Norm sinkt, der Herzschock unfühlbar wird, die Herztöne schwächer und weniger scharf akzentuiert sind, und die Pulswelle an Höhe und Spannung abnimmt, — „lauter sichere Beweise dafür, daß eine beträchtliche Ueberempfindlichkeit der zentripetalen Herznerven und der die (irradierten) Impulse des Herzens nach dem Zentrum leitenden Hauptnervenbahnen innerhalb der Brustwand besteht usw.“ Die Pulsfrequenz ist vermehrt, seltener verlangsamt, labil. Ebenso hebt Rosenbach die auffallende Schlängelung der Temporalarterien und die wechselnde Füllung der Stirnvenen, was ich namentlich an denjenigen der Vorderarme beobachtet habe, hervor. Ferner erwähnt er die zyanotische Färbung des Gesichts und führt dies auf ungenügende Arterialisation des Blutes infolge mangelhafter Atmung zurück. Rosenbach erwähnt nichts von dem Hinzukommen einer Dilatation.

(Fortsetzung folgt.)

Biersche Stauung in der inneren Medicin.

Vortrag, gehalten vor dem Rostocker Aerzteverein, am 9. Februar 1907.

Von Dr. **E. Zabel**, Rostock, Spezialarzt für innere Krankheiten.

(Schluß.)

Indem ich mich mit dem Hinweis auf diese besonders wichtigen, untersuchungswerten Punkte begnüge — manche anderen ergeben sich beim Nachdenken von selbst —, wende ich mich der

II. Untersuchungsreihe

zu.

Hier gilt es, die Stauungshyperaemie für die nachträgliche Prüfung der Richtigkeit von Theorien über Krankheitsursachen und die Bewertung der daraus geschlossenen Therapie zu verwenden.

Ein schlagendes Beispiel bietet die Epilepsie. Denn unzweifelhaft ist das Resultat der oben gestreiften Untersuchungen Biers ein Beweis mehr für die Haltlosigkeit der Kocherschen These von der Aetiologie dieser Krankheit und die wissenschaftliche Unbegründetheit seines operativen Vorgehens.

Noch auf ein anderes Beispiel für die Verwertbarkeit der Stauungshyperaemie in dieser Richtung möchte ich verweisen, d. i. die Spitzersche Theorie vom Zustandekommen der Migräne.

Bekanntlich hat dieser Autor die Ursache der Migräne auf eine akute — durch Verlegung des angeboren engen Foramen Monroi infolge von Hyperaemie des Plexus chorioideus bedingte — Stauung der Ventrikelflüssigkeit einer Seite zurückgeführt und durch deren Folgen alle Symptome der Hemikranie — auch

Feuilleton.

Winterfrische im Riesengebirge.

Von Dr. **Erwin Franck**, Berlin.

(Fortsetzung.)

Die Tageszeit spielt bei dieser Art Sport keine Rolle, was in Hinsicht auf die meist früh eintretende Dunkelheit recht angenehm ist. So hielten wir uns des öfteren vom Vormittag bis zum späten Abend auf dem Gebirgskamm auf, um im Mondschein die Abfahrt zu machen, welche unter dieser eigenartigen Beleuchtung neue Reize erhielt. Man hat jedoch nicht nötig, sich dabei sklavisch an die Mondzeiten zu halten, das Schneelicht allein genügt vollkommen, um den Schlittenführer mit gleicher Sicherheit wie Tages seines Amtes walten zu lassen.

Es ist wohl allgemein bekannt, daß bei der Auffahrt im Pferdeschlitten — man sitzt dabei stets so, daß der Blick abwärts gerichtet bleibt — wie bei der Talfahrt im Hörnerschlitten, außer dem Lenker nur eine Person im Gefährt Platz hat. Die Preise für solche Touren sind nach unseren städtischen Begriffen als überaus gering zu bezeichnen, sie betragen aufwärts vier bis fünf Mark, abwärts etwa drei Mark, wozu dann noch ein Trinkgeld zu kommen pflegt. Die Abfahrt von der Schneekoppe zur Riesenbaude — wir erwähnten ihrer bereits als besonders schwierig — ist sogar nur mit 1,50 Mark in die Taxe aufgenommen, ein äußerst niedriger Satz, da der Führer doch den steilen und glatten, über eine halbe Stunde währenden Aufstieg mit leerem Schlitten wieder zurückzulegen hat.

Die allgemein verbreitete Ansicht, daß eine solche Winterreise etwas besonders kostspieliges sei, widerlegt sich wohl am besten durch diese Zahlenangaben, und wir glauben, dieselben deshalb nicht auslassen zu müssen. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, daß seitens der Hamburg-Amerika-Linie (Reisebureau Berlin, Unter den Linden 8) Fahrscheinhefte ausgegeben werden, welche zu einer Reise erster Klasse Schlafwagen nach Krummhübel, zur Hörnerschlittenfahrt vom „Goldenen Frieden“ (605 m) nach der Prinz Heinrich Baude (1420 m) und zurück per Bahn nach Berlin berechtigen. Der Preis für die ganze Tour, welche zwei Nächte und einen vollen Tag umfaßt, beträgt inkl. bester Verpflegung 80,— M. Es ist allen Freunden winterlicher Gebirgsschönheit damit Gelegenheit gegeben, auf die bequemste Weise vom Sonnabend bis zum Montag früh das Riesengebirge zu besuchen und auf den Kamm desselben zu gelangen. Die Zeit, welche zur Verfügung steht, reicht dazu aus, auch die „Koppe“ zu besteigen oder südlich bis zur Schneegrubenbaude vorzudringen.

Kommt man nun im Pferdeschlitten oder zu Fuß — wir

die ophthalmischen Phaenomene — in, man kann wohl sagen, einnehmenderweise — erklärt. Es wäre nun von Interesse, zu erforschen, wie sich derartige Migränepatienten gegenüber der Kopfstauung verhalten, ob ein Anfall durch dieselbe bei ihnen ausgelöst würde? Als ein die Stauung im Ventrikel begünstigendes Moment müßte man im Hinblick auf Biers Untersuchungen — u. a. der Erhöhung des spinalen Liquordruckes unter der Staubinde — die Halskonstriktion wohl ansehen.

III. Untersuchungsreihe.

Sie hat die Eruierung weiterer Indikationen für die Verwendung der Stau- und Saughyperaemie in therapeutischer und diagnostischer Richtung in der inneren Medicin im Auge.

Schon erwähnt wurde (siehe unter: Lungentuberkulose) der Vorschlag des Versuchs der Thoraxerweiterung in einem entsprechend zu konstruierenden Kasten zur Erzeugung einer Stauungshyperaemie in den Lungen bei Phthise, sowie zur Erzielung einer Brustkorbdilatation bei Enge und Deformität des Thorax (z. B. infolge adenoider Vegetationen).

Ein weiteres therapeutisches Verwendungsgebiet bildet angesichts der Erythrocyten- und Haemoglobin-Vermehrung unter der Saugmaske die Probeanwendung derselben bei anaemischen mit Herabsetzung des Haemoglobingehaltes und der Zahl der roten Blutkörperchen einhergehenden Zuständen*). Mitangeführt sei ferner die von mir zur Anreicherung vorgenommene Applikation von Saugglocken an der leukaemischen Milz vor der Bestrahlung.

Ein, wie ich glaube und hoffe, dankbares und weitumfassendes Gebiet der Hyperaemietherapie bietet sich in der Behandlung von Adhaesionsprozessen des Körpers mittels der Saugmethode. Hier ist ja auch anatomisch die Anwendung augenscheinlich rationell begründet.

Dahin gehört z. B. die Pleuraadhaesion. So konnte ich vor kurzem bei einer etwa 3/4 Jahr alten Verklebung mit völliger Fixation des linken Sinus phrenico-costalis unter Anwendung von Saugglocken einen schönen Erfolg erreichen und bin dabei, den mobilisierenden Nutzen der Hyperaemie in ähnlichen Fällen prinzipiell zu versuchen. In frischen Fällen kommt man, wie mir scheint, durch die Gläser allein zum Ziel. Bei älterer, straffer Verlötung wird im Anfang neben der durchtränkenden und lösenden Wirkung der Hyperaemie die Dehnung und Beweglichkeit möglicherweise durch elektrische Reizung des Phrenicus gefördert; nachher tut die automatische Atemgymnastik zur Mobilisierung das ihre.

*) Anm. Auch in Wiesbaden wurde die Maske in dieser Richtung empfohlen, und zwar von Kuhn bei anaemischen und phthiseverdächtigen Personen in prophylaktischer Hinsicht, während ein anderer Autor ihre Verwendung bei einfachen und sekundären Anaemien, bei Blutungen (Ulcus ventriculi) anriet, indeß bei Carcinom, schwerer Tuberkulose und Schädigung der blutbildenden Funktion des Knochenmarks keine Wirkung von ihr zu erhoffen wäre.

Und wie bei Verwachsung der Brustwand mit der Pleura, genau so müßte voraussichtlich bei der Adhaesion von Pericard und Brustwand die Stauungshyperaemie — im Sinne der Cardiolyse — mobilisierend wirken. Die Untersuchung dieser Frage ist dringend geboten; erweist sich diese Behandlungsmethode von Vorteil, so würde das ein großer Segen für die beklagenswerten Kranken dieser Art bedeuten.

Schmerzlindernd dürfte die Saughyperaemie u. U. sich ferner bei den Serositiden der Perihepatitis, Perisplenitis und der circumscripten Adhaesiv-Peritonitis erweisen. Ebenso wäre in demselben Sinne ein Versuch bei den postoperativen Adhaesionsbeschwerden nach Cholelithiasis und Appendicitis mit der Stauungshyperaemie angezeigt.

Kommt doch auch die Wirkung der üblichen bei vielen der hier aufgeführten Zustände angewandten Methoden, wie der Badekuren, Prießnitz-Umschläge, Moor- und Schlammapplikation auf denselben Effekt der Erzeugung einer Hyperaemie mit ihrer durchtränkenden und dehnenden, auflösenden und resorbierenden Wirkung hinaus.

Indes nicht erst und nicht nur bei diesen mit Defekt bereits abgeheilten Adhaesionszuständen, sondern schon bei dem frischen entzündlichen Prozeß sollte man in derartigen Fällen — in Konsequenz des Bierschen Ratschlages der Förderung der entzündlichen Hyperaemie — die Stau- und Saugbehandlung versuchen. So vor allem bei der akuten fibrinösen Pleuritis und ebenso Pericarditis. Bei der ersteren wird sie ja auch schon angewendet; aber auch bei der akuten Pericarditis sollte man die Eisbehandlung zu gunsten der Saugtherapie versuchsweise fallen lassen. Nach Bier hätte sie ja mindestens soviel Berechtigung wie die erstere. Möglich, daß sich an einem genügend großen Materiale dermaleinst herausstellt, daß bei dieser Methode die Zahl und Schwere der deletären Verwachsungszustände eine Einschränkung erfährt, was am Pericard von wohl noch größerer Bedeutung als bei der Pleura sein würde.

Eine andere Frage wäre: Wie verhält sich unter dieser Behandlung der Erguß?

Auch bei der Perityphlitis scheint mir aus allgemeinen Ueberlegungen und im Anschluß an Colleys vorerwähnten Fall die Prüfung der Stauungshyperaemie indiziert, und leicht ließe sich die Zahl derartiger, entzündlicher, dem Versuche der

---

würden bei einiger Rüstigkeit letzteres vorziehen — wohl meist etwas steif und durchgefroren ans Ziel, hat man sich aus Decke, Fußsack und Pelz glücklich herausgeschält, so empfängt uns in den Bauden wohlige Wärme, wie überhaupt der Komfort des großen gut ausgestatteten Restaurants. Es besitzt die Prinz Heinrich-Baude Niederdruckdampfheizung und verfügt in sämtlichen Räumen über elektrisches Licht, dazu finden wir eine Speise- und Weinkarte, welche selbst dem verwöhntesten Gaumen und Riesen-Gebirgs-Hunger Rechnung trägt. Das Gleiche ist in den anderen Bauden der Fall, selbst die böhmische Baude auf der Schneekoppe läßt völlig vergessen, daß wir uns in 1602 m Höhe, umgeben von Schnee- und Eiswällen befinden. Mit großem Interesse konnten wir auch das Wiedererstehen der am 1. April 1906 niedergebrannten Hampel-Baude verfolgen. In Gegensatz zu der alten Baude erhebt sie sich als ein massiver, steingefügter Bau, der mit seinen vorspringenden Seitenflügeln eine gewisse Dreiteilung verfolgt, und so neben rein praktischen Gesichtspunkten auch die künstlerischen nicht ganz außer Acht läßt. Wir glauben daher, der Hampel-Baude, welcher die Nähe des romantisch gelegenen an die Schweiz erinnernden „Kleinen Teichs" ihren besonderen Wert verleiht, für die Zukunft das beste Horoskop stellen zu können. Ueberall in diesen Lokalitäten finden sich auch „Gästebücher", und der darin in mehr oder weniger witzigen Versen zum Ausdruck gebrachte Höhenhumor legt ein gutes Zeugnis dafür ab, daß Frohsinn und Gemütlichkeit selbst in solch unwirtlichen Regionen eine Stätte finden und kein noch so arger Schneesturm diesen guten Hausgeistern die Laune zu verderben vermag.

In Krummhübel, das als Ausgangspunkt für alle Touren, welche die Koppe zum Endziel haben, hauptsächlich in Frage kommt, sind die größeren Hotels auch im Winter geöffnet, in allen Teilen geheizt und für längeren Aufenthalt wohl eingerichtet. Wir bevorzugten dabei immer wieder den „Goldenen Frieden", weil er weiter oben im Ort, dem sogenannten Oberkrummhübel, gelegen ist und die Landstraße dort gerade ein zum Rodeln außerordentlich geeignetes Gefälle aufweist. Auch die Skier — der norwegische Pluralis hat allein die sportliche Sanktion erhalten — finden hier weite leicht geneigte Flächen als Unterlage für ihre Uebungen, soweit dieselben von weniger geübten Schneeschuhläufern angestellt werden. Wie jeder Wintersport, ist auch dieser zu Beginn äußerst anstrengend. Die festgeschnallten Fußgelenke werden bald steif und schmerzhaft, während Kollisionen der langen eschenen Fußplatten miteinander nicht zu vermeiden sind und meist sicheren Fall bedeuten. Ist dieser auch glimpflich abgelaufen, so wird das anschließende Aufrichten zum Problem, und die Stätte, wo man in dieser Weise sterblich war, gleicht nachher in der Regel einem Kampfplatz, den Anschein erweckend, als ob dortselbst nicht ein Schneeschuhläufer nur sich aufgehalten hätte, vielmehr eine größere Anzahl derselben im harten Streit ringend zu Fall gekommen wäre.

(Fortsetzung folgt.)



Stauungsbehandlung zugänglicher Affektionen des Internen noch vermehren.

Nicht unwahrscheinlich ist es, daß auch die Cholelithiasis- und Nephrolithiasis-Anfälle auf die Saughyperaemie reagieren. So konnte ich kürzlich durch Applikation von Saugglocken in die Nierengegend unter gleichzeitigen Fomentationen gegen den Damm die Schmerzen bei Nierengries schnell lindern und eine rasche Austreibung der Konkremente erzielen, und werde in Zukunft jedenfalls beide Affektionen der versuchsweisen Hyperaemiebehandlung mittels Saugung unterwerfen.

Ein weiteres Feld bietet sich in der Verwertbarkeit der Sauggläser zu bakterio- und serodiagnostischen Zwecken. Ich erwähne als Beispiel nur den jüngst von Eichler angegebenen Apparat zur Blutgewinnung und die Ansaugung des Nasen- und Mandelsekrets zur Untersuchung vornehmlich auf Diphtheriebazillen und Meningococcen mittels der Nasen- und Tonsillensauggläser.

Systematisch zu prüfen ist ferner die Wirkung sowohl der Rachen- wie Gaumen-Mandelsaugung bezüglich einer etwaigen Beeinflussung posttonsillitischer oder mit Angina im Beginn einhergehender Affektionen, wie Gelenkrheumatismus, Scarlatina etc. (cf. die Arbeiten und Demonstrationen postanginöser Erkrankungsfälle von Prof. Kretz-Wien, der in dankenswerter Weise immer wieder auf die Vielseitigkeit der Angina-Nacherkrankungen hinweist).

Möglicherweise lassen sich geeignet konstruierte Sauggläser auch bei Erkrankungen des Kehlkopfs mit Erfolg verwerten.

Am Darmtraktus wäre — namentlich bei den entzündlichen Erkrankungen — eine Hyperaemisierung durch Lagerung zu versuchen.

Ein sehr feines Reagens auf die Wirkung der Autotransfusion scheint mir z. B. wegen seines — namentlich im Hinblick auf die Temperatur — typischen Verlaufes der Typhus im Beginn zu sein.

IV. Untersuchungsreihe.

In einer vierten Gruppe möchte ich endlich wenigstens noch streifen die Verwertungsversuche der Stau- und Saughyperaemie bei Affektionen aus den Grenzgebieten der inneren Medicin mit anderen Disziplinen. So erwähne ich z. B. den Herpes zoster. Auch die bei konsumierenden internen Erkrankungen vorkommende Alopecie scheint mir ein Objekt des Saugversuchs zu sein, wenn man sich einerseits den ernährenden Einfluß der venösen Hyperaemie auf die epithelialen Gebilde, wie Haare, und andererseits — hier habe ich allerdings speziell die Area Celsi und die Anhänger der infektiösen Theorie über die Aetiologie dieser Affektion im Auge — die antiparasitäre Wirkung der Stauungshyperaemie vergegenwärtigt.

M. H.! Ich bin damit am Ende meines Vortrages, und glaube Ihrer Zustimmung sicher zu sein, wenn ich sage: Auch wir Internen haben alle Ursache, Bier dankbar zu sein. Denn wenn sich auch ein abschließendes Urteil über den Wert der Methode für unsere Disziplin heute noch nicht fällen läßt, so müssen wir doch zugeben, aus ihr bereits therapeutischen Nutzen gezogen, vor allem aber reiche Anregung zum weiteren Forschen geschöpft zu haben. Was Koerte als Vorsitzender des vorletzten Chirurgenkongresses für die Chirurgen aussprach: „Es wäre freudig zu begrüßen, daß Bier durch seine Idee ein so weites Feld für jugendliche Arbeiter geschaffen habe", das gilt nicht minder, wie Sie mir nach dem Vorgetragenen zugeben werden, auch für die Internisten: Auch der inneren Medicin sind durch Bier neue große Arbeitsgebiete erschlossen worden.

Am Schlusse möchte ich nun noch der Pflicht genügen, Herrn Prof. Klapp, der mir in liebenswürdiger Weise vor kurzem Apparate und Technik in Bonn zeigte, sowie der Firma Eschbaum für das freundliche Entgegenkommen, welches sie mir mit der Uebersendung so zahlreicher Apparate hier zwecks Demonstration bewies, herzlichst zu danken.

Die Literatur anzuführen muß ich Raum mangels unterlassen — die Zahl der Veröffentlichungen geht schon in die Hunderte; ich beschränke mich darauf, von deutschen Autoren, die für das Thema von Interesse sind, zu nennen: (Die seit dem Vortrag bis heute erschienenen Publikationen sowie die Mitteilungen auf dem heurigen Kongreß für innere Medicin in Wiesbaden wurden nachträglich mitverwertet.)

Apolant, Arnsperger, Auspitz, Bäumler, Bardenheuer, Bauer, Baumbach, Baumgarten, Berner, Bestelmeyer, Bickel, Bier, Blumberg, von Brunn, Brunzlow, Canon, Colley, Cornet, Croce, Danielsen, Derlin, Deutschländer, Dreesmann, Eichler, Eversmann, Fein, Fischer, Fränkel, Frommer, Garrè, Gebele, Grube, Guth, Haasler, Habs, Haffter, Hanau, Haßlauer, Heermann, Heidenhain, Heim, Heine, Heller, Henle, Herhold, Heusner, Hirsch, Hochhaus, Hofmann, Honneth, Hoppe, Jacobi, Jerusalem, Joseph, Kaiser, Katzenstein, Keppler, Kiessling, Klapp, Koch, König, Körner, Körte, Krehl, Kretz, Kröll, Krömer, Kuhn, Küster, Küttner, Lämmerhirt, Laqueur, Lazarus, Lenzmann, Leo, Leser, Leuwer, Lexer, von Leyden, Link, Lindenstein, Lossen, Lungwitz, Mindes, Moll, Moses, Muck, Müller, Nicoladoni, Niehans, Nötzel, Nordmann, Payr, Perthes, Peters, von Pezold, Polyák, Prym, Pupovac, Ranzi, Rattner, Raudnitz, Renner, Réthi, Ribbert, Ritter, Rösen, Rube, Rudolph, Schilling, Schleip, Schmieden, Sick, Simon, Sondermann, Stabs, Stahr, Stempel, Stenger, Stettiner, Stich, Stolzenburg, Strauß, Thöle, Tillmanns, Uffenorde, Venus, Wolff, Wolff-Eisner, Wassermann, Wessely, Westenhöfer, Wölfler, Zacharias u. a.

Kongressbericht.

Der XXIV. Kongreß für innere Medicin

zu Wiesbaden, 15. bis 18. April 1907.

Referent: N. Meyer-Bad Wildungen.

6. Sitzungstag, 17. April 1907, nachmittags.

Herr Heilner-München: Die Bedeutung der Wasserzufuhr für die Fettzersetzung im Organismus.

Während über die Wirkung der Wasserzufuhr auf die Eiweißzersetzung resp. die Stickstoffausscheidung im Harne viele sorgfältige Beobachtungen vorliegen, waren unsere Kenntnisse über die Frage der Einwirkung der Wasserzufuhr auf die Fettzersetzung in Ermangelung exakter physiologischer Untersuchungen durchaus unzureichend. Durch vier gleichgerichtete Respirationsversuche von sechs bis achttägiger Dauer im Voitschen Respirationsapparate wird am hungernden Hunde und am hungernden Kaninchen nachgewiesen, daß durch Wasserzufuhr (zwei Liter beim Hunde, 150 ccm beim Kaninchen) übereinstimmend eine im Mittel zirka neun Prozent betragende Steigerung der Fettzersetzung herbeigeführt wird. Auch die Stickstoffausfuhr im Harne ist mit einer (wahrscheinlich nur scheinbaren) Ausnahme durchweg gesteigert.

Die spezifisch-dynamische Wirkung der Nahrungsstoffe (nach Rubner), welche sich besonders nach abundanter Zufuhr der einzelnen Nahrungsstoffe geltend macht, galt bis jetzt nur für die energieliefernden Nahrungsstoffe. Es lag der Gedanke nahe, daß die bei den Versuchen beobachtete Steigerung der Fettzersetzung (und der Eiweißzersetzung) bedingt sei nicht durch das zugeführte Wasser an sich, sondern durch die Abundanz des Wassers. Diese Annahme fand in entsprechenden Versuchen ihre Bestätigung. Das hungernde Tier bedarf unter normalen Bedingungen so gut wie keiner Wasseraufnahme. Das Wasser wird ihm in genügender Menge durch Zerfall seiner Leibessubstanz geliefert. Das bei normalem Hunger gegebene Wasser ist daher exquisit abundant. Die bei diesen Versuchen beobachtete Steigerung der Fettzersetzung (und der Stickstoffausfuhr) bleibt nun übereinstimmend aus, wenn das zugeführte Wasser im Körper einen physiologischen Zweck erfüllt. Dies zeigte sich 1. in vier übereinstimmenden Versuchen, in welchen hungernden Kaninchen je 150 ccm Wasser gegeben wurden, in welchem jedoch je 32 g Dextrose gelöst waren. Hier fand also das Wasser als Lösungsmittel für einen Nahrungsstoff zweckmäßige Verwendung. 2. In einem Versuche, in welchem ein Kaninchen bei völligem Hunger in einer Umgebungstemperatur von 33° C. gehalten wurde. Hier erfüllten die 150 ccm zugeführten Wassers den Zweck, den durch die hohe Außentemperatur verursachten Wasserverlust zu decken.

Bis vor kurzem herrschte noch große Meinungsverschiedenheit, ob die nach Zufuhr reichlicher Wassermengen beim hungernden Tiere beobachtete Steigerung der Stickstoffausscheidung auf einer Mehrzersetzung von Eiweiß im Harne beruhe, oder durch Ausschwemmung stickstoffhaltiger Zersetzungsprodukte aus den Geweben bedingt sei. Durch einen Vergleich der korrespondieren-



den Chlor- und N-Ausscheidung konnte gezeigt werden, daß es sich wohl um eine Mehrzersetzung von Eiweiß handelt. Der Mehrzersetzung von Fett entspricht auch eine solche von Eiweiß, wie überhaupt das Verhalten der Eiweiß- und Fettzersetzung parallel geht. Man kann daher sagen, auch das Wasser entfaltet, wie die anderen energieliefernden Nahrungsstoffe, bei abundanter Zufuhr eine spezifisch-dynamische Wirkung auf die Stoffzersetzung. Durch das abundant zugeführte Wasser wird jedoch nicht in erster Linie das Wasser selbst, sondern Eiweiß und Fett in vermehrter Menge zersetzt.

Die in den vorliegenden experimentellen Befunden enthaltenen Tatsachen können demgemäß praktisch vielleicht für die Behandlung der Fettleibigkeit einigermaßen Anwendung finden.

Herr Leo-Bonn: Untersuchungen über die Eiweißverdauung.

Die Salzsäure verbindet sich in zweifacher Weise mit dem Fibrin. Erstens direkt, gleichgültig ob Pepsin zugegen ist oder nicht. Diese Verbindung aber ist nicht imstande, das Pepsin derart zu verketten, daß Proteolyse erfolgt. Letztere wird nur durch die zweite Bindungsart der Salzsäure bewirkt und diese kommt durch Vermittelung des Pepsins zu stande, während man früher ein umgekehrtes Verhalten annahm. Die erstere Verbindung wird durch $CaCO_3$, nicht aber durch Günzburg und Congo angezeigt. Da die zu ihrer Bildung erforderliche Salzsäure nicht unbeträchtlich ist, muß man bei Subazidität mehr Salzsäure geben, als es meist geschieht.

Die tryptische Proteolyse beruht auf einer Anlagerung der Enterokinase an das Fibrin unter Vermittlung des Trypsinogens. Der Nachweis einer ungenügenden tryptischen Proteolyse in dem entleerten Darminhalt schließt bei starker Diarrhöe nicht die Abwesenheit von Pankreassaft im Darminhalt aus. Um letztere nachzuweisen oder auszuschließen, wird empfohlen, die ungelösten Eiweißstücke mit Sodalösung, event. unter Zufügung von Enterokinase der Bruttemperatur auszusetzen. (Autoreferat.)

Herr Lommel-Jena: Die Verwertung parenteral eingeführten Eiweißes im Tierkörper.

Lommel hat die Eiweißzersetzung im Tierkörper bei intravenöser Eiweißzufuhr untersucht. Die beobachteten Hunde befanden sich im Stickstoffgleichgewicht oder im Hunger. Es zeigte sich, daß der Eiweißstickstoff des zugeführten Schweineserums beinahe quantitativ im Harn wieder erschien, also dieses Eiweiß zersetzt wurde. Die Zeitkurve der über zirka drei Tage sich erstreckenden Mehrausscheidung des Stickstoffes war sehr ähnlich gestaltet wie bei Eiweißaufnahmen durch den Darm, was dafür spricht, daß nicht ausschließlich die im Darm herrschenden Verdauungs- und Resorptionsvorgänge an dieser langsamen Eiweißzerlegung beteiligt sind. Merkwürdigerweise wurden größere Mengen von arteigenem (Hunde-) Serum bei intravenöser Einverleibung auch von dem schwer hungernden Hund nicht verwertet. Das arteigene Serum scheint nicht in der Weise angreifbar zu sein, wie das im Darm aufgenommene, bezw. wieder aufgebaute Nahrungseiweiß, das also in irgendwelcher Weise von den stabileren Eiweißstoffen des Blutes verschieden sein muß. Wenn das arteigene Serum vor der Einspritzung auf 68 Grad erhitzt wurde, erwies es sich als teilweise zersetzlich. Ein aus Milch dargestelltes Alkalialbuminat konnte ebenfalls bei „parenteraler" Einverleibung nicht verwertet werden. — Von dem eingespritzten artfremden Serum konnten Spuren noch tagelang nach der Einverleibung im Blut nachgewiesen werden, ohne daß dieser Nachweis gegen die Zersetzung des größten Teiles des Eiweißes ins Gewicht fallen kann.

Herren Winternitz und v. Mering-Halle: Ueber den Einfluß verschiedener Substanzen auf die durch Ueberhitzung veranlaßte Temperatursteigerung.

W. und v. M. fanden, daß antipyretische Mittel (Antipyrin, Phenazetin, Chinin und Salizylsäure), sowie Alkohol, ferner diejenigen, welche die Schweißsekretion steigern oder beschränken, beim Menschen auf den Temperaturverlauf nach Ueberhitzung im Glühlichtbad (durch heiße, bezw. Luftbäder) keinen Einfluß haben. Die Autoren kommen zu dem Schluß: Durch Ueberhitzung werden so günstige Bedingungen für die Wärmeabgabe geschaffen, daß sie durch medikamentöse Mittel nicht mehr zu steigern sind, ferner: für die Wärmebindung durch Wasserverdunstung kommt nur ein mäßiger Grad von Hautfeuchtigkeit in Betracht, die Schweißsekretion in tropfbar flüssiger Form ist dafür ganz gleichgültig.

Zweifellos wirken alle Antipyretika mit einem hauptsächlichen Anteil durch Vermehrung der Wärmeabgabe.

Herren Isaac und R. v. d. Velden-Marburg: Die Kreislaufwirkung isolierter Eiweißkörper.

Es gelang den Verfassern mit jodierten Eiweißkörpern (Eieralbumin, krist. Albumin, Globulin, Albumosen), die nur intramolekular gebundenes Jod enthielten, bei intravenöser Zufuhr im akuten Kreislaufexperiment typische Wirkungen zu erhalten, die mit dem nicht jodierten Ausgangsmaterial nicht erreicht werden konnten. Es handelt sich dabei vor allem um eine sehr starke zentrale Vagusreizung durch die jodierten Produkte, die durch Atropinisierung oder Vagusdurchschneidung ausgeschaltet werden konnte. Diese vagotrope Wirkung trat jedoch nur bei der Katze (Fleischfresser) ein, wurde aber beim Kaninchen (Pflanzenfresser) vermißt. Weiter vermochten Verfasser nicht dem von Cyon gefundenen Antagonismus zwischen Atropin und Schilddrüsensubstanzen am Herzvagus große Bedeutung zuzumessen, da dies Phänomen auch auf andere Weise hervorgerufen werden kann.

Herr Pel-Amsterdam: Paroxysmale Haemoglobinurie und Hyperglobulose.

Ein 66jähriger Offizier leidet an paroxysmaler Haemoglobinurie und gleichzeitiger Hyperglobulie. Es besteht die Möglichkeit, daß die Haemoglobinurie primär ist und die Hyperglobulie ein Kompensationsvorgang ist oder daß es sich umgekehrt verhält, schließlich können beide abhängig von einer Giftwirkung sein. So ist es bekannt, daß haemolytische Sera in kleinen Dosen giftbildend, in großen Dosen haemolytisch wirken. Es ist P. aber nicht gelungen, Haemolysine aus dem Serum darzustellen. Vortragender erwähnt sodann die stark wechselnde Zahl der Chromocyten; es sei dieses Verhalten wahrscheinlich auf ungleiche Verteilung derselben zurückzuführen, man dürfe aber daraus keinen Rückschluß auf die Gesamtblutmenge ziehen. (Fortsetzung folgt.)

XXXVI. Kongreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

Referent: Dr. Max Litthauer.

IV. Sitzungstag.

(Fortsetzung.)

Hr. Kümmell-Hamburg: Die Exstirpation der Prostata. K. empfiehlt, die Prostatektomie erst dann auszuführen, wenn die übliche Behandlung der Prostatahypertrophie nicht zum Ziele geführt habe. Er hält die Operation für indiziert, wenn die Kranken absolut nicht mehr selbst urinieren können, wenn sie dauernd auf den Gebrauch des Katheders angewiesen sind, wenn Schmerzen auftreten, wenn sich zur Prostatektomie Cystitis und infektiöse Prozesse gesellen. Er habe auch mit der Bottinischen Operation, mit der Kastration, gute Erfolge erzielt, aber die Erfolge seien zu inkonstant gewesen, auch haben sie keine Dauer gehabt, daher sei er jetzt zur Prostatektomie übergegangen.

Es müsse allgemein die Erkenntnis Platz greifen, daß die Prostatektomie ein lokales Leiden sei, bedingt durch einen Tumor, der den Blasenausgang verschließt und die Urinentleerung behindert. Hat man diese Auffassung von der Krankheit, dann gelange man auch folgerichtig zu der Ansicht, daß dieser Tumor zu entfernen sei. Er halte die Exstirpation der geschwollenen Prostata für besser als ihre Resektion. Die letztere Operation sei zwar leichter und verlaufe auch leichter, aber sie reiche nicht immer aus, und es könne dabei leichter zu Rezidiven kommen. Der Fortschritt in der operativen Behandlung der Prostata sei gekommen, nach dem man gelernt habe, die Prostata intrakapsulär zu operieren.

Für kontraindiziert hält er die Operation bei sehr geschwächten Leuten; auch bei ausgedehnter Arteriosklerose, bei diffuser Bronchitis, bei Niereninsuffizienz solle nicht operiert werden. Er empfiehlt zur Prüfung der Nierenfunktion auf das Dringendste die Kryoskopie,



die ihn bei richtiger Anwendung niemals im Stich gelassen hätte. Eine Kontraindikation für eine Prostatektomie ist auch eine ganz schlaffe Blase.

Was die Wahl der Methode anlangt, so haben die beiden üblichen Methoden, die suprapubische und die perinaeale, ihre Vorteile und Nachteile. Die Mortalität ist ungefähr bei beiden die gleiche und zwar ca. 9—10%. Er selbst hat elfmal perineal, dreißigmal suprapubisch operiert.

Vor der Operation soll, wenn irgend möglich, cystoskopiert werden, da das Cystoskop Aufschluß über die Größe der Prostata gibt und auch darüber unterrichtet, nach welcher Richtung die Hypertrophie geht.

Er meine, daß die Sektio alta einen besseren Ueberblick über die Blase gestatte, es leichter mache, die Blutungen zu beherrschen; viel seltener zu Fistelbildungen führe als die perineale Methode. Endlich könne man bei der suprapubischen Methode die Blase völlig schließen und die Patienten schneller aus dem Bett bringen, daher bevorzuge er die suprapubische Methode und wähle die perineale Methode nur, wenn sich die Prostata ganz einseitig nach dem Mastdarm entwickelt habe, und bei sehr korpulenten Leuten.

Eine Hauptindikation für die Totalexstirpation gibt das Carcinom der Prostata. Doch ist die Diagnose meist erst während der Operation zu stellen. Von seinen neun wegen Carcinom Operierten sind drei im unmittelbaren Anschluß an die Operation gestorben. Von den Ueberlebenden starben vier 3 bis 5 Monate nach der Operation an Metastasen; zwei leben noch, der eine nach einem Jahr, der andere vier Monate nach der Operation.

Von den 32 wegen gutartiger Hypertrophie Operierten sind sieben gestorben. Die meisten Todesfälle erfolgten an Lungenembolie, einer starb an einer Blutung.

Die Ueberlebenden wurden nachuntersucht, und es konnte vor allem festgestellt werden, daß sie den Urin selbst entleeren können. Das Alter der Patienten schwankte zwischen 60 und 90 Jahren.

Die Kapazität der Blase war nach der Operation durchaus zufriedenstellend. Im Durchschnitt konnten die Patienten den Urin 4 bis 5 Stunden halten.

Ein Patient hatte bei der Operation eine Rektumverletzung erlitten und starb bei dem Versuch, die Fistel zu schließen. Ein anderer klagt über Störungen seiner Geschlechtsfunktion. Die Patienten müssen deswegen vorher darauf aufmerksam gemacht werden, daß die geschlechtliche Funktion leiden kann. Bei einem Kranken war eine beginnende Striktur festzustellen; daher sollten sich alle Operierten von Zeit zu Zeit ärztlich untersuchen lassen, um etwaige Strikturen rechtzeitig in Behandlung nehmen zu lassen.

K. pflegt die Operation in lumbaler Anaesthesie auszuführen, wenngleich sich auch dann Kollapse nicht ganz vermeiden lassen.

Er beschreibt zum Schluß seine Technik. Die Sectio alta wird in üblicher Weise ausgeführt. Dann wird die Prostata vom Mastdarm her dem Operateur entgegengedrängt. Dann wird die Schleimhaut und die Kapsel der Prostata durchschnitten, und die Ausschälung der Lappen erfolgt. Handelt es sich um gutartige Hypertrophien, so ist die Enucleation meist leicht; macht die Ausschälung Schwierigkeiten, so muß das immer den Verdacht auf einen malignen Tumor erwecken. Die Blase wird völlig geschlossen, ebenso die Bauchdecke bis auf eine kleine Stelle, durch die ein Tampon nach außen geleitet wird. Ein Dauerkatheder leitet den Urin durch die Harnröhre nach außen. Nur wo es sich um infektiöse Prozesse handelt, bleibt die Blase offen; die Blase wird dann tamponiert. Bei der perinealen Methode wird die Prostata durch einen halbkreisförmigen Schnitt vor dem Mastdarm freigelegt. Dann wird die Blase in jedem Falle eröffnet. Die Prostatalappen werden durch geeignete Apparate dem Operateur entgegengedrängt; es wird auf jeden der Lappen eingeschnitten, und die Ausschälung erfolgt.

Hr. Rovsing-Kopenhagen: Totalexstirpation der Harnblase mit doppelseitiger Ureterostomia lumbalis.

R. erwähnt die Tatsache, daß Blasencarcinome sehr spät oder gar nicht Metastasen machen. Auf der anderen Seite ist die Entfernung eines malignen Tumors aus der Blase mit Erhaltung derselben sehr schwierig. Auch ergibt diese Operation sehr schlechte Resultate. Rationell sei daher die Totalexstirpation. Dieselbe habe sich bisher wenig Freunde erworben, weil die Versorgung der Ureteren Schwierigkeiten mache. Bisher seien diese Schwierigkeiten nicht überwunden worden, alle bisher geübten Methoden hatten sehr große Unbequemlichkeiten im Gefolge und führten außerdem schließlich zur Pyelonephritis, der die Patienten erliegen. Das neue seiner Methode besteht darin, daß, nachdem die Blase exstirpiert ist, die Ureteren beiderseits in die Lumbalgegend eingepflanzt werden. Die Einzelheiten der Operation müssen in der Originalarbeit eingesehen werden. Zur Aufnahme des sich aus den lumbal implantierten Ureteren entleerenden Urins dient ein besonders konstruiertes Receptaculum, das sich bewährt hat. Der Apparat wird demonstriert. R. hat im ganzen dreimal operiert. Alle drei Patienten haben die Operation überstanden. Einer der Patienten hat später Uraemie bekommen und ist gestorben. Bei den anderen liegt die Operation noch zu kurze Zeit zurück, als daß man ein Urteil über das Dauerresultat haben könne. Aber er könne jedenfalls sagen, daß es sich bei seiner Methode um eine ganz aseptische Blasenexstirpation handele.

Hr. Kausch-Schöneberg: Die Schrumpfblase und ihre Behandlung (Darmplastik).

Kausch bespricht zunächst die verschiedenen Ursachen der abnorm kleinen Blase (angeboren, Neurose; außerhalb sich abspielende Prozesse, entzündliche Tumoren; innerhalb der Blase liegende Tumoren und Steine; konzentrische Hypertrophie). Die bei weitem häufigste Ursache ist die interstitielle Cystitis mit Schwund der Muskulatur (Schrumpfblase). Der Zustand der schweren Fälle, bei denen die Kapazität auf 10—20 cm herabgeht, ist ein unerträglicher; schließlich gehen alle Patienten an der aufsteigenden Entzündung zu Grunde.

Die Behandlung besteht in Dilatation der Blase, diese ist aber bei dem Vorhandensein oder Auftreten entzündlicher Prozesse verboten und führt auch sonst meist nicht zum Ziele. Dann ist in einem Falle die suprapubische Dauerfistel angelegt, und die Beschwerden des Patienten sind dadurch verringert worden.

Kausch hat in einem Falle, der genauer besprochen wird, eine Dünndarmschlinge total ausgeschaltet und mit der kleinen Blase, die 20 cbcm faßte, in Verbindung gebracht. Der Patient wurde geheilt entlassen, kontinent, mit einer Kapazität von 200 cbcm. Das Verfahren wird bei sonst nicht zu heilender, abnorm kleiner Blase und bei der totalen oder annähernd totalen Exstirpation des Organs empfohlen. (Selbstbericht.)

(Fortsetzung folgt.)

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynaekologie zu Berlin.

Sitzung vom 26. April 1907.

Vorsitzender: Herr Olshausen.

I. Demonstrationen.

1. Herr Ruge stellt zunächst eine Patientin vor, deren Krankengeschichte manches Interessante bietet. Im Jahre 1899 wurde Pat. wegen eines Carcinom des rechten Ovariums operiert: Ovariotomie per laparotomiam, dabei zwölf Liter Ascites abgelassen. Nach sechs Jahren Rezidiv; bei der zweiten Laparotomie finden sich beide Parametrien infiltriert, das Peritoneum des kleinen Beckens mit Knötchen bedeckt. Seitdem mehrfache Punktionen, die letzte am 18. April a. c. Im Abdomen sind nach der Punktion Knollen und Tumoren zu fühlen, der Uterus ist gut anteflektiert, rechts von ihm liegt ein faustgroßer, harter beweglicher Tumor, linke Adnexe sind nicht zu tasten. Patientin fühlt sich trotz des ausgedehnten Rezidivs ganz wohl, wünscht nur, um von den häufigen Punktionen befreit zu sein, nochmalige Operation. Dieselbe wurde abgelehnt.

Ferner stellt R. eine 53jährige Patientin mit Carcinom bei Prolaps vor. Der Vorfall besteht seit zwanzig Jahren, ist langsam gewachsen und erst seit wenigen Monaten nicht mehr reponibel. Seit einiger Zeit Schmerzen, Dysurie, eitriger Ausfluß und ein Geschwür auf der Vorderfläche des Prolapses. Es findet



sich ein ca. kindskopfgroßer Prolapsus uteri et vaginae, auf der Vorderfläche desselben ein großes carcinomatöses Ulcus. Im Urin Blut, Eiweiß und Zylinder.

2. Herr Henkel zeigt eine 62jährige Patientin, die vor vierzehn Tagen an einem ca. mannskopfgroßen Fibrolipom der Bauchdecken operiert worden ist. Der Tumor saß unterhalb des Nabels, hatte sich in vielen Jahren bis zu seiner jetzigen Größe entwickelt und erst in letzter Zeit Schmerzen verursacht. Diagnostisch nicht ganz leicht war die Entscheidung zwischen Tumor und Hernie. Die Operation verlief ohne Besonderheiten, der Heilungsverlauf war ein ungestörter.

3. Herr N. Meyer, Wildungen, als Gast: Zur Endoskopie der Harnblase: Die Endoskopie der Blase wurde bisher immer durch zwei Schwierigkeiten beeinträchtigt, durch das Vorstülpen der Blasenschleimhaut über den Tubus und durch die Füllung des Tubus mit Urin. M. demonstriert das von Luys angegebene Instrumentarium, das diesen Schwierigkeiten wirksam begegnet. Durch eine am Boden des Tubus befindliche Röhre wird der Urin mittels einer Wasserstrahlpumpe dauernd abgesaugt und durch Anwendung der Trendelenburgschen Hochlagerung die Blase entfaltet. Die Nitzesche Cystoskopie wird durch dieses Verfahren in diagnostischer Beziehung ergänzt, in therapeutischer Beziehung erweitert. Besonders brauchbar für die Behandlung der Cystitis trigoni.

Diskussion: Herr Stöckel hält das Verfahren für keine Verbesserung der Nitzeschen Cystoskopie. Diagnostisch bedeutet es einen Rückschritt, therapeutisch ist es gut anwendbar, weil einfacher als das Cystoskop. Die Absaugung des Urins ist bei Anwendung der Beckenhochlagerung überflüssig.

Herr Knorr ist ebenfalls der Ansicht, daß das Verfahren nur in therapeutischer Hinsicht brauchbar, diagnostisch hingegen wertlos ist.

Herr Meyer betont nochmals, daß das Verfahren kein Ersatz, sondern nur eine Ergänzung der klassischen Cystoskopie darstellen soll. Auch er glaubt, daß es im wesentlichen für therapeutische Maßnahmen wertvoll ist. Vorzüglich verwendbar ist es auch für den Ureterenkatheterismus.

4. Herr Henkel: a) 49jährige Frau mit seit einundeinhalb Jahren bestehenden Blutungen, ohne Beschwerden. Die Laparotomie ergibt ein intraligamentäres, unbeweglich im Becken eingekeiltes Myom. Spaltung des Peritoneums, Abschieben der Blase, Abbinden der Ligamente und Entwicklung des Tumors aus dem Douglas. Der Tumor zeigt ziemlich weit vorgeschrittene, myxomatöse Erweichung.

b) Intraligamentäres Myom mit beginnender Erweichung. Auch hier fast gar keine Beschwerden, nur seit einem viertel Jahr Blutungen und Druckgefühl im Leib.

c) 42jährige Frau. Befund: Portio hochgedrängt, Uterus anteponiert, eleviert, im Douglas cystische Geschwulst, die die Differential-Diagnose zwischen Haematocele und Peritonealcyste schwanken läßt. Bei der Laparotomie finden sich entzündliche Adnextumoren und zahlreiche Darmadhaesionen, die den Douglas überdachen und in demselben eine Peritonealcyste abkapseln. Als Nebenbefund findet sich an der Hinterwand des Uterus ein kleinfaustgroßes Myom. Exstirpation des Uterus; am Myom beginnende Nekrose, offenbar bedingt durch den Druck gegen das Promontorium des ziemlich stark verengten Beckens.

d) 40jährige Frau. Vaginale Totalexstirpation wegen Myom. Totalnekrose des apfelgroßen Myoms. Keine Beschwerden, keine Schmerzen.

e) Myom der Hinterwand des Uterus, in den Douglas hinein entwickelt. Vaginale Totalexstirpation. Bei diesen Operationen legt H. nur drei Knopfnähte durch das Peritoneum, wobei die Stümpfe mitgefaßt werden, die Scheide bleibt vollkommen offen, in die Scheidenwunde kommt eine Drainage mit Jodoformgaze. Die Heilungen erfolgen mit glatter Narbe, ohne Blutung und ohne Exsudatbildung.

f) 39jährige IV para. L. M. anfang Dezember 1906. Ende Januar Blutungen, deshalb Kurettage, die Blutungen dauern fort. An der Abgangsstelle der rechten Tube findet sich eine apfelgroße Geschwulst. Es wird eine interstitielle Gravidität angenommen und, um den Versuch zu machen, dieselbe eventuell vom Uterus aus auszuräumen, mit Laminaria dilatiert. Austastung negativ, deshalb Laparotomie. Netz, Darm und Appendix sind an dem Tumor, der in der Tat eine interstitielle Gravidität darstellt, adhaerent. Das Netz wird abgebunden, der Appendix exstirpiert. Im Fruchtsack findet sich eine Rupturstelle, die vom adhaerenten Darm überdacht ist. An der Rupturstelle Eiter, desgleichen ist der ganze Fruchtsack mit Abscessen durchsetzt. Da der Appendix normal ist, wahrscheinlich Infektion vom Darm aus. Keilförmige Exzision der Tube. Glatte Genesung.

g) Appendix, verwachsen mit Pyosalpinx.

Diskussion: Herr Bumm macht darauf aufmerksam, daß die von Herrn Henkel geübte Methode der vaginalen Operation schon vor fünfundzwanzig Jahren von Kaltenbach angegeben worden ist. Er glaubt, daß H. mit der Vernähung der Scheide mindestens ebenso gute Resultate haben würde.

Herr Mainzer hält den Versuch, eine interstitielle Gravidität vom Uterus aus anzugreifen, für durchaus kontraindiziert.

Herr Henkel: Schlußwort.

II. Vortrag des Herrn R. Meyer: Beiträge zur Pathologie der Bindesubstanzgeschwülste des Uterus.

2. Sarkome (mit Demonstrationen am Epidiaskop). Als Fortsetzung seines Vortrages über die Pathologie der Myome gibt M. an der Hand zahlreicher mikroskopischer Präparate eine große Anzahl interessanter und instruktiver Details aus der komplizierten Histologie der Uterussarkome.

Literarische Monatsschau.

Gynäkologie.

Ueber eine wenig bekannte Erkrankung des Uterus „Die diffusen Adenome im Myometrium“, d. h. diffus und tief in der Muskulatur ausgebreitete Schleimhautwucherungen berichtet Schütze auf Grund sorgfältiger Literaturstudien und drei eigner Beobachtungen in einer interessanten Arbeit. Die Ergebnisse derselben sind folgende:

Die tiefen, diffusen Schleimhautwucherungen im Myometrium stellen eine selbständige Erkrankung des Uterus älterer Frauen dar. Die Aetiologie dieser Krankheit ist unbekannt.

Die schweren klinischen Symptome, d. h. die unstillbaren Blutungen mit konsekutiver Verschlechterung des Allgemeinbefindens zwingen zur Ausrottung des erkrankten Organs.

Das pathologisch-anatomische Bild wird gekennzeichnet durch ein infiltrierendes und zerstörendes Wachstum der hyperplastischen Mucosa innerhalb der Uteruswand bis in die peripheren Schichten des Myometriums hinein.

Die adenomatösen Wucherungen nehmen vom Orificium internum nach dem Fundus und den Tubenecken hin an Flächen- und Tiefenausdehnung zu. Die Cervixschleimhaut wird durch die Vorgänge im Corpus nicht zu einer ähnlichen Wucherung angeregt.

Ein Uebergang dieser Einsenkungen in die Umgebung des Uterus oder Metastasenbildung in entfernten Organen ist bisher nicht beobachtet worden.

Die klinischen und pathologisch-anatomischen Eigenschaften zusammengenommen, lassen es ratsam erscheinen, diese morphologisch gutartige Wucherung des Endometriums als eine schwere Erkrankung aufzufassen und sie als eine Vorstufe zum Adenocarcinom der Corpuswand anzusehen.

An der Hand eines sehr großen und einheitlichen Materials hat Baisch außerordentlich interessante Studien über die Einteilung des engen Beckens und die Prognose der einzelnen Formen machen können. Die Bearbeitung der Protokolle von 2500 abwartend geleiteten Geburten bei engem Becken ergab das überraschende Resultat, daß, entgegen der traditionellen und allgemein gelehrten Anschauung von der Ungunst des allgemeinen verengten Beckens dieses im Gegenteil günstiger zu prognostizieren ist als das platte. Es ergaben sich innerhalb ein und desselben Verengungsgrades für das allgemein verengte Becken durchgehends mehr Spontangeburten, als für das platte Becken. B. stellt daher den Satz auf: Die Möglichkeit der Spontangeburt hängt in erster Linie von der Größe des Veramaßes ab. Der Grad der Beckenverengerung und nicht die Form des Beckens ist in erster Linie für die Prognose

der Geburt maßgebend. Auf Grund dieser Tatsachen schlägt er vor, die alte komplizierte Gradeinteilung des engen Beckens mit verschiedenem Maß für das platte und das allgemein verengte Becken endgültig, weil falsch, fallen zu lassen und dafür den praktisch längst durchgeführten Brauch der französischen Geburtshelfer, das enge Becken lediglich nach der Größe der Vera einzuteilen, auch in Deutschland allgemein zu akzeptieren. Er würde demnach rechnen:

zum 1. Grad: alle engen Becken ohne scharfe obere Grenze bis herab zu 8,0 cm Vera;
zum 2. Grad: alle engen Becken bis 7,0 cm;
zum 3. Grad: alle engen Becken bis 5,0 cm.

Unterhalb 5,0 cm liegt das Gebiet der absoluten Beckenverengerung.

Ueber Verletzungen der kindlichen Halswirbelsäule bei schwierigen Extraktionen am Beckenende hat Hofbauer anläßlich von vier kurz nacheinander an der Königsberger Klinik zur Beobachtung und Sektion gekommenen Fällen Untersuchungen angestellt. H. ist der Ansicht, daß diese Komplikation relativ häufig ist und nur deshalb so selten kasuistisch mitgeteilt wird, weil die unter dem Bilde der Asphyxie verlaufenden Fälle nicht zur Sektion kommen und daher nicht erkannt werden. Die bei kräftigen Extraktionen an den Füßen oder am Steiß entstehenden Verletzungen haben ihren anatomischen Sitz stets in der Substanz des Wirbelkörpers und zwar an den Epiphysenlinien, niemals dagegen in den Zwischenwirbelscheiben. Obwohl diese Laesionen schon an allen Halswirbeln beobachtet worden sind, so ist doch nach H. die Bevorzugung des sechsten Halswirbels ganz auffallend. Dies findet seine anatomische Begründung darin, daß einmal der Körper des sechsten Halswirbels am wenigsten durch Muskulatur geschützt ist und fernerhin in der anatomisch bisher noch nicht bekannten Tatsache, daß die Bandscheibe zwischen sechstem und siebentem Halswirbel nahezu zweimal so breit ist als die zwischen dem fünften und sechsten Halswirbel, so daß der am Schultergürtel ansetzende Zug am sechsten Halswirbel das erste Punktum minoris resistentiae im Bereich der Gliederung des Halsskelettes findet. Das Symptombild der Verletzung wird bedingt durch die der Läsion folgende Blutung in den Spinalkanal; die Atmung des Kindes kommt überhaupt nicht in Gang, obwohl die Herztätigkeit einige Zeit hindurch keine Störung aufweist, oder sie erlischt bald, wenn es auch anfänglich möglich war, dieselbe durch Reizmittel anzuregen. Bei langsam eintretender Blutung kann ein derartiges Kind bis 24 Stunden leben, in einem Fall ist sogar eine neuntägige Lebensdauer beobachtet worden. Da eine Therapie kaum möglich ist, dürfte eine praktische Bedeutung im wesentlichen der Prophylaxe zukommen. In diesem Sinne macht H. folgende Vorschläge:

Bei schwierigen Extraktionen versuche man zunächst den Veit-Smellieschen Handgriff. Die Zugrichtung muß dabei streng axial sein, da jede Torsion, welche mit dem kindlichen Rumpfe vorgenommen würde, einer Kontinuitätstrennung der Wirbelsäule Vorschub leisten könnte.

Gelingt die Entwicklung des Kindesschädels mit dem ersten Veit-Smellie nicht, so ist jede Wiederholung dieses Handgriffes sofort und ausnahmslos mit gleichzeitiger Expression von oben her zu verbinden. Diese letztere (Martin-Wiegand) kann zwar auch gelegentlich Verletzungen hervorrufen, aber so selten, daß es praktisch kaum in Frage kommt. (Schluß folgt.)

Periodische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift. Nr. 13. 1907.

1. Ballner und Reibmayr, Innsbruck: **Ueber die Verwertbarkeit des Phänomens der Komplementablenkung zur Differenzierung von Kapselbazillen.**

Bei Studien über die Verwertbarkeit der Komplementablenkung für die Diagnose von Antikörpern im Immunserum und für die Erkennung der spezifischen Antigene erhielten Verff. das bemerkenswerte Resultat, daß beim Zusammenbringen von spezifischem Immunserum von Kapselbazillen mit den aus denselben hergestellten Extrakten eine Bindung des zugesetzten Komplements erfolgt, so daß in einem nachträglich zugefügten haemolytischen System das Auftreten der Haemolyse unterbleibt. Die Resultate der Bestimmung des Hemmungstiters bei Einwirkung von Extrakten von Kapselbazillen auf ein Friedländer-Immunserum werden in einer Tabelle dargelegt; eine Bindung des zugesetzten Komplementes erfolgte auch bei höheren Verdünnungen des Immunserums. In zwei weiteren Tabellen werden die Resultate von Kontrollversuchen dargelegt, in denen einerseits verschiedene heterologe Bakterienextrakte mit einem Friedländerserum zusammengebracht, andererseits die Bindung des Komplements bei Einwirkung von Extrakt von Friedländerbazillen auf Normalserum und mehrere heterologe Immunsera geprüft. Dabei ergab sich, daß eine Abgrenzung der einzelnen Arten in der Gruppe selbst (Friedländerbazillus, Bazillus rhinoselcromatis, Bac. ozaenae) nicht mit Sicherheit durchführen läßt, und daß die Methode — wenigstens bei der zur Anwendung gekommenen Versuchstechnik — nicht genügend verläßliche Ausschläge gibt, für differentialdiagnostische Zwecke zur Abgrenzung der Gruppe der Kapselbazillen.

2. Thalmann, Dresden: **Die Frühbehandlung der Syphilis.**

3. Spaeth, Hamburg: **Zur Alexander Adamsschen Operation.**

Verf. hat bei seinem Material, das 50 Alexander Adamssche Operationen umfaßt, die teils allein, teils in Verbindung mit anderen operativen Maßnahmen, Ausschabungen, Abortausräumungen, Diszisionen, Vaporisationen, Kolpoperineorrhaphien, vorgenommen wurden, Nachuntersuchungen vorgenommen, und bei 30 Frauen, wo die Operation 1—8 Jahre zurücklag, die Dauerresultate kontrollieren können. Dabei wurde Gewicht gelegt auf Feststellung der Gebärmutterlage, durchgemachter Schwangerschaften und Geburten, der Beschaffenheit der Narben, des subjektiven Befindens. Bei allen Frauen fand sich der Uterus in normaler Lage, auch bei denen, die dauernd zu schwerer körperlicher Arbeit gezwungen waren. Bei einem Drittel waren Schwangerschaften, zum Teil zu wiederholten Malen eingetreten; sehr häufig waren Aborte eingetreten. Die Entbindungen waren alle gut verlaufen, ohne besondere Schmerzen in den Leisten; auch die Frühgeburten resp. Aborte boten nichts regelwidriges. An den Narben fand sich nur in einem Fall eine kleine Hernia; hier war der Operation eine Abortausräumung vorangegangen und keine Heilung per primam eingetreten. Bezüglich der Technik der Operation empfiehlt Verf. den beiderseitigen Hautausschnitt gegenüber dem Rumpfschen Bogenschnitt, dann Spaltung des Leistenkanals, vor allem aber solideste Befestigung der Ligamenta rotunda mit unresorbierbarem Material (Seide, Silkworm); für die Hautnaht sind die Michelschen Nähklämmerchen sehr geeignet.

4. Aeh, München: **Augenmuskellähmung nebst Lumbalanaesthesien.**

A. zeigt, daß die anatomischen Verhältnisse es bedingen, daß die lumbal injizierte Flüssigkeit beim Emporsteigen in der Zerebrospinalflüssigkeit ziemlich enge Passagen zu überwinden hat und deshalb nur schwer und langsam bis zur Gehirnbasis gelangen kann. Hier findet sie am Pons einen weiteren Widerstand; in der vor demselben gelegenen Cysterna pontis staut sich zunächst die toxische Flüssigkeit an; das ist aber die Stelle, wo etwas seitlich von der Medianlinie ringsum von ziemlich breiter Flüssigkeitsmenge bedeckt, der Nervus abducens seinen Austritt aus dem Gehirne nimmt. Ein weiteres Vordringen der Flüssigkeit in die Cysterna ambiens, intercruralis und chiasmatis, in denen der Nervus trochlearis, resp. oculomotorius und das Chiasma liegen, ist fast nur entlang der Arteria basilaris und wenigstens auf eine Strecke entlang der Nervus abducens möglich. Bisher sind nur Lähmungen zu verzeichnen bei Gehirnnerven, die in einer Cysterne liegen und einen längeren Verlauf innerhalb der Cerebrospinalflüssigkeit im Subarachnoidealraum aufweisen und nicht sehr schnell die Dura durchbrechen, beim Abducens und Trochlearis, beides Nerven mit ziemlich kleinem Querschnitt. Das späte Auftreten der Lähmungen ist vielleicht einesteils mit dem langsamen Fortschreiten der Flüssigkeit durch die physiologischen Engen zu erklären, anderenteils damit, daß die Flüssigkeit durch die Arachnoidea diffundiert und auf die Nerven noch während des Verlaufs zwischen Dura und Arachnoidea einwirkt, oder es handelt sich um die Wirkung



von Abbauprodukten des Anaesthetikums, die auf die relativ dünnen Nerven in langer Ausdehnung einwirken und eine Art von Neuritis erzeugen. Bei Nerven, die rasch die Dura durchbohren, sind voraussichtlich keine Störungen zu erwarten; nur bei größerer Dosis könnte ein noch weiteres Fortschreiten an der Schädelbasis, also auch eine Schädigung der ersten fünf Gehirnnerven, bei denen die Erfordernisse, Lagerung in einer Cysterne, langer Verlauf im Liquor mit spätem Durchbrechen der Dura, vorliegen, und vielleicht infolge Einwirkung in größerer Konzentration auch eine Beteiligung der mehr seitlich gelegenen und die Dura rasch verlassenden übrigen Gehirnnerven (Akustikus, Facialis, Vagus etc.) im Gefolge haben. Daraus ergibt sich, daß 1. von allen zur Lumbalinjektion empfohlenen Mitteln das harmloseste zu wählen ist, das Tropakokain, auf keinen Fall das Stovain, das einen stärkeren Einfluß auf die motorischen Nerven ausübt, 2. die kleinen Dosen des Anaesthetikums beizubehalten sind, 3. keine konzentrierten Lösungen gebraucht werden dürfen, 4. nach der Injektion unbedingte Ruhe in Rückenlage, womöglich mit erhöhtem Oberkörper (wenigstens nach der Operation) notwendig ist.

5. Schwartz, Straßburg: **Ueber einen Fall von abundanter Lungenblutung bei Mitralstenose und hochgradiger Sklerose der Arteria pulmonalis.**

Der betr. 30 jährige Patient hatte seit dem 24. Jahre Herzbeschwerden verspürt und mehrmals abundante Lungenblutungen gehabt; in hochgradig anaemischem Zustande kam er ins Krankenhaus und starb hier nach 14 Tagen bei fortdauernden starken Haemoptysen und nachdem noch eine Parese der rechten Körperseite eingetreten war. Die klinische Diagnose lautete Mitralinsufficienz und -stenose, Tricuspidalinsufficienz, Herzfehlerlunge, multiple Lungenembolien und -infarkte, Stauungsniere, Embolie der linken Arteria fossae Silvii. Bei der Autopsie fanden sich: Mitralstenose, Tricuspidalstenose, braune Induration der Lungen, überraschenderweise dagegen keine Embolien im Bereiche der a. pulmonalis und embolische Infarkte, wohl aber eine hochgradige Sklerose der Arteria pulmonalis. Die mikroskopische Untersuchung der sklerosierten Lungenarterie ergab nirgends Zeichen von einer Ruptur oder einer drohenden Ruptur, so daß die Quelle der hochgradigen Lungenblutungen wohl in den Kapillaren zu suchen ist, also auf Rechnung der Stauungslunge gesetzt werden muß, bei der freilich derartig abundante Haemorrhagien wie im vorliegenden Falle ein sehr seltenes Vorkommnis darstellen.

6. Noeggerath, Berlin: **Bacillus coli immobilis capsulatus (Wilde) bei einem Fall von eitriger Meningitis cerebrospinalis.**

Das betr. Kind erkrankte am elften Lebenstage, nachdem es sich bis dahin normal entwickelt hatte, plötzlich mit Krämpfen; bei der Aufnahme ins Krankenhaus wurde durch Lumbalpunktion eitrige Meningitis festgestellt. Als Ausgangspunkt für dieselbe konnte eine leichte Eiterung am Nabel oder eine Darmaffektion in Betracht kommen. Im weiteren Verlauf wechselten Krampfattacken mit Perioden guten Allgemeinbefindens ab; nach etwa zwei Monaten erlag das Kind einem kollapsartigen Anfall. Aus der Lumbalflüssigkeit wurden Stäbchen gezüchtet, die zunächst als Bakterium lactis aerogenes mit nicht ganz typischem Wachstum imponierten, bei genauerer Prüfung aber wohl als Bacillus coli immobilis (Wilde) anzusprechen waren. Ob die auffällige Tatsache, daß das Kind die schwere Affektion des Zentralnervensystems — die Autopsie ergab Pyocephalus internus, eitrige Leptomeningitis — so lange Zeit hindurch aushielt bei oft wochenlang nicht beeinträchtigtem Allgemeinbefinden, durch die Eigenart der Infektion zu erklären ist, muß dahingestellt bleiben.

7. Widmer, Zofingen: **Heilung eines Carcinoms durch Sonnenlicht nebst einigen Beiträgen zur unmittelbaren Lichttherapie.**

8. Rothschuh, Aachen: **Eine aseptische Wochenbinde.**

An der Hand von Zeichnungen beschreibt Verf. die Wochenbinde, die eine Weiterentwicklung und Kombination der englischen Wochenbettsbinde und der indischen Gurita, des zentralamerikanischen Handtuchs und der heutigen Rollbinde darstellt; sie soll aseptisch, beliebig auskochbar, weich, ohne Einlagen und Schnallen, schmiegsam und doch fest sitzend, nicht rutschend, einfach zu handhaben, allgemein verwendbar und billig sein. Zu beziehen ist sie durch F. Hoetzel Nachf., P. Thomas, Aachen.

9. Birnbaum, Göttingen: **Die Methode von M. Schwab zur Bestimmung der Gerinnbarkeit des Blutes.**

Die von Schwab angegebene Methode der Bestimmung der Gerinnbarkeit des Blutes, die auf der Feststellung des Zeitpunktes des Hervorschießens der Fibrinnadeln in frisch entleerten Blutstropfen beruht, (d. W. 1906, Nr. 51) hat Verf. an einer großen Zahl von Fällen nachgeprüft und dabei derartige Verschiedenheiten in den Untersuchungsresultaten gesehen, daß die Methode als zuverlässige und exakte unbedingt abgelehnt werden muß.

10. Sorgo, Alland (6. Wien). **Zum Auswurfsedimentierungsverfahren mit Wasserstoffsuperoxyd.**

Bezüglich dieses Verfahrens reklamiert Verf. für sich gegenüber Sachs-Mücke (d. W. 1906 Nr. 34) die Priorität nach einer Mitteilung in der Wien. klin. W. 1903 Nr. 52.

Bücherbesprechung.

Die Organ- und Blut-Therapie. Ein Kapitel aus der Geschichte der Arzneimittellehre von Prof. Dr. Hugo Magnus. (Abhandlungen zur Geschichte der Medicin, Heft XVII.) J. U. Kerns Verlag (Max Müller), Breslau. 1906.

Verf. bringt in zwei Abschnitten, in denen er den Auf- und Ausbau der Organ-Therapie und die Blutbehandlung beschreibt, den Nachweis, daß die „heilkünstlerischen Bestrebungen der allermodernsten Zeit keineswegs nur Produkte des Heute sind, wie man so gern glaubt".

Allerdings ist das Wesen der Therapie, welche sich heute Organtherapie nennt — soweit sie sich auf die induktive Forschungsmethode stützt und nicht auf rein spekulativen Voraussetzungen basiert — grundverschieden von der durch Religion, Kultur und sozialistische Momente beeinflußten Krankenbehandlung mit Organen, Blut, Sekreten und Exkreten in vergangenen Jahrtausenden. Die Zeiten der „Dreck-Apotheke" sind definitiv dahin. Nur im Volke findet man noch den mystischen Gebrauch einzelner von Menschen oder Tieren stammender „Heilmittel", von denen z. B. das Menstrualblut als Liebestrank sogar gerichtlich in einem Ehescheidungsprozesse 1885 festgestellt wurde.

Die Abhandlung ist sehr anregend geschrieben. In die strenge Wissenschaftlichkeit des Büchleins bringen eine Fülle von historischen Tatsachen, Sagen und Fabeln aus alter und ältester Zeit des Interessanten, ja Amüsanten so viel, daß seine Lektüre genußreich ist. In Fußnoten findet sich eine sehr reiche Literaturangabe.

Fleischer.

Balneologische Mitteilungen.

Wildbad. Das Wildbader Badeblatt schreibt: Zu den literarischen Erzeugnissen über Wildbad gesellt sich als neuestes ein Bad-Prospekt, herausgegeben von der Königl. Badverwaltung und verfaßt von dem Kgl. Badearzt, Geh. Hofrat Dr. Th. Weizsaecker, der es auch bei diesem Werk wieder trefflich verstanden hat, das Bemerkenswerteste über Wildbad in Wort und Bild so vorzüglich zusammenzustellen, daß es für Fremde und Einheimische ein Genuß ist, sich in den Inhalt dieses neuen, auch außerordentlich stil- und geschmackvoll ausgestatteten Buches zu vertiefen. Die Bilder sind fast durchweg neue Aufnahmen, sie geben einen reizenden Ueberblick über Wildbad, seine Naturschönheiten, seine Neubauten, und nicht zuletzt über seine großartigen sanitären Einrichtungen.

In **Bad Salzbrunn** findet während dieser Saison vom 21. bis 23. Juni ein internationales Tennis-Turnier statt. Das vorjährige Tennis-Turnier wies über 230 Nennungen auf. Mit dem Bau von zwei weiteren Tennisplätzen ist im Herbst bereits begonnen worden,



so daß insgesamt 5 Plätze für das Turnier zur Verfügung stehen. — Der Bau eines seit Jahren geplanten Kurhotels ist seitens der Verwaltung nunmehr endgültig beschlossen. Mit den Arbeiten soll bereits im Herbst begonnen werden. — Die Salzbach-Ueberbrückung im unteren Kurbezirk ist beendet, schmucke Anlagen und Wege erheben sich auf dem gewonnenen Terrain. Die Arbeiten im oberen Teil, für die der Durchstich ebenfalls fertiggestellt ist, hofft man im Laufe des Mai beenden zu können. — Auch an der Fertigstellung der elektrischen Bahn nach Waldenburg mit Anschluß an das dortige Straßenbahnnetz wird mit allen Kräften gearbeitet, so daß die Eröffnung der Straßenbahn schon für die Hochsaison in Aussicht steht.

Seeg bei Füssen i. bayr. Allgäu. Die diesjährige frische Füllung und Versand des Jodwassers der Marienquelle hat begonnen. Die Analyse des Seeger Jodwassers ergibt folgendes:

In 1000 Teilen sind enthalten	in der Marien-Quelle Lipp
Jodnatrium	**0,01757**
Bromnatrium	0,01516
Kohlensaures Magnesium	0,03222
„ Calcium	0,28660
„ Natrium	0,03406
Chlornatrium	0,26777
Chlormagnesium	0,10969
Kieselsäure	0,00650
Eisenoxyd	0,00250
Summa der festen Bestandteile	2,77207
Freie und halbgebundene Kohlensäure	0,1850
Temperatur	7—9 C.

Kurorte und Sommerfrischen in Mähren und Schlesien. Mitte Mai läßt der Fremdenverkehrs-Verband für Mähren und Schlesien einen Führer durch die Kurorte und Sommerfrischen (fünfte Ausgabe) und ein Sommerwohnungs-Verzeichnis (erste Ausgabe) erscheinen. — Der Führer zerfällt in fünf Teile: die mährisch-schlesischen Sudeten, die mährisch-schlesischen Beskiden, das mittelmährische Ausflugsgebiet, das Iglauer Hochland und das südmährische Bergland. — Jeder dieser Abschnitte enthält eine allgemein gehaltene touristische Abhandlung, an die sich eine eingehende Besprechung der Kurorte und Sommerfrischen, sowie der benachbarten deutschen oder vorwiegend deutschen Städte anreiht. — Dem Führer, welcher sehr gefällig ausgestattet ist und ein, die Schutzhäuser in den Sudeten und den Beskiden darstellendes, Titelbild, sowie mehr als 100 Abbildungen im Texte enthält, ist eine Uebersichtskarte beigegeben.

Das Sommerwohnungs-Verzeichnis deutet die für Sommerpartien wichtigsten Anhaltspunkte in Schlagworten an und gibt über Anzahl, Beschaffenheit und Mietspreis der Sommerwohnungen in 185 Kurorten und Sommerfrischen in den weitaus meisten Fällen möglichst genauen Aufschluß.

Diese beiden Werke werden allen jenen, welche über die Wahl eines geeigneten Kurortes in Zweifel sind, oder ihren Landaufenthalt an einem Orte verbringen wollen, der die ärztlich vielfach gewürdigten Vorzüge des Mittelgebirges besitzt, wichtige Dienste leisten, aber auch den Touristen und Vergnügungsreisenden willkommen sein und sicherlich dazu beitragen, daß den an landschaftlichen Reizen so reichen Ländern Mähren und Schlesien neue Freunde zugeführt werden. — Der Führer, welcher auch im Buchhandel zum Preise von 60 Heller bezogen werden kann, wird mit dem Sommerwohnungs-Verzeichnis vom Fremdenverkehrs-Verband für Mähren und Schlesien in Wien, 5/1, auf Verlangen kostenlos zugesendet.

Vermischtes.

Berlin. Prof. Dr. Klapp, bisher I. Assistent der Bierschen Klinik in Bonn, ist zum außerordentlichen Professor in Berlin ernannt und vertritt Herrn Bier in der Leitung der Klinik bis zu dessen Eintreffen.

Bonn. Als Nachfolger Biers geht Geh. Med.-Rat Garrè in Breslau, welcher ebenfalls auf der Vorschlagsliste der Berliner Fakultät genannt war, nach Bonn.

Berlin. Das Deutsche Zentral-Komitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, das unter dem Protektorat Ihrer Majestät der Kaiserin steht, hält am 23. Mai, vormittags 10 Uhr, im Plenarsitzungssaale des Reichstagshauses seine XI. Generalversammlung ab. Tribünenkarten werden unentgeltlich in der Geschäftsstelle des Komitees, W. 9, Eichhornstraße 9, an Interessenten abgegeben.

Berlin. Auf Einladung des Organisationskomitees des II. Internationalen Kongresses für physikalische Therapie, welcher vom 13.—16. Oktober d. J. in Rom tagt, hat sich unter dem Vorsitze Sr. Exzellenz v. Leyden ein Deutsches Komitee gebildet, dem die Herren Brieger, Ewald, Goldscheider, Hoffa, Kraus, v. Renvers, Senator, Posner und Schwalbe, sowie die inneren Kliniker fast sämtlicher Deutscher Universitäten angehören. Auskunft über alle diesbezüglichen Fragen erteilt der Schriftführer des Deutschen Komitees, Herr Dr. Immelmann, Berlin W. 35. An denselben sind auch die Anmeldungen zur Teilnahme, sowie die Themata der zu haltenden Vorträge zu senden.

Berlin. Die diesjährige ärztliche Studienreise, welche am 6. September beginnt, ist als Seereise gedacht und verbindet mit dem Besuch der deutschen Ostseebäder, zugleich den von Kopenhagen und Stockholm. Da die Teilnehmerzahl aus technischen Gründen eine begrenzte sein muß, ist recht baldige Anmeldung dringend zu empfehlen. Alles Nähere wird binnen kurzem bekannt gegeben werden. Anfragen sind zu richten an das Komitee zur Veranstaltung ärztlicher Studienreisen, z. H. des Generalsekretärs Dr. A. Oliven, Berlin, Luisenplatz 2/4 (Kaiserin Friedrich-Haus).

Berlin. Der Bundesrat hat in seiner Sitzung vom 21. März auf Grund des § 22 des Gesetzes, betr. die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, beschlossen, die Ausführungsbestimmungen, soweit diese sich auf die Bekämpfung der Cholera beziehen, wie folgt zu ändern: An der Cholera erkrankte oder krankheitsverdächtige Personen sind ohne Verzug unter Beobachtung der Bestimmungen in § 14 Abs. 2 und 3 des Gesetzes abzusondern. Als krankheitsverdächtig sind, solange nicht wenigstens zwei in eintägigem Zwischenraum angestellte bakteriologische Untersuchungen den Choleraverdacht beseitigt haben, solche Personen zu betrachten, welche unter Erscheinungen erkrankt sind, die den Ausbruch der Cholera befürchten lassen. Eine mindestens dreimalige Untersuchung ist namentlich in denjenigen Fällen erforderlich, in denen das klinische Bild den schweren Verdacht der Cholera weiter bestehen läßt, trotzdem die vorgenommenen zwei bakteriologischen Untersuchungen negativ ausgefallen sind. Anscheinend gesunde Personen, in deren Ausleerungen bei der bakteriologischen Untersuchung Choleraerreger gefunden wurden, sind wie Kranke zu behandeln.

Berlin. Ein Ministerialerlaß (vom 24. III.) bestimmt, daß nur bei epidemischem Auftreten, nicht aber bei einzelnen Fällen von Diphtherie, Genickstarre, Ruhr, Scharlach und Typhus wöchentlich durch den betreffenden Regierungspräsidenten ein namentliches Verzeichnis der Erkrankten und Gestorbenen einzureichen ist. Auch sind letztere nur insoweit zu berücksichtigen, als sie den von der Epidemie befallenen Orten angehören.

XIV. Internationaler Kongress für Hygiene und Demographie. Der Norddeutsche Lloyd und die Hamburg-Amerika-Linie haben in dankenswerter Weise auf einzelnen Schiffslinien Fahrpreisermäßigungen für die Kongreßteilnehmer in Aussicht gestellt. Das Berliner Bureau der Hamburg-Amerika-Linie hat außerdem die Beschaffung von Wohnungen für die Teilnehmer übernommen. Ein ausführlicher Prospekt hierüber, sowie über die Reisevergünstigungen und die bequemsten Reiseverbindungen wird demnächst zur Ausgabe gelangen und ist durch das Bureau des Kongresses, Berlin W. 9, Eichhornstraße 9, zu beziehen.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62. Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Der Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen.



R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P Meißner

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 27. Mai 1907. **Nr. 21.**

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Eine neue Syphilistherapie.

Von Dr. **P. Meissner**, Berlin.

Seit einigen Wochen kamen aus Frankreich, und zwar aus dem Institut Pasteur, höchst bemerkenswerte und überraschende Nachrichten über die Anwendung des Atoxyls in der Behandlung der Syphilis. Diese Nachrichten lauteten so optimistisch, daß man unwillkürlich an eine den Franzosen nicht ganz abzusprechende, auch in wissenschaftlichen Fragen sich hier und da betätigende Begeisterungsfähigkeit zu glauben geneigt war und mit ganz besonderer Skepsis den Berichten gegenüberstand. Neuerdings sind nun auch von deutscher Seite Erfolge in gleicher Richtung mitgeteilt worden, die jene Berichte als durchaus einwandsfrei erscheinen lassen und bezüglich der Syphilistherapie Perspektiven eröffnen, deren Ausdehnung heute kaum zu übersehen sein dürfte.

Das Atoxyl ist ein Arsenpräparat, welches schon seit einigen Jahren von den Vereinigten chemischen Werken Charlottenburg in den Handel gebracht wird, und dessen hervorragende Eigenschaft in seiner Ungiftigkeit besteht, die es möglich macht, ohne jeden Schaden Dosen zu verabreichen, welche die bisher üblichen Maximaldosen des Arsens um das vielfache übersteigen. Das Atoxyl ist das salzsaure Natrium-Salz der Para-amido-phenylarsinsäure. Es stellt einen aus kleinen grismatischen, weißen Krystallnadeln bestehenden Körper dar, welcher sich bei 17° C. in sechs Gewichtsteilen Wasser löst.

Bei den verschiedensten Dermatosen geprüft, hat man eine Reihe ganz hervorragender Wirkungen konstatieren können, unter denen wohl die bedeutsamste diejenige bei lichen ruber war. Die diesbezüglichen Untersuchungen wurden in der Lassarschen Klinik von Schild vorgenommen. Immerhin blieb die Anwendung des Atoxyls eine ziemlich beschränkte und nahm keine exorbitante Ausdehnung an. Das änderte sich im Jahre 1906, als Robert Koch zum Studium der Schlafkrankheit nach Afrika ging. Zwar waren schon früher von einem belgischen und englischen Arzte positiv verlaufende therapeutische Versuche mit Atoxyl gegen die Schlafkrankheit gemacht worden, aber, wie das leider so oft geht, nicht der Beachtung teilhaftig geworden, welche sie verdienten. Erst die an sehr großem Material, es handelt sich um tausende von Fällen, durch Koch gemachten Erfahrungen ließen erkennen, daß im Atoxyl ein geradezu souveränes Mittel gegen die furchtbare Seuche gefunden sei, dessen Anwendung nicht nur ein Aufhalten der schnell fortschreitenden Krankheit, eine augenfällige Besserung, sondern tatsächlich eine Heilung bewirkt.

Die Erreger der Schlafkrankheit kennt die Wissenschaft in den durch Insektenstiche übertragenen Tripanosomen; die Erreger der Syphilis, an deren aetiologischer Bedeutung heute wohl kaum mehr gezweifelt werden kann, sind Spirochaeten, beides niedere Lebewesen, die sich ziemlich nahe stehen; lehrt doch das Experiment, daß man z. B. bei Hunden durch Tripanosomen eine Rückenmarkserkrankung erzeugen kann, welche der syphilitischen Tabes sehr ähnlich, ja vielleicht mit dieser identisch ist. Es war also kein vages Vorgehen, wenn man der Vermutung Raum gab, daß das für Tripanosomen so spezifisch wirkende Atoxyl vielleicht auch bei der durch Spirochaeten erzeugten Lues wirken könne. Die zuerst von Salmon im Institut Pasteur gemachten Versuche wiesen ganz überraschende und höchst ermutigende Resultate auf. Fast gleichzeitig und ganz unabhängig davon unternommene therapeutische Experimente, welche Lassar anstellte, ergaben merkwürdigerweise rein negative Resultate. Wie war dieser Widerspruch zu erklären? Lassar hatte in durchaus begreiflicher und anerkennenswerter Vorsicht ganz kleine Dosen des Mittels verabreicht, während man in Paris mit sehr großen, ja erstaunlichen Einzelgaben vorging. Somit erklärte sich die Differenz in den Resultaten aus der Differenz in den Dosen. Die Richtigkeit dieser Erklärung hat sich jetzt unzweifelhaft deshalb herausgestellt, weil die neuesten von Lassar angestellten Versuche, über welche er in der Sitzung der medizinischen Gesellschaft vom 15. Mai berichtete, unter Verwendung größerer Dosen ebenfalls überraschende therapeutische Resultate ergaben. Gelegentlich dieser leider nur sehr kurzen Demonstration konnten auch Uhlenhut und Hoffmann über durchaus ermutigende Ergebnisse berichten, so daß, wenn auch die definitive Beurteilung nach einer so kurzen Beobachtungszeit nicht möglich ist, doch heute schon gesagt werden kann, daß das Atoxyl in der Therapie der Syphilis eine Rolle zu spielen bestimmt scheint, die bisher nur das Quecksilber inne hatte, und daß man schon heute berechtigt ist, die therapeutische Verwendung dieses Präparates bei Lues anzuraten.

Die Dosen, welche in Frage kommen, sind hohe. Es wird ein- bis dreimal in der Woche subkutan oder intramusculär eine wässrige Lösung von Atoxyl verabreicht, welche 0,5—0,6 des Mittels enthält. Man kann straflos noch höher gehen, in Frankreich ist bis 1,5 pro Dosi verabreicht worden, aber man scheint mit der geringeren Quantität auszukommen. Die Schmerzhaftigkeit der Applikation ist gering, Abszesse oder Störungen des Allgemeinbefindens sind nicht beobachtet worden. Man darf nicht verschweigen, daß in der Literatur auch einige Vergiftungsfälle bekannt geworden sind, die eventuell bei unrichtiger Beurteilung das Präparat zu diskreditieren geeignet erscheinen. So wird in einigen Fällen über passagaere Amaurose, ja in einem Fall über dauernde Erblindung berichtet. Diese Fälle sind in folgender Weise aufzufassen. Wir wissen, bei allen differenten Medikamenten spielt die Individualität eine große Rolle und es liegt kein Grund zu der Annahme vor, daß das Atoxyl von allen Menschen gleich gut vertragen werden müßte. Daraus ergibt sich die fast selbstverständliche Verpflichtung, einmal im Anfang mit der Darreichung äußerst vorsichtig vorzugehen und auf die event. Anzeichen eines refraktären Verhaltens zu achten und bei den geringsten Andeutungen einer Intoxikation auszusetzen, wie das offenbar bei dem einen Fall definitiver Amaurose wohl nicht im nötigen Maße geschehen ist. Jedoch, neben der individuellen Toleranz kommt noch ein

weiterer sehr wichtiger, allgemein nicht genügend beobachteter Umstand in Betracht. Das Atoxyl ist zwar eine relativ beständige chemische Verbindung, aber längeres Kochen der wässrigen Lösung führt doch zu Zersetzungen, deren Produkte höchst giftig wirken können. Es ist daher auf das Sterilisieren der wässrigen Lösungen größte Vorsicht zu verwenden und im allgemeinen empfiehlt es sich, die im Handel*) erhältlichen einwandfreien Ampullen mit steriler Atoxyllösung in Anwendung zu bringen. Wenn alle diese Punkte beachtet werden, dann dürften sich Intoxikationen nicht ereignen. Jedenfalls wäre es grundfalsch, wegen der erwähnten unglücklichen Vorkommnisse Scheu vor der Anwendung des Atoxyls zu haben, jedes Medikament erfordert Vorsicht und Umsicht.

Ist es nun erwünscht, einen Ersatz für das seit Jahrhunderten in der Syphilistherapie gebräuchliche Quecksilber zu haben? Diese Frage muß unbedingt bejaht werden. Das Quecksilber ist fraglos ein Metall, dessen Giftigkeit eine erhebliche genannt werden muß und dessen Anwendung nur unter Darreichung erheblicher Dosen zu einem wirklichen Erfolg führt. Des Weiteren ist das Quecksilber ein dem menschlichen Organismus durchaus fremder Körper, an den eine Gewöhnung kaum eintritt. Ferner ist die exakte Dosierung nicht immer leicht und die gewöhnliche Darreichung in Gestalt Innunction mit soviel Unannehmlichkeiten und Unbequemlichkeiten für den Patienten verknüpft, daß dadurch eine nötige konsequente Durchführung der Kuren oft in Frage gestellt wird. Schließlich ist die Wirkung immerhin eine langsame, wenn auch die Reaktion syphilitischer Produkte eine prompte zu sein pflegt. Von den unangenehmen Begleiterscheinungen in Gestalt der Stomaatitis mercurialis, der Durchfälle etc., kurz des Mercurialismus gar nicht zu reden. Bei einem Arsenpräparat dagegen liegt die Sache ganz anders. Wir wissen, daß Arsen ein dem Körper nicht so ganz fremdes Element ist, wir wissen, daß eine völlige Gewöhnung des menschlichen Organismus an Arsen eintreten kann, welche durchaus nicht mit einer Gewöhnung der Spirochaeten an das Medikament Hand in Hand zu gehen braucht. Es tritt bei mäßiger Verwendung kein Arsenismus auf, die Darreichung ist eine in ihren Dosen leicht kontrollierbare und der therapeutische Effekt scheint ein ungemein schneller, und wie zu hoffen steht, auch gründlicher zu sein.

*) Sterilisierte und zur Vermeidung der Schmerzhaftigkeit mit Novocain versehene Ampullen mit Atoxyllösung sind in der Kaiser-Friedrich Apotheke, Berlin, Karlstraße, erhältlich.

Die Superposition von Erweiterung auf Neurosen des Herzens.

Von Dr. **Paul C. Franze** (Bad Nauheim).

(Fortsetzung.)

Zum besseren Verständnis der Herzneurosen ist es nun nötig, einiges aus der Physiologie und Anatomie der Innervation des Herzens zu betrachten.

Wir wissen aus der Physiologie, daß die Ursache der Herzbewegung im Herzen selbst liegt, und nicht etwa im Zentralnervensystem; Automatie des Herzens. Es entstehen die zur Auslösung der Kontraktionen nötigen Reize im Herzen selbst. In welchen Teilen desselben aber, ist noch nicht sicher, und bekanntlich stehen sich hier zwei Ansichten gegenüber. Die eine verlegt die Erzeugung der Reize für die Herztätigkeit in die Muskelzellen des Organs, gestützt auf die Tatsache, daß das Herz mancher Wirbeltiere schon zu einer Periode des embryonalen Lebens tätig ist, in der die Ganglienzellen noch nicht in dasselbe eingewandert sind, und daß bei einer Anzahl wirbelloser Tiere im Herzen überhaupt keine Ganglienzellen auftreten. Das ist die Theorie von der myogenen Ursache der Herzbewegung. Die andere verbreitetere, verlegt bekanntlich die Quelle der automatischen Herztätigkeit in die Ganglienzellen des Organs: in diesen sollen die Reize entstehen und dann den Muskelfasern zugeleitet werden. Das ist die neurogene Theorie der Herzbewegung.

Es ist nun zweifellos, daß sekundäre Störungen des Stoffwechsels bei Erschütterung des Gleichgewichts seiner nervösen Regelung, wie dies bei der Neurasthenie stattfindet, eine große Rolle spielen. Und es ist daher sehr leicht denkbar, daß die Ernährung der Muskelfasern des Herzens sowohl, als auch die seiner Ganglienzellen dabei notleiden, und daß dieser Umstand bei der Hervorrufung der nervösen Herzschwäche mitwirken könnte. Dieser Zusammenhang der neurasthenischen Herzbeschwerden mit der Neurasthenie durch Vermittlung der auf der Basis der letzteren entstehenden Stoffwechselstörung erscheint so plausibel, daß wir sicher auch bisweilen praktisch mit ihm zu rechnen haben.

Einen engeren Konnex zwischen Herz und Nervensystem vermittelt der extra-kardiale Nervenapparat. Seine Wirkungen teilen wir (nach Landois, Physiologie) ein in:

1. Bathmotrope: der Schwellenwert des wirksamen Reizes wird erhöht oder verringert.
2. Inotrope: die mechanische Leistungsfähigkeit der Herz-

Feuilleton.

Winterfrische im Riesengebirge.

Von Dr. **Erwin Franck**, Berlin.

(Fortsetzung.)

Ein ungleich ästhetischeres Bild bietet der vollendete Skiläufer. Ueber Raum und Zeit erhaben, den Widerständen, welche dem gewöhnlichen Staubgeborenen Schranken aller Art auferlegen, zum Trotz fliegt er dahin, bewundert und geneidet von allen, die infolge mangelnder Anlage und Meisterschaft auf diesem Gebiet an der Materie kleben und auf derartige kulturelle Vorteile verzichten müssen.

Erwägen wir, daß die ersten Skiläufe auf deutschem Boden von Norwegern eingeführt, erst 1895 unternommen wurden, so ist die Bewunderung, welche dem heute so überaus verbreiteten Sport allgemein gezollt wird, wohl begreiflich. Benutzen doch gerade die Gebirgsbewohner, denen an raschem Fortkommen vor allem gelegen sein muß, das Ski beinahe ausschließlich. So fanden wir in Krummhübel die Jugend des Dorfes nicht minder wie Bauern, Briefträger und Führer im Besitz von Schneeschuhen. Es sorgt auch der „Schneeschuhlauf-Verband Riesengebirge" im Winter wiederholt durch festliche Veranstaltungen dafür, weitere Kreise für diesen Sport zu interessieren. Den Gipfel des Erreichbaren bildet bei den Wettläufen der „gestandene Sprung", wobei es gilt, im Abwärtsfahren, den erhaltenen Schwung ausnutzend, von einem „Sprunghügel" herunter zu springen und wieder auf die Füsse zu stehen zu kommen. Gelingt es den Norwegern hierbei Sprungleistungen bis zu 46 m zu erzielen, so gelten in Deutschland Sprünge von 15—20 m schon als ganz vortrefflich.

Der Winter bietet demnach auch nach dieser Richtung hin ersehnten Anlaß zu sportlicher Betätigung, welche dadurch noch ihren besonderen Wert erhält, daß der Ausübende körperlich selbst mitarbeitet, daß er seine Glieder beherrschen wie exakt bewegen lernt, und somit vor dem im Hörner- oder Sportschlitten herab rodelnden Kollegen manchen nicht zu unterschätzenden Vorteil voraus hat.

III.

Aerztlich gesprochen bedeutet eine solche „Winterfrische", — so kurz ihre Dauer auch bemessen sein mag — eine Ausspannung für Körper und Geist, ein Herauskommen aus dem gewohnten Lebens- und Arbeitskreise mit aller der Anregung und Erfrischung, die eine derartige Abwechslung naturgemäß im Gefolge hat. Halten wir uns in der Großstadt auch vielleicht den größten Teil des Tages in frischer Luft auf, die Reinheit derselben läßt sich doch kaum mit derjenigen im Ge-



muskulatur wird geändert, die Kontraktionen werden größer oder kleiner.

3. Dromotrope: die Leitung des Reizes durch die Muskulatur wird aufgehoben, verlangsamt oder beschleunigt.

4. Chronotrope Wirkungen: die Frequenz der Kontraktionen wird vermehrt oder verringert.

Die extra-kardialen Nerven, welche diese Wirkungen vermitteln, sind bekanntlich der Vagus und der Sympathicus (N. accelerans cordis).

Es ist nun klar, daß, wenn das Nervensystem die angeführten Einflüsse auf die Herztätigkeit auszuüben imstande ist, ihm dadurch die Macht verliehen ist, die gesamte Arbeitsgröße dieses Organs, seine Leistungsfähigkeit im ganzen, bedeutend zu modifizieren. Wir müssen daher den Zusammenhang des Nervensystems mit dem Herzen untersuchen und die Bahnen betrachten, auf welchen Reize zum Herzen gelangen können, und wir werden dabei zu dem Schlusse gelangen, daß wahrscheinlich viele Herzneurosen sich auf Affektionen im Gebiete des Sympathicus zurückführen lassen.

Ich lege dabei in erster Linie neben den Lehrbüchern der Anatomie von Gegenbaur und Cunningham und dem der Physiologie von Landois, den Vortrag von Kölliker's auf der 66. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte: „Ueber die feinere Anatomie und die physiologische Bedeutung des sympathischen Nervensystems“ zu grunde und beziehe mich ferner auch auf Rosenbach's schon zitiertes Werk und auf eine Arbeit Höncks in No. 2 u. 3 der Wiener Klinischen Rundschau, die sich auf Untersuchungen Buch's stützt.

Die Anordnung des Sympathicus ist demnach folgende. Die vorderen und hinteren Wurzeln des Rückenmarks vereinigen sich, nachdem letztere Spinalganglien gebildet haben, zum Stamm des Spinalnerven. Jeder solche Nerv gibt einen Ramus anterior und posterior ab, und jeder Ramus anterior wiederum einen Ramus visceralis. Dieser, auch Ramus communicans genannt, leitet dem Sympathicus nicht nur Spinalnerven zu, sondern verbindet ihn auch mit den Zentralorganen und führt bereits von seinem Ursprung an sympathische Elemente. Demnach sind die R. viscerales als die Anfänge der sympathischen Nerven anzusehen. Sie bilden einen Längsstrang entlang der Wirbelsäule, bevor sie sich peripher verbreiten, der den Namen Grenzstrang eben daher erhält, daß er an der Grenze der Spinalnerven und der von ihm abgehenden sympathischen Nerven liegt. In ihm lagern sich bereits Ganglienzellen ein und geben so den Anfang zur Bildung von Ganglien ab.

So erscheint der Sympathicus als sekundäre Bildung, als eine Vorlagerung des spinalen Nervensystems, wofür auch die Entwicklungsgeschichte spricht; bei Zyklostomen nämlich fehlt der Grenzstrang, und die Spinalnerven verzweigen sich direkt zu den Eingeweiden, daselbst Geflechte bildend.

Auch der Vagus sendet, ebenso wie der Glossopharyngeus und Hypoglossus, rami viscerales zum ganglion cervicale supremum. „Als Ganzes aufgefaßt“, sagt von Kölliker, „tritt das Ganglien-Nervensystem . . . in ganz bestimmte Beziehungen zu den cerebro-spinalen Nerven und erscheint als ein reich verzweigter, mit vielen Nervenknoten versehener Ausläufer der gewöhnlichen cerebro-spinalen Nerven.“

Soviel über den Ursprung des Sympathicus.

Es kommen nun drei große Plexus vor der Wirbelsäule in Verbindung mit ihm zu stande: der plexus cardiacus in der Brusthöhle, der plexus solaris und plexus hypogastricus in der Bauchhöhle, von denen wieder zahlreiche sekundäre Geflechtbildungen ausgehen. Die Betrachtung des Ersteren gibt uns zugleich den Zusammenhang des Sympathicus mit dem Vagus, was für das Verständnis unseres Themas wichtig ist.

Der plexus cardiacus zerfällt in einen oberflächlichen und in einen tiefen Teil, und letzterer wieder in einen rechten und einen linken Abschnitt. Der plexus cardiacus superficialis liegt in der Konkavität des Aortenbogens vor der Bifurkation der art. pulmonalis. Der tiefe Teil befindet sich hinter dem arcus aortae auf dem unteren Teil der Trachea. Die Zweige, die in die verschiedenen Abschnitte des plexus cardiacus eintreten, ergeben sich am übersichtlichsten aus folgendem Schema (nach Cunningham):

Plexus cardiacus superficialis	1. Ramus cardiacus superior des ganglion cervicale supremum der linken Seite. 2. Ramus cardiacus cervicalis secundus des linken Vagus.
Linker Teil des plexus cardiacus profundus	1. Rami cardiaci des 2. und 3. ganglion cervicale der linken Seite. 2. Ramus cardiacus cervicalis primus des linken Vagus. 3. Rami cardiaci des linken n. laryngeus recurrens (vom Vagus).
Rechter Teil des plexus cardiacus profundus	1. Rami cardiaci vom 1., 2. und 3. Halsganglion des Sympathicus der rechten Seite. 2. Beide rami cardiaci cervicales des rechten Vagus. 3. Rami cardiaci vom rechten n. laryngeus recurrens.

So sehen wir hier bereits die beiden Quellen der extra-

---

birge messen, obwohl es im Winter auch in den Städten damit besser bestellt ist, wie im Sommer, da der Staub und die in ihm enthaltenen Infektionskeime durch Schnee und Frost zurückgehalten wie unschädlich gemacht werden.

Gerade die Höhen von 700—1000 m, welche in den heimischen Gebirgen vorzüglich in Frage kommen, bieten gesundheitlich die größten Vorteile. Neben der Reinheit der Luft ist es dort das immerhin seltene Vorkommen extremer Kältegrade, welches dem Aufenthalt im Freien kaum irgendwelche Grenzen auferlegt. Ebenso gibt die Möglichkeit stundenlangen Steigens den Lungen erwünschte Gelegenheit zu tiefer Inspiration, wodurch dann wieder die Durchblutung des Gesamtkörpers eine vollständigere wird. Die Rückwirkung auf das Herz zeigt sich bei ungeübten Bergsteigern anfangs wohl in einer Vermehrung der Zusammenziehungen des Herzmuskels, welche bei eintretender Gewöhnung an das Klettern dann in einen kräftigen und ruhigen Puls überzugehen pflegt.

Uebertreibungen, zu denen auch dieser Sport verleiten kann, sind natürlich meist von schädlichen Folgen begleitet, und es kann vor ihnen daher nicht nachdrücklich genug gewarnt werden. So findet jedes Uebermaß im Bergsteigen seinen ersten Ausdruck in der akuten Ueberanstrengung des Herzmuskels. Wir verstehen darunter einen Erschlaffungszustand der Wände des Herzens, verbunden mit einer Vergrößerung desselben. Bei den in rascher Folge stattfindenden Kontraktionen entleeren sich die Herzkammern schließlich nie mehr völlig, es bleibt ein gewisses Quantum von Blut ständig in ihnen zurück, und hierdurch leidet mit der Zeit die Funktionsfähigkeit des ganzen Herzmuskelapparates. Dies erklärt auch die auffallende Erscheinung, daß unter Bergbewohnern Herzkrankheiten viel häufiger sind als in der Ebene, indem die chronische Ueberanstrengung des Herzens zu jener Form von Herzerweiterung führt, welche meist von den 40er Jahren ab ihren Trägern anhaltende Beschwerden verursacht und im letzten Sinne auch abkürzend auf die Lebensdauer einwirkt. Diese Beobachtung, welche u. a. der italienische Physiologe Mosso besonders beschrieben hat, führt nach unserer Anschauung zu dem praktischen Ergebnis, daß wir im Gebirge unter den erwachsenen Bewohnern zwei Kategorien unterscheiden können, es sind dies die wenigen ganz alten, jenseits der 70er Jahre, sowie die unterhalb der 50er Jahre stehenden. Von den dazwischen liegenden beiden Jahrzehnten sehen wir verhältnismäßig viel weniger Vertreter. Es fiel uns dies wiederholt auf, und wir versuchten es so zu erklären, daß die leistungsfähigen Herzen eben den Anstrengungen der ständigen Ueberwindung von Höhendifferenzen gewachsen bleiben, die schwächeren dauernd überanstrengten dagegen früher oder später zu Grunde gehen.

Daß diese Form der Herzerweiterung auch durch Wägungen ihren zahlenmäßigen Ausdruck findet, erhärtet die Tatsache, daß das Herz eines Rennpferdes 5—6 kg wiegt — bei englischen Rennern sind bis zu 8 kg festgestellt worden, —



kardialen Herznerven, des Vagus und Sympathicus in enge Beziehung zu einander treten.

Aus den verschiedenen Teilen des plexus cardiacus gehen nun hervor (Landois):

1. Der plexus coronarius dexter et sinister, der die Vasomotoren für die Kranzgefäße durch die Vagusfasern und deren Vasodilatatoren durch den Sympathicusanteil erhält, bisweilen auch zum Perikardium gehende sensible Vagusfasern besitzt.

2. Die Nerven, die in der Substanz und den Furchen des Herzens liegen, die zahlreiche Ganglien enthalten; ein Ganglienhaufen liegt am Rande des septum atriorium, ein anderer in der Atrioventrikulargrenze.

Das größte Geflecht des Sympathicus ist der plexus solaris zwischen Magen, Aorta und den Schenkeln des Zwerchfells, der wieder in zahlreiche Unterabteilungen zerfällt. Zu beiden Seiten enthält er je ein ganglion semilunare, in die sich die nn. splanchnici major und minor senken; diese kommen ihrerseits aus dem 6.—9., bezw. 10.—11. Brustganglion. Namentlich der splanchnicus major zeichnet sich durch seinen reichen Gehalt an spinalen Nervenfasern aus. Bekanntlich ist der Splanchnicus (major und minor) sowohl Bewegungs- als Hemmungsnerv des Darmes und der vasomotorische Nerv aller Darmarterien und Venen mit Einschluß der Pfortader. Endlich ist er auch Gefühlsnerv des Darmes und als solcher äußerst empfindlich (Landois). In den Verlauf der Fasern des Splanchnicus sind alle, oder fast alle Zellen des ganglion semilunare eingeschaltet. Vaguszweige vom Magen aus gehen auch in das Sonnengeflecht über. (Fortsetzung folgt.)

Kongressbericht.

Der XXIV. Kongreß für innere Medicin

zu Wiesbaden, 15. bis 18. April 1907.

Referent: N. Meyer-Bad Wildungen.

6. Sitzungstag, 17. April 1907, nachmittags.

Herr Wandel-Kiel: Leberveränderungen bei akuter Lysol- und Kresolvergiftung.

Durch zahlreiche Tierversuche hat W. bewiesen, daß bei geeigneter Versuchsanordnung, welche die Resorption großer Mengen Kresols vom Magen aus garantiert, gesetzmäßig starke Veränderungen in dem Hauptresorptionsorgan, der Leber, vor sich gehen. Der Transport des Giftes erfolgt durch die Pfortader, welche selbst durch Zerstörung ihrer Blutbestandteile und Abstoßung ihrer Intimazellen auf die Giftpassage reagiert. Die „Schlacken" dieses Pfortaderblutes findet man in den Leberästen der Pfortader wieder. Von hier aus gelangt das Gift durch Diffusion, manchmal auch gröbere Zerstörungen (Blutungen mit und ohne Thrombosen) in das Leberparenchym, welches in leichten Fällen nur durch Protoplasmaaufhellungen und -Schwund, in schweren mit partiellem Zelltod, in den schwersten mit ausgedehnter Nekrose antwortet. Den Weg der Giftwirkung bezeichnen außerdem braune Körnchen, Zerstörungsprodukte der roten Blutzellen.

Die histologischen Veränderungen sind das anatomische Korrelat für die chemischen Entgiftungsvorgänge in der Leber. Desinstruktionen finden wir überall, wo noch freies Kresol mit dem Protoplasma in Berührung kommt; wir vermissen sie da, wo der Entgiftungsvorgang, die Paarung an Glukuron- oder Schwefelsäure schon vollendet ist, z. B. meist an der Lebervene, welche wohl in der Hauptsache den Transport der ungiftigen Paarungskörper vermittelt. Bei schweren Vergiftungen dringt das freie Kresol durch die Leber und ist jenseits der Leber in teilweise freiem Zustande noch nachweislich, z. B. in der bei Gallenfisteltieren gewonnenen Galle. Es ist hier wohl locker gebunden an Alkalien oder Körper der Fettreihe. Demonstration von Abbildungen und Präparaten.

Herr Ziegler-Breslau: Experimentelle Erzeugung und das Wesen der Leukaemie.

Durch Röntgenbestrahlung der Milz hat Vortragender bei der Zerstörung der Milzfollikel eine Vermehrung einkerniger, myeloider Leukozyten und myeloider Umwandlung der Milz hervorgerufen, ferner unter Auftreten einkerniger Leukozyten eine lymphoide Hyperplasie des Knochenmarks. Partielle Follikelzerstörung der Milz führt ebenfalls zur myeloiden Umwandlung von Blut und Milz, welche Veränderungen aber wieder schwinden können. Umgekehrt hat Knochenmarksschädigung noch zu keinem Ergebnis geführt. Er faßt die Leukaemie deshalb als eine gestörte Korrelation des Verhältnisses Milz-Knochenmark auf, welche beide in ihren normalen Beziehungen ein normales Blutbild garantieren. Einseitige Schädigung führt zu entsprechender Hyperblasie der korrelativen Elemente.

Herr Treupel-Frankfurt a. M.: Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Perkussion des Herzens.

T. hat in 150 Fällen das Herz mit den üblichen Perkussionsmethoden perkutiert und sie durch den Radiographen kontrolliert. Er ist zu den Resultaten gekommen, die er in folgenden Schlußsätzen zusammenfaßt:

1. Die „akustische Wirkungssphäre" des Perkussionsstoßes ist viel größer, als man seither mit Weil angenommen hat. Insbesondere geht die Erschütterung auch des schwächsten Perkussionsstoßes weit genug in die Tiefe, um an der Peripherie der von Lunge bedeckten Teile des Herzens und der Gefäße wahrnehmbare Schalldifferenzen zu erzeugen.

2. Da die Bestimmung der Reizschwelle ein relativ zuverlässiges Hilfsmittel der Schallstärkenmessung ist (K. v. Vierordt), so erscheint die Perkussion als Schwellenwertsperkussion auch theoretisch wohl begründet und am zuverlässigsten.

3. Bezüglich der Herzperkussion ist es zweckmäßig, an der Unterscheidung in absolute und relative Herzdämpfung (Weil) festzuhalten.

4. In jedem einzelnen Falle ist die absolute Herzdämpfung (mit schwacher Perkussion) und in Form einer relativen Dämpfung die ganze Vorderfläche des Herzens möglichst genau zu bestimmen.

5. Hierzu eignen sich am besten die Goldscheidersche Schwellenwertsperkussion (SP), die mittelstarke Perkussion nach Moritz (MP) und die Ebsteinsche Tastperkussion (TP).

6. Mit diesen Methoden lassen sich die Grenzen des Herzens fast in jedem Falle so genau festlegen, daß man eine individuelle Herzfigur erhält und imstande ist, nach bestimmten Richtungen das Herz auszumessen.

7. Es empfiehlt sich für klinische Zwecke folgende Maße anzugeben: Mr, Ml und L, wobei Mr den größten Abstand des rechten Herzrandes von der Mittellinie, Ml den größten Abstand des linken Herzrandes von der Mittellinie, L die Entfernung Kavavorhofwinkel bis Herzspitze, in Zentimeter ausgedrückt, bedeuten.

---

während das Herz des ausgewachsenen Pferdes für gewöhnlich ein Gewicht von 3—4 kg nicht zu überschreiten pflegt. Erfahrungen am Sektionstisch bestätigen auch für den Menschen dieses aus dem Tierreich herangezogene Beispiel.

Praktisch ist daraus zu folgern, daß der des Steigens ungewohnte Tourist vorerst nur in vorsichtigster Weise und abwechselnd mit ständigen Ruhepausen an die Berge herangehen soll. Besonders im Winter, wo die Glätte das Gehen ungemein erschwert, rufen schon Ueberwindungen auch geringer Höhendifferenzen Ermattungszustände hervor, wie man sie kaum vorher erwartet haben dürfte. Es empfiehlt sich daher, Bergsteigern die goldene Regel auf den Weg mitzugeben, stets so zu marschieren, daß kein Atemzug mehr in der Minute gemacht wird, als beim Schreiten in der Ebene. Tritt dieser Fall aber ein, erhöht sich die Atemziffer, so bleibe man eben stehen und warte ab, bis das Warnungszeichen unseres Herzens, d. i. seine beschleunigte Gangart merklich durch das Klopfen des Spitzenstoßes, wieder abgeklungen ist. Bei Beachtung dieser Vorschrift dürfte übrigens der Tourist in keiner Weise zu kurz kommen, er wird im Gegenteil meist früher das Ziel erreichen, als die sogenannten Schnellläufer, und infolge größerer körperlicher Frische von dem Erreichten einen ungleich intensiveren Genuß haben, wie jene. (Schluß folgt.)



8. Unter Zugrundelegung der zulässigen Fehlerbreite von 1 cm stellt sich der Prozentsatz der richtig perkutierten Fälle für die drei Methoden:

		Mr	Ml	L
Goldscheider	SP:	97	95	94
Moritz	MP:	87	84	79
Ebstein	TP:	94	94	85

9. Die Maße lassen sich im einzelnen Falle zweckmäßig nach folgender Form zusammenschreiben: $\frac{\text{Mr} \mid \text{Ml}}{\text{L}}$ (Moritz-Dietlen).

Herr Goldscheider-Berlin: Bemerkungen zur Herzperkussion.

G. hält auf Grund erneuter Untersuchungen daran fest, daß gerade die leiseste Perkussion die Herzgrenze mit besonderer Sicherheit erkennen läßt, ohne bestreiten zu wollen, daß auch die laute Finger-Finger-Perkussion demjenigen, welcher sich besonders auf dieselbe eingeübt hat, große Sicherheit gewährt. Aber die Abgrenzung der Schallnuancen ist bei derselben weniger scharf. Der eben wahrnehmbare Schall bei leiser Lungenperkussion ist bereits der Ausdruck der Mitschwingung des vorhandenen Luftkubus in der Richtung des Perkussionsstoßes. Hierfür spricht folgende Erscheinung: man lasse den Rücken fest an eine Türe pressen und beklopfe nun die Brust; dann wird man schon bei ganz leiser Perkussion eine tiefe Resonanz wahrnehmen, welche das Zeichen des Mitschwingens der Tür ist. Unter Umständen, besonders bei Fettleibigkeit, empfiehlt sich eine Kombination der Schwellenwertsperkussion mit einer stärkeren. Für die Bestimmung der linken unteren Herzgrenze kann man mit Vorteil von dem Kunstgriff Gebrauch machen, daß man den Kranken sich in halbe linke Seitenlage legen läßt, wobei häufig der Spitzenstoß nach links hervortritt, und ihn dann allmählich in Rückenlage sich zurückdrehen läßt; man erhält, indem man das Wandern des Spitzenstoßes verfolgt, einen Anhalt für die Bestimmung der linken Herzgrenze. Um die Technik der Schwellenwertsperkussion zu verbessern, bedient sich G. in neuerer Zeit eines Glasstäbchens, welches an dem einen Ende mit einem Gummiüberzug versehen und entweder gerade oder leicht gekrümmt ist. Man setzt es mit dem Gummi-Ende entweder schräg auf die Haut und klopft mit dem Finger in einiger Entfernung vom aufgesetzten Ende auf das Stäbchen. Dasselbe ist nach Möglichkeit in den Interkostalräumen einzulegen und parallel der zu bestimmenden Grenze zu halten. Diese Stäbchen- oder Griffelperkussion bietet folgende Vorteile: Kleinste Perkussionsfläche, Abstufung der Schallstärke durch entfernteres Anschlagen mit dem Finger, Möglichkeit des Eindringens in enge Interkostalräume, Direktion des Schallstrahles. Infolge der kleinen Fläche erhält man selbst bei stärkerem Perkutieren einen verhältnismäßig leisen Schall. Je nach der Haltung des Griffels vermag man die Hauptrichtung des Schallstrahles zu verändern. Hieraus erwächst die Möglichkeit einer minutiösen Grenzkontrolle, indem man bei geradem und schiefem Perkutieren die Schallstärke vergleicht. Nähert man sich der Grenze des luftleeren Organs, so tritt bei schief gegen dasselbe gerichtetem Perkutieren Dämpfung ein, während die Perkussion in paralleler Richtung zur Grenze noch keine solche ergibt. Erst auf der Grenze erhält man in beiden Richtungen Dämpfung.

Die Griffelperkussion ist wie für das Herz so auch für die Abgrenzung anderer Organe, sowie für die Unterleibs- und Lungenperkussion anwendbar. Man kann mittels derselben die Lungenspitzen sehr präzis umgrenzen und die in der Praxis viel zu sehr vernachlässigte transversale Ausperkutierung der Interkostalräume, sowie der Axilla ausüben, auch eng umschriebene Dämpfungsbezirke in der Lunge feststellen. Beginnende Lungenspitzendämpfungen sind nicht selten oder vorwiegend lateralwärts und axillär gelegen. Häufig ergibt die Griffelperkussion dort, wo bei starker Perkussion nur ein höherer leicht tympanitischer Schall gefunden wird, bereits deutliche Dämpfung.

Die Schwellenwertsperkussion, namentlich in der Form der Griffelperkussion, ermöglicht es endlich, die inspiratorische Luftfüllung der Lunge festzustellen. Während bei starker Perkussion der Schall bei der Inspirition lediglich den Friedreichschen Schallwechsel zeigt (Höherwerden des Schalles, eventuell unter gleichzeitiger Verkürzung), schwillt bei sehr leiser Perkussion der Schall während der Inspiration merklich an.

Diskussion: Herr Ewald-Berlin gibt an, daß er schon 1875 die Methode angegeben habe, die Goldscheider vortrug. Er glaube, daß die verschiedenen Methoden, gut angewendet, zum Ziele führen. Als Plessimeter läßt sich am besten ein Radiergummi, der auch auf die hohe Kante gestellt wird, gut in die Interkostalräume hineinpassen.

Herr Moritz-Greifswald hat einen sehr empfindlichen Apparat konstruiert, der an dem Zucken einer Flamme schon die leisesten durch den Perkussionsstoß erregten Schwingungen anzeigt. Die Lunge läßt sich gut durch mit Luft geschlagene Gelatinemasse darstellen. So konnte er nachweisen, daß die leisesten Perkussionsstöße selbst auf weite Entfernungen hin deutliche Schwingungen erregen und ferner, daß die Qualität des Tones von der Dicke der perkutierten Masse abhängt.

Herr Plesch-Ofen-Pest rühmt an seiner Finger-Fingerkuppenperkussion, daß 1. die durch die Perkussion entdeckten Wellen senkrecht in den Organismus dringen, 2. nur eine der Größe der Fingerkuppe entsprechende Fläche perkutiert wird, 3. durch die sensible Empfindung in den Fingern das akustische Ergebnis auf das empfindlichste kontrolliert wird. Einerseits durch die kleine perkutierte Oberfläche, andererseits durch die gerade Richtung der Wellen wird bei dieser Perkussionsmethode die akustische Wirkungssphäre geändert. Im Gegensatze zur alten Methode, wo die Wellen in einer Linie erweckt werden und dementsprechend die akustische Wirkungssphäre der Form eines Halbovales entspricht, ist bei P.s Fingerhaltung, wo die Wellen aus einem Punkt nach der Tiefe und nach der Peripherie sich fortpflanzen, die akustische Wirkungssphäre sich nicht mit der perkussorischen deckt und in diesem Punkte irren Treupel, Goldscheider und Moritz bei ihren Ausführungen.

XXXVI. Kongreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

Referent: Dr. Max Litthauer.

IV. Sitzungstag.

(Fortsetzung.)

Hr. S. Jacobi-Berlin demonstriert seine neuesten, sehr vereinfachten Instrumente der Stereokystoskopie und Stereokystophotographie. Das Stereokystoskop gibt auf die einfachste Weise die Möglichkeit, binokulär in das Blaseninnere zu sehen, d. h. die Objekte im Blaseninnern ohne Mühe körperlich zu sehen im Gegensatz zu den flächenhaften Bildern, die man erhält, wenn man nur mit einem Auge kystoskopiert.

Die Lösung des Problems beruht auf der Beweglichkeit des einen Okulars mit den dazugehörigen beiden rechtwinkligen Prismen um die Achse des gleichseitigen optischen Apparates. Durch die Beweglichkeit des einen Okulars ist die Möglichkeit gegeben, die Okulare auf die Augenentfernung eines jeden Untersuchenden genau einzustellen. Beim Durchsehen durch das Stereokystoskop erblickt man zwei innere Gesichtsfelder und in jedem derselben ein flächenhaftes Bild von dem eingestellten Objekt. In dem Momente, wo die beiden Bildchen sich in der Augenentfernung des Untersuchenden zueinander befinden — d. h. wo sie auf entsprechende Stellen der beiden Netzhäute fallen — decken sie sich ganz, und wir sehen körperlich. Das Instrument kann auch als Demonstrationskystoskop dienen, indem Lehrer und Schüler gleichzeitig hindurchsehen. Das Stereokystoskop besitzt Irrigation, ist sehr handlich; es erfordert der Gebrauch desselben keine besondere Technik. Wenn man bei den Nitzeschen Kystoskopen zu einer scheinbar körperlichen Vorstellung gelangt, so ist es das Resultat vieler Mühe, während das Stereokystoskop gleich das erste Bild körperlich bringt.

Das neue Photographierstereokystoskop ermöglicht im Gegensatz zur ersten Methode des Autors die gleichzeitige Aufnahme der beiden Bilder. Die optische Kombination ist eine völlig neue; nur die Objektive sind getrennt, beiden gemeinsam ist eine große Mittellinse. Durch diese Optik entstehen größere und lichtstärkere Bildchen, die durch die Kreuzung sämtlicher Strahlen in der Mittellinse in gewünschter Anordnung auf die Platte fallen. Die Kassette ist so eingerichtet, daß man fünf Bilderpaare in Expositionspausen



von etwa acht Sekunden auf eine Platte bringen kann. Es gelangen stereoskopische Aufnahmen von Steinen, Blasentumoren, einer Blasenscheidenfistel, einer Divertikalblase und eines Vari der Blase zur Demonstration, dessen feinste Verzweigungen noch körperlich wahrgenommen werden. (Selbstbericht.)

Hr. Mühsam-Berlin: Als Palliativoperation bei erschwerter Urinentleerung, z. B. bei Prostatahypertrophie, steht die Sectio alta mit Anlegung einer Witzelschen Schrägfistel obenan. Wir machen dieselbe in den Fällen, welche wegen Alters oder aus allgemeinen anderen Gründen für die Radikaloperation nicht geeignet sind. Diese suprapubische Schrägfistel habe ich mit der von Goldmann vorgeschlagenen Cystopexi verbunden, indem ich bei einem 82jährigen, sehr dekrepiden Manne die Blase weit vorzog und die Nahtreihe dann noch zwischen den Recti festnähte. Die Fistel funktionierte gut, schloß sich dann binnen acht Wochen, gleichzeitig begann Patient spontan Urin zu lassen und ist somit von seiner Urinretention geheilt.

Hr. G. Glücksmann-Berlin: Endorectale und endosigmoideale Operationen.

Die Schleimhautpolypen des Mastdarmes und der Flexura sigmoides, einzeln oder multipel auftretend, stellen ein Krankheitsbild von weittragender Bedeutung dar. Denn einerseits können sie, oberflächlich exulcerierend, die Quelle hartnäckiger Blutungen sein, die in ihrer langen Dauer oft schwerste Inanitionszustände im Gefolge haben, andererseits bei ihnen stets die Gefahr der malignen Degeneration. Soweit diese Gebilde der Mastdarmampulle angehören, waren sie bereits früher der Diagnose durch Digitalexploration und damit der an dieser Stelle relativ einfachen chirurgischen Therapie zugängig. Anders stand dies um Gebilde derselben Art, welche in der Flexura sigmoides zur Ausbildung kamen. Diese entzogen sich vermöge ihrer Weichheit und geringen Größe jeglicher Palpationsmöglichkeit durch die Bauchdecken, während sie natürlich vom Anus aus ebensowenig erreichbar sind.

Vortragender berichtet über eine Serie solcher Polypenerkrankungen der untersten Darmabschnitte, welche er sämtlich rektoskopisch, bezw. sigmoskopisch diagnostiziert, und auf demselben Wege, also per via naturales, entfernt hat. Besonders wichtig war das in zwei Fällen, in denen die papillären, haselnuß-, bezw. kirschgroßen, gestielten Tumoren 19, bezw. 21 cm hoch gesessen haben. Das Instrumentarium, dessen sich Glücksmann bediente, bestand aus einem von ihm modifizierten Straußschen Sigmoskop, sowie aus einem Polypenschnürer, der sich von den in der Rhinologie gebräuchlichen nur durch seine Länge unterscheidet. Nach der Abschnürung wurde durch einen eigenen Pulverbläser ein kleiner Wundschorf erzeugt. Gelegentlich ist Tamponade vermittelst eines ebenfalls für diesen Zweck konstruierten Tamponators erforderlich. Die Instrumente sind bei G. Haertel, Berlin, Karlstr. 19, erhältlich. Mikroskopisch erwiesen sich die beiden aus der Flexura sigmoides stammenden Tumoren als reine tubulöse Adenome. Demgegenüber zeigten verschiedene von den auf gleichem Wege aus der Ampulla recti entfernten Polypen bereits atypischen Bau, z. B. ein von Herrn Privatdozenten Dr. Pick mikroskopisch untersuchter, dem Material des Herrn Dr. Schönstadt entstammender Polyp erwies sich als Adenocarcinom. In solchen Fällen ist natürlich nach Sphincterdehnung die möglichst radikale Entfernung des Geschwulstbodens indiziert, wie dies z. B. in dem eben zitierten Falle seitens des Dr. Schönstadt durch ausgiebige Kauterisation geschah. Entsprechendermaßen würde bei nachgewiesener Malignität eines aus der Flexura entfernten Polypen ebenfalls ein radikaler Eingriff, nach dem jetzigen Stande der Chirurgie die Laparotomie, anzuschließen sein. (Selbstbericht.)

Hr. H. Stettiner-Berlin stellt einen Knaben im Alter von 13 Monaten vor, der mit einer Atresia ani et communicatio recti cum parte prostatica urethrae (atresia ani urethralis) geboren war. Die Kommunikation des blind endigenden Rectums mit den Harnorganen kann an drei Stellen stattfinden, am seltensten am Blasenscheitel, am häufigsten am Blasengrunde und an der Pars prostatica urethrae. Zur operativen Beseitigung der ersteren wird sich der auch von Lotsch mit gutem Erfolge eingeschlagene Weg der Laparotomie, Trennung von Blase und Mastdarm und Durchführung des Darmendes nach dem Damme, am ehesten eignen. Für die tiefer gelegenen Kommunikationen am Blasengrunde und der Urethra empfiehlt Vortragender im Gegensatz von v. Esmarch ein zweizeitiges Vorgehen, nicht etwa in dem Sinne, daß die zweite Operation, wie das meist bisher geschehen, auf ein späteres Lebensalter verschoben wird, sondern möglichst bald der ersten folgen soll. So wurde in dem vorgestellten Falle die erste Operation (Anlegung einer Darmöffnung an normaler Stelle) am 2. Lebenstage, die zweite Operation (ebenfalls vom Damme aus Trennung der Urethra vom Rectum) nach vier Wochen ausgeführt. Bemerkenswert war, daß bei der zweiten Operation die Harnröhre an der Kommunikationsstelle völlig durchriß und über einem Nelatonkatheder genäht werden mußte. Es bildete sich zunächst eine perineale Urinfistel aus, die sich nach fünf Wochen wieder schloß. Die Harnröhre ist jetzt für ein Bougie Nr. 11 durchgängig. Urinentleerung normal. Mastdarmfunktion nahezu befriedigend. Bei der Nachbehandlung war die Darreichung von Ammenmilch und die sachgemäße Pflege in der Berliner Säuglingsklinik von großem Werte.

Ferner zeigt Vortragender ein Präparat von einem mit Peritonitis und hochsitzendem Darmverschlusse in die Berliner Säuglingsklinik gebrachten Acht-Monatskinde, das 72 Stunden nach der Geburt, 60 Stunden nach Anlegung eines Anus praeternaturalis starb. Der Dünndarm endete 75 cm unterhalb des Pylorus blind. Außerdem bestanden auch weiter unten mehrfache Verengerungen, teilweise auch Achsendrehungen des Dünndarms, während der ganze Dickdarm federkieldünn war. Vortragender hält die Peritonitis für eine sekundäre, die Verengerungen teilweise für Hemmungsbildungen. (Selbstbericht.)

Hr. Kausch demonstriert ein Präparat von Blindsack-Sanduhrmagen und Gastroenterostomie.

Der Magen besteht aus drei Säcken: der größte, kardiale, hat die Größe eines normalen Magens; der Blindsack ist etwa ein Drittel so groß, er geht von dem pylorischen Sacke aus, der wieder einem Drittel des vorigen entspricht. Zwischen dem kardialen und pylorischen Sacke befindet sich ein großes, offenes Geschwür, in das Pankreas greifend. Die Kommunikationen zwischen den Säcken sind weit, der Pylorus liegt an der hinteren Wand, dicht neben dem Geschwürrande, stellt einen schmalen Schlitz dar und ist abgeknickt.

Die Gastroenterostomie wurde am tiefsten Punkt des Blindsackes in folgender Weise ausgeführt: Die senkrecht von oben nach unten herabsteigende oberste Dünndarmschlinge wurde quer, mit ihrer halben Circumferenz angenäht, so daß der Magen an der Darmschlinge aufgehängt war; die Gastroenterostomie wurde mittels Naht angelegt. Der ursprüngliche Querschlitz hat sich in ein weit klaffendes Dreieck verwandelt, an dessen Spitze der Darm sich soweit verengt hat, daß gerade eine Kornzange Platz hat. Die Fistel funktioniert also geradezu ideal.

Bei der höchst elenden, anaemischen Patientin, die eben eine schwere Magenblutung überstanden, brach am dritten Tage nach der Operation ein Inanitionsdelirium mit Nahrungsverweigerung aus, dem Patientin am vierten Tage erlag. Es dürfte sich empfehlen, in solchen Fällen der Gastroenterostomie sogleich die Gastrostomie mit Einlegung des Schlauches in den abführenden Darmschenkel hinzuzufügen. (Selbstbericht.)

Hr. Krause-Berlin: Zur Kenntnis der Rückenmarkslähmungen.

K. spricht nicht von den Fällen, bei denen es sich um Tumoren oder Knochenmarkerkrankungen handelt, vielmehr von einer von ihm nicht genügend beachteten Erkrankung, die doch nicht selten zu sein scheint, denn bei 20 Kanaleröffnungen hat er sie achtmal angetroffen. Stets war bei den Patienten von erster neurologischer Seite aus, auch von K., die Diagnose auf Tumor gestellt worden auf Grund einer Brown-Sequardschen Lähmung; stets zeigte die Operation, daß davon nicht die Rede war. Vielmehr fand sich stets eine sehr starke Arachnoidalspannung. Er berichtet über seine operierten Fälle und kommt an der Hand dieses Materials zu dem Schluß, daß die Henlesche Ansicht, die Arachnoidea stelle keinen Doppelsack, sondern ein Bindegewebe sehr hydropischen Charakters dar, zu Recht bestehe. In allen Fällen handelte es sich um eine Meningitis spinalis serosa durch Erkrankung des Knochens, oder Lues, oder alte, eitrige Prozesse. Die Lumbalpunktion erreicht in diesen Fällen nichts. Es gibt bisher kein diagnostisches Merkmal,



um diese Affektion von den Tumoren zu unterscheiden. Deshalb ist nur die Laminektomie am Platz, der dann die Eröffnung der Dura folgen muß.

Hr. Jenkel-Göttingen bespricht einen Fall, der klinisch den Eindruck einer Querschnittläsion macht. Patient fiel auf das Genick, zeigte sofort Lähmungen aller Extremitäten bei Erhaltung des Bewußtseins, Sensibilitätsstörungen, Temperatur bis 42°, fast minus Diaphragmaatmen, starke Schweiße, Priapismus. Die Wirbelsäule schien nicht verletzt. Elf Tage später Exitus. Die Sektion ergab mikroskopisch eine Zerreißung der Hinterhörner. In die Zerreißungsspalten war die weiße Substanz gedrängt worden; es fanden sich minimale Blutungen. Als Aetiologie nimmt J. die größere Beweglichkeit der Halswirbelsäule an, die Distorsionen ohne Frakturen oder Luxationen gestattet. Keinesfalls handelt es sich bei diesem so seltenen Befund der Heterotopie um postmortale Artefacte.

Hr. Hoffmann-Graz machte die Pharyngotomia suprahyodea transversa als Voroperation zur Entfernung eines Sarkoms der Schädelbasis. Die Uebersicht über den ganzen Epypharynx war überraschend gut, die Blutung minimal, die Narkose wurde durch ein Drain geleitet, das durch die Wunde in den Kehlkopf eingeführt wurde. Der Tumor wurde ausgelöst, Naht, reaktionsloser Verlauf. Der Einwand der Aspirationsgefahr gegen die Operation wird von H. als belanglos zurückgewiesen.

Hr. P. Reichel-Chemnitz: Demonstration eines seltenen Falles von Aneurysma der Arteria femoralis.

Vortragender demonstriert das durch Totalexstirpation gewonnene Präparat eines traumatisch durch fünf Jahre zuvor entstandenen Aneurysma der Schenkelarterie, das durch seine außergewöhnliche Form eine Seltenheit, wenn nicht ein Unikum darstellt. Das Aneurysma bestand aus zwei völlig voneinander getrennten, eiförmigen, je faustgroßen, mit Blut und Gerinseln gefüllten Bindegewebssäcken, welche von ihren oberen Polen je durch einen kurzen, fingerdicken Stiel mit der gleichen Stelle der Arteria femoralis kommunizierten, die ihrerseits sonst unverändert zwischen beiden Säcken hinabzog. Zustande gekommen war diese eigentümliche Form durch den Sitz der Stichverletzung des Gefäßes genau an seiner Durchtrittsstelle durch den Adduktorenschlitz. Durch den Blutaustritt hatten sich zu beiden Seiten des Adduktor magnus Haematome gebildet, die sich dann zu je einem Aneurysmasack umwandelten, der eine zwischen Adduktor und Sartorius, der andere zwischen Adduktor und Semimembranosus. Patient wurde durch die Operation geheilt und vollständig arbeitsfähig.

(Selbstbericht.)

(Fortsetzung folgt.)

Sitzungsberichte.

Österreich.

K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Eigener Bericht.

Sitzung vom 22. Februar 1907.

v. Picquet hält einen Vortrag: Eine Theorie des Blatternexanthems. Er baut seine Theorie auf die Beobachtungen auf, welche er anläßlich seiner Studien über Vaccineimmunität und namentlich über die Frühreaktion schon geimpfter Individuen gemacht hat. Indem er die Reaktion der Antikörper mit verschiedenen klinischen Erscheinungen der Variola in Parallele stellt, gelangt er z. B. dazu, das Exanthem nicht als ein toxisches Symptom, vielmehr als eine Antigenmanifestation aufzufassen. So erklärt sich auch die kräftigere Reaktion stärkerer Individuen.

R. Kraus kann sich den Ausführungen v. Picquets deshalb nicht anschließen, weil bei Variola nirgends Präzipitine nachweisbar sind.

Escherich erkennt der Theorie Picquets ein heuristisches Interesse zu, ebenso Knöpfelmacher.

Sitzung vom 1. März 1907.

Goldreich demonstriert einen Fall von multipler Knochentuberkulose an einem einige Wochen alten Säugling.

Rie zeigte ein Kind mit congenitaler halbseitiger Gesichtsatrophie.

S. Weiß stellte ein Kind mit Hirschsprungscher Krankheit vor (angeborene Colondilatation); es besteht die für solche Fälle charakteristische hochgradige Obstipation.

v. Frisch demonstriert ein 15jähriges Mädchen mit congenitaler Skoliose; die Deformität beruht auf der Anwesenheit eines keilförmigen überzähligen Lendenwirbels.

Bakes stellte einen operativ geheilten Fall von Choledochuscyste vor; die seltene Anomalie entsteht wahrscheinlich durch abnorme Zellenbildungen im Ductus choledochus.

Iehle besprach die günstigen Erfolge der Pyocanose bei Meningitis cerebrospinalis. Escherich bestätigte diese Erfolge und empfahl die prophylaktische Anwendung der Pyocanose bei den prodromalen Katarrhen der Nase.

Redlich hielt einen Vortrag über Epilepsie und Linkshändigkeit. Er beobachtete, daß unter den Epileptischen auffallend viel Linkshänder vorkamen. Die Linkshändigkeit beruht nach der Auffassung R.s auf der Minderwertigkeit der linksseitigen Hemisphäre, wodurch für diese wiederum die Prädisposition für eine Reihe von Erkrankungen, darunter auch Epilepsie, gegeben ist. Pauli und Hirschl bestreiten diese Theorie.

L. Freund zeigte eine von ihm konstruierte neuartige Bogenlampe zur Finsenbehandlung.

Sitzung vom 5. März 1907.

Haim stellte einen Fall von Pseudohermaphroditismus masculinum est (penisähnliche Clitoris, Hoden im rechten Labium) und einen Mann mit Oberkiefersarkom und M. Basedowii vor, die Symptome des letzteren sind nach der Exstirpation der malignen Geschwulst fast ganz verschwunden.

Hochsinger demonstrierte einen vierwöchigen Säugling mit luetischer Pseudoparalyse und Epiphysenlösung.

Lang führt zwei Fälle von Röntgenschädigung vor, bei welchen es zu Gangrän der bestrahlten Partien gekommen ist. Nach Thierscher Plastik ist in beiden Fällen Heilung erfolgt.

Schnitzler zeigt einen Fall von Epiploitis nach Hernienoperation.

Eiselsberg stellte zwei Männer vor, bei denen er hochsitzende Oesophagusdivertikel operativ mit Erfolg beseitigt hat.

Fein berichtet über einen Fall von Extraktion eines Reißnagels aus dem Kehlkopf mittels Schlingenschnürers.

Hochenegg zeigt das Präparat eines Mastdarmcarcinoms, das er zwei Wochen nach der durch sectio caesarea vorgenommenen Entleerung auf sterilem Wege exstirpiert hat. W. H.

Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkunde in Wien.

Eigener Bericht.

Sitzung am 7. März 1907.

Salomon stellt eine Frau mit funktionellem Sanduhrmagen vor. Ferner zeigt er ein Kind mit constitutioneller Fettleibigkeit. Es ist fünf Jahre alt und wiegt 40 kg. Drei Viertel des Gewichtes sind auf Fett zu rechnen. Die Ursache der Fettleibigkeit läßt sich nicht eruieren, der Sauerstoffverbrauch ist etwas herabgesetzt.

Dann zeigt Salomon einen Mann mit hysterischer Contraktur der rechten Hand und der Finger derselben. Fuchs, der den Pat. ebenfalls untersucht hat, hält das Leiden für ein organisches, da alle Zeichen für Hysterie fehlen.

L. v. Schrötter demonstriert das anatomische Präparat, welches von der Obduktion des Falles mit auffallender Vergrößerung und Tumorbildung des Schädels stammt, den er am 8. November 1906 vorgestellt hat. Die Obduktion ergab ein Fibrosarkom der Schädelknochen.

Schwarz zeigt eine Röntgenaufnahme eines Falles von Lungengangrän.

Wiesel hält einen Vortrag „Renale Herzhypertrophie und chromaffives System". Vortr. hat zweiundzwanzig Fälle von chronischer Nephritis und einige Fälle von akuter Nephritis



untersucht. Bei den ersteren fand sich unabhängig von der Form der Nephritis eine typische Veränderung des chromaffiven Gewebes, die Markssubstanz der Nebennieren verbreitert, ohne daß die Rinde verschmälert war. Bei der akuten Nephritis waren diese Veränderungen nicht zu finden, dagegen finden sie sich bei einer Herzhypertrophie ohne Nephritis. Weiter fand Wiesel, daß die Arteriitis der Nephritiker einen degenerativen Prozeß darstellt, der in der Media beginnt, auf die Intima übergreift und zu sklerotischen Veränderungen führt.

Literarische Monatsschau.

Gynäkologie.

(Schluß.)

Die Entstehung der Haematocelen membran, d. h. die Ursache für die Tatsache, daß das bei Extrauteringravidität in den Douglas ergossene Blut nicht resorbiert wird und daß es bisher noch nie gelungen ist, eine Haematocele experimentell zu erzeugen, erklärt Männel auf Grund von histologischen Untersuchungen von achtundvierzig Fällen von solitären Haematocelen in folgender Weise: Das in der Tubenwand eingelagerte und wachsende Ei hat ein Gefäß arrodiert, und der Bluterguß erfolgt zuerst intramural zwischen und in deren aufgelockerte Gewebsschichten hinein. Ist die Blutung nicht übermäßig abundant und erfolgt sie langsam, so gehen von seiten der Tubenwand abkapselnde Prozesse vor sich, indem aufgelockerte Gewebsfetzen vollends von ihrer Unterlage abgesprengt werden und sich gleichsam auf dem Coagulum niederschlagen. Diese tote Hülle wird aber bald durchsetzt von lebendigen Lymphocyten und Fibroblasten, die auch in die Grenzschicht des Blutergusses eindringen und sich zu Bindegewebszellen neu bilden. Wird der Tumor in diesem Zustande durch die am wenigsten widerstandsfähige Stelle der Tube ausgestoßen, so ist er schon von einer zusammenhängenden Schicht aus organisiertem Gewebe überzogen und diese, nicht mehr das reine Blut, kommt also unmittelbar in Kontakt mit dem Peritoneum. Dadurch wird eine schnelle Resorption hintangehalten, vielmehr entstehen rasch Verklebungen und Verwachsungen mit den angrenzenden Serosaflächen, vor allem mit den Fimbrien, dann mit der Hinterwand des Uterus, Ligamentum latum, Beckenwand, Netz und Dickdarm. Von hier aus geht die weitere bindegewebige Ausbildung der Haematocelenmembran vor sich.

Einen bemerkenswerten Fall von Eklampsie beschreibt Engelmann: Die Ipara machte vor der Geburt und kurz nach derselben zirka dreißig bis vierzig eklamptische Anfälle durch. Nach Venaesektion und Kochsalzinfusion hörten die Anfälle für vierundeinhalb Tag vollständig auf. Dann setzen sie wieder sehr heftig und in enormer Anzahl ein — 155 in achtundzwanzig Stunden — bei einem Puls von 180—200. Nach einer weiteren Venaesektion und intravenösen Infusion an der fast Moribunden sistieren die Anfälle vollkommen. Es schließt sich eine puerperale Psychose und eine leichte Pneumonie an, der im Laufe der dritten Woche post partum völlige Genesung folgt. E. betont ebenso wie jüngst Bumm die große Bedeutung einer unermüdlichen und zielbewußten Therapie, namentlich der systematischen Blutentziehung und reichlichsten Zufuhr von Flüssigkeit. Die Schwitztherapie verwirft er vollständig. In diagnostischer Hinsicht weist er an der Hand des vorliegenden Falles nach, einen wie feinen Indikator für den jeweiligen Funktionszustand der Nieren regelmäßig durchgeführte kryoskopische Untersuchungen des Urins abgeben.

Die außerordentlich seltene Komplikation von Schwangerschaft mit Ovarialcarcinom hat Zickel beobachtet. Bei der erst einundzwanzigjährigen Patientin, die im achten Schwangerschaftsmonat wegen Urinbeschwerden in Behandlung kam, fand sich ein den Uterus emporrdrängender, im Douglas eingekeilter za. knabenkopfgroßer Ovarialtumor von teils cystischer, teils solider Konsistenz. Bei dem Versuch, denselben in tiefer Narkose zu reponieren, platzt der Tumor; die sofort angeschlossene Laparotomie ergibt ein stielgedrehtes Cystadenocarcinom des rechten Ovariums. Exstirpation des Tumors, glatte Rekonvalescenz. Acht Tage post operationem Spontangeburt eines lebenden Knaben, der am folgenden Tage unter den Erscheinungen einer typischen Melaena zu Grunde geht. Drei Wochen später Entlassung. Nach kaum drei Monaten Exitus an disseminierter Carcinose.

Im Anschlusse an die jüngst referierte Veröffentlichung von Born berichtet Keilmann über zwei weitere Fälle von Gravidität nach Küstnerscher Inversionsoperation. Beide Entbindungen gingen spontan von statten, in beiden Fällen kam es zu Störungen in der Nachgeburtsperiode, die jedoch K. als zufällig und nicht im Zusammenhang mit der vorausgegangenen Operation stehend betrachtet.

Die Ursache für die als lästigste Folgeerscheinung der lumbalen Anaesthesie beobachteten heftigen Kopfschmerzen sieht Offergeld auf Grund von Tierexperimenten in der durch die Injektion veranlaßten akuten Drucksteigerung in der Endolymphe des Gehirns, die zu einer Reizung der sensiblen Fasern der Dura führt. Demgemäß ist von einer medikamentösen Behandlung wenig zu erwarten. Wichtig ist im wesentlichen die Prophylaxe: vor der Injektion genügend Liquor cerebrospinalis abfließen lassen und keine zu großen Flüssigkeitsmengen injizieren. Treten dennoch Kopfschmerzen auf, so kommt die druckentlastende Lumbalpunktion in Betracht, die dem Verfasser in zweiundzwanzig Fällen nie versagte.

Für die Behandlung der Melaena neonatorum empfiehlt Schubert aus der Breslauer Frauenklinik die Anwendung von Gelatine-Injektionen. In zwei Fällen von echter Melaena ist es gelungen, die Kinder mittels dieser Therapie zu retten. Sch. injiziert je 10 ccm einer 2%igen Gelatinelösung in beide Rückenhälften und wiederholt diese Injektion eventuell mehrmals.

Einen einwandsfreien Fall von intra-uterinem Kindesschrei glaubt Blumm beobachtet zu haben. Das Schreien erfolgte, als B. begann, das in Steißlage befindliche Kind zu extrahieren, wiederholte sich während des Herabziehens des Beines noch fünf- bis sechsmal und wurde von allen Anwesenden deutlich gehört. B. erklärt das seltene Phänomen in der Weise, daß dem Kinde Luft zur Lungenatmung und zum Schreien zur Verfügung stand, weil nach völligem Abfließen des Fruchtwassers dadurch, daß der ziemlich hochstehende Steiß den verstrichenen Muttermund des erschlafften Uterus nicht tamponierte, dieser letztere infolge der Erschlaffung Luft angesogen hatte.

Periodische Literatur.

Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 12. 1907.

1. Hofmeyer, Würzburg: **Ueber Placentarlösung.**

Oberster Grundsatz für das Verhalten in der Nachgeburtsperiode soll sein, unter sorgfältiger Beobachtung absolut zuwartend zu behandeln. Meist spielt sich die physiologische Lösung innerhalb der ersten halben Stunde ab, dann bieten sich keine Schwierigkeiten. Die häufigste Störung entsteht dadurch, daß infolge von teilweiser Lösung der Placenta Blutungen eintreten, die eine Beschleunigung der Nachgeburtsperiode erfordern; meist führt hier die sachgemäß ausgeführte Expression nach Credé zum Ziel. Zur Entscheidung der Frage, wann man mit den Expressionsversuchen beginnen soll und wie lange man dieselben fortsetzen soll, ohne zu intrauterinen Eingriffen zu schreiten, ist die Menge des verloren gehenden Blutes von Wichtigkeit; um darüber sicherer urteilen zu können, empfiehlt es sich, der Entbundenen eine Schüssel gleich nach der Geburt unterzuschieben, in der man die gesamte Blutmenge auffängt. Ein Verlust von einem Liter ist niemals mehr als gleichgültiges Ereignis aufzufassen; wird die Menge nennenswert übertroffen, ist der intrauterine Eingriff indiziert. Vor der manuellen Placentarlösung ist noch einmal in Narkose ein energischer Expressionsversuch zu machen. Sorgfältige Desinfektion, namentlich auch der Genitalien der Entbundenen soll dem Eingriff vorangehen; die Verwendung sterilisierter Gummihandschuhe ist zu empfehlen, solche sollte der Geburtshelfer stets mit sich führen. Verf. hat bei 67 manuellen Placentarlösungen in seiner Klinik sieben Frauen verloren, aber in keinem der Todesfälle war der manuelle Eingriff als solcher an dem üblen Ausgang schuld. Vereinzelt kommen Fälle vor, wo es unmöglich ist, mit



der gewöhnlichen Technik, d. h. mit der schmalen Seite der Hand schälend zwischen Uterus und Placenta einzugehen und die Placenta zu trennen: meist ist es dann auch unmöglich, die Placenta so zu entfernen, daß eine glatte Fläche zurückbleibt; die Placenta ist nur in Stücken herauszuholen, worauf dann die Beurteilung, ob sie vollständig ist oder nicht, höchst schwierig und auch durch Zusammenfügen der Stücke nicht zu sichern sein kann. Das Urteil über Vollständigkeit oder Unvollständigkeit der entfernten Placenta kann auch gelegentlich bei glatter Lösung und scheinbar ganz normalem Ablauf der Placentaperiode recht schwierig sein. Aufmerksamste Untersuchung ist natürlich erforderlich, und bei augenscheinlichem Defekt ist das fehlende Stück sofort zu entfernen, auch wenn es im Moment nicht blutet, weil die Gefahr besteht, daß nachträglich in einem unbewachten Augenblick eine gefährliche Blutung einsetzen kann. Im Zweifelfalle wird man sich, wo es dauernd blutet, leicht zur intrauterinen Untersuchung entschließen; wo es nicht blutet, kann man, wenn gute Ueberwachung der Entbundenen gesichert ist, ruhig den Verlauf des Wochenbetts abwarten, um einzugreifen, sobald es sich als notwendig herausstellen sollte; wo eine dauernde Kontrolle nicht ist, gebietet es die Vorsicht, eine Austastung des Uterus vorzunehmen, um sich nicht nachträglich den schwersten Vorwürfen auszusetzen. Das Zurückbleiben von Chorionresten und selbst des ganzen Chorion ist im ganzen als ein ziemlich gleichgültiges Ereignis zu betrachten; die zurückgebliebenen Eihäute lockern sich unter dem Einfluß der puerperalen Prozesse von der Uteruswand und werden in den ersten Wochenbettstagen mit den Lochien ausgestoßen; durch reichliche Secalegaben kann man die Ausstoßung fördern und durch mehrfache Scheidenspülungen Stagnationen und Zersetzungen verhüten. Verf. verfuhr bei 6200 Geburten nach diesen Grundsätzen, 56 mal wurde ein teilweises oder vollständiges Zurückbleiben des Chorion beobachtet, bei dreizehn Fällen trat eine Temperatursteigerung im Wochenbett ein, aber nie wurde eine nennenswerte puerperale Erkrankung beobachtet. Wenn die physiologischen Lösungserscheinungen ausbleiben und auch keine Blutungen auftreten, ist theoretisch ein Grund zu einem größeren intrauterinen Eingriff nicht gegeben; für die Praxis empfiehlt es sich aber, nicht länger als drei bis vier Stunden mit der manuellen Lösung zu warten.

2. Venema und Grünberg, Nordhausen: **Ein Fall von Leberabsceß mit Typhusbazillen.**

In dem Eiter eines Leberabscesses, der sich im Anschluß an einen Typhus entwickelt hatte und durch Inzision entleert wurde, fanden Verff. Bazillen, die sich nach den Ergebnissen der Kultur, der Agglutination, des Tierversuchs als Reinkultur von Typhusbazillen erwiesen. Bakteriologisch sichere typhöse Leberabscesse sind bisher erst in fünf Fällen beschrieben. Bezüglich ihrer Aetiologie kommen vier Entstehungsmöglichkeiten in Betracht: 1. infolge typhöser Ulcerationen der Gallenwege, 2. infolge einer eitrigen Pylephlebitis, die der Darmaffektion ihre Entstehung verdankt, 3. als Teilerscheinung einer allgemeinen Bakteriaemie, 4. infolge eines Traumas. Im vorliegenden Falle dürfte wahrscheinlich die Ursache in einer Pylephlebitis zu suchen sein. Die Therapie muß eine chirurgische sein; ihr Erfolg ist davon abhängig, ob man es mit einem oder wenigen isolierten Abscessen oder mit multiplen kleineren zu tun hat.

3. Blaschko, Berlin: **Die Spirochaete pallida und ihre Bedeutung für den syphilitischen Krankheitsprozeß.**

B. kritisiert zunächst die wesentlichsten der gegen die Bedeutung der Silberspirochaeten erhobenen Einwände und berichtet dann über seine Untersuchungen, die sich auf exzidierte Primäraffekte, also frisches, dem lebenden Körper warm entnommenes Gewebe, also ein Material, bei dem von Maceration keine Rede sein kann, beziehen. Bei den ersten untersuchten Primäraffekten fand er in den ersten Schnitten Myriaden von Spirochaeten im Gewebe, vor allem im Bindegewebe, in den Gewebslücken, in den Wandungen und im Lumen der Blut- und Lymphgefäße; umsomehr war er überrascht, als er bei der Untersuchung neuer Primäraffekte gar keine Spirochaeten entdecken konnte oder nur vereinzelte Exemplare in dem einen oder andern Lymphgefäß. Bei weiteren Untersuchungen stellte sich heraus, daß in denselben Primäraffekten, wo an der einen Stelle nur die Lymphgefäße Spirochaeten enthielten, an der andern Stelle das ganze Gewebe von Myriaden durchsetzt war, und weiter, daß diese Lymphgefäße immer ihren Ursprung aus dem Hauptspirochaetenherd nahmen. Danach ist der Verteilungsmodus der Spirochaeten im Primäraffekt folgendermaßen zu deuten. Im Gegensatz zum Ulcus molle, stellt beim Primäraffekt der Defekt (das Ulcus oder die Errosion) nur einen Teil, und zwar den zentralen Teil des Affektes dar, während die Erkrankung selbst viel weiter in das Nachbargewebe übergreift, eine Tatsache, die klinisch durch die harte Infiltration der Umgebung sich kund tut und mikroskopisch durch das Uebergreifen der Infiltrationsherde weit über den Bereich der Ulceration hinaus. In der Regel ist nicht der ganze Primäraffekt mit Spirochaeten durchsetzt, auch nicht der zentrale, dem Defekt entsprechende Teil, vielmehr findet sich gewöhnlich im Primäraffekt nur ein größerer oder kleinerer Herd, der ganz mit Spirochaeten erfüllt ist. Nur wenn die Schnittrichtung durch diese Herde geht, findet man zahlreiche Spirochaeten, bei anderer Schnittrichtung lassen sich solche nicht nachweisen. Aus der Tatsache, daß die Ansammlung von Spirochaeten oft nur einen kleinen Teil des Primäraffekts ausmacht, dieselben pathologischen Veränderungen wie an diesem Hauptherd sich aber auch in den übrigen spirochaetenfreien Teilen des Primäraffekts finden, kann man schließen, daß die Spirochaeten eine stark toxische Substanz erzeugen, die bis auf eine ziemlich große Distanz hin wirkt und von Seiten des Körpergewebes eine Gegenaktion auslöst. Das regelmäßig wiederkehrende Bild — an der einen Stelle massenhaft Spirochaeten, in andern Partien der Gewebe spirochaetenfrei oder nur ein Lymphgefäß einige Spirochaeten führend, ist für die Frage der Verbreitungswege des Syphiliserregers von großer Bedeutung. Drei Transportarten für die Spirochaeten kommen in Frage: zunächst durch Eigenbewegung in der Richtung des geringsten Widerstandes, hauptsächlich in den Gewebslücken und Saftspalten; dazu tritt die Verbreitung durch die Lymphgefäße, die teils eine aktive, teils eine passive durch den Lymphstrom sein kann; schon im Laufe der ersten Inkubationsperiode kommen die Spirochaeten so in die nächstgelegene Lymphdrüse, wo sie wahrscheinlich eine Weile zurückgehalten werden; die dritte Verbreitungsart ist die auf dem Wege der Blutbahn; die Spirochaeten durchsetzen nicht nur die Gefäßwand, man findet sie auch frei im Lumen der Gefäße. Von den Gefäßwänden gelangen offenbar von Zeit zu Zeit vereinzelte Spirochaeten in die Blutbahn; diese Tatsache ist umso wichtiger, als sie zeigt, daß schon in der allerersten Zeit der Erkrankung, noch während des Bestehens des Primäraffektes, in die Blutbahn Spirochaeten gelangen können, und es fragt sich, ob man annehmen muß, daß eine Durchseuchung des Organismus mit den Syphiliserregern schon zu dieser frühen Zeit stattfindet; für die Frage der Exzision des Primäraffektes ist diese Frage von eminent praktischer Bedeutung.

4. Jakobsohn, Berlin: **Ueber eine Epidemie von Fleischvergiftung im Osten Berlins.**

In der Zeit vom neunten bis elften September 1906 erkrankten in einem engbegrenzten Teile des Ostens Berlins etwa neunzig Personen unter Erscheinungen, die auf akute Vergiftung oder schwere Infektion hinwiesen; die wesentlichsten Symptome waren unstillbares Erbrechen, profuse, wässerige Durchfälle, Schwindelanfälle, Magenkrämpfe, Kollapserscheinungen, Untertemperaturen oder Fieber. Ein Erwachsener und ein einundeinviertel Jahr altes Kind sind der Erkrankung erlegen. Es ließ sich ermitteln, daß sämtliche Erkrankungsfälle nach dem Genuß von Schabefleisch erfolgt waren, das von einem bestimmten Fleischermeister bezogen war. Allseitig war das Fleisch als unverdächtig und gut erachtet worden, und so erwies es sich auch bei der Besichtigung der konfiszierten Reste; weder in bezug auf Geruch, Farbe oder Konsistenz zeigte es irgendwie auffallendes. Der Fleischer hatte zwei Rindsvorderviertel von einem Großhändler anfangs der Woche gekauft und dem Fleisch irgend eine krankhafte Veränderung nicht angesehen; im Laufe der Woche war das Fleisch in Stücken verkauft und gesotten oder gebraten genossen worden; erst als Ende der Woche Fleisch in zerkleinertem Zustande abgegeben und roh genossen wurde, traten die Erkrankungen ein, und zwar prompt ungefähr acht Stunden nach Genuß des rohen Fleisches, selbst wenn es nur in geringen Mengen genossen war; leichtere Erkrankungen zeigten sich auch vereinzelt nach dem Genuß von gebratenem Schabefleisch — wahrscheinlich je nach dem Grade des Durch-



bratens. Die im Institut für Infektionskrankheiten ausgeführten Untersuchungen ergaben, daß in dem Fleisch der zur Gruppe der Bac. enteridis gehörige Bac. paratyphosus B vorhanden war. Dieser Bazillus wurde denn auch mehr oder weniger in Reinkultur in den Stühlen einiger erkrankter Personen nachgewiesen. Die Ermittlungen nach der Ansteckungsquelle haben zu einem endgültigen Ergebnis nicht geführt. Der Zustand des Arbeits- und Kühlraums der Fleischerei gab zu Beanstandungen keinen Anlaß. Trotzdem wurde an eine Verunreinigung des Fleisches in dem Geschäft gedacht, als die Untersuchung der Fäces des Fleischers diese als eine Reinkultur von Paratyphusbazillen erwies, ohne daß derselbe über eine Erkrankung etwas anzugeben wußte. In ihm glaubte man einen Bazillenträger sehen zu können, bis dann auch in den Stühlen des Dienstmädchens, das im Laufe der Woche einige Tage krank gewesen war, die Bazillen gefunden wurden, und bei beiden das Serum die Widalsche Reaktion gab. Damit war es ziemlich sicher gemacht, daß das Fleisch schon infiziert in das Geschäft gekommen war. Nachforschungen über den Verbleib der zugehörigen Hinterviertel blieben erfolglos; vereinzelte Fälle von „Wurstvergiftung", die um dieselbe Zeit da und dort in Berlin beobachtet wurden, dürften aber wohl damit in Zusammenhang gebracht werden.

5. Ehrlich, Frankfurt: **Chemotherapeutische Trypanosomen-Studien.** (Schluß aus Nr. 9, 10 und 11.)

Die Aufgabe der Chemotherapia specifica ist es, chemische Mittel zu suchen, die einerseits von bestimmten Parasiten aufgenommen werden und dieselben abzutöten imstande sind, die aber andererseits in den zur Abtötung nötigen Mengen von dem Organismus ohne zu großen Schaden vertragen werden Bezeichnet man Stoffe, die von Parasiten verankert werden, als bakteriotrope oder aetiotrope, die Verankerung vom Organismus insgemein als organotrop, so können solche spezifischen Arzneimittel nur dann ihren Zweck erfüllen, wenn die Aetiotropie stärker ist als die Organotropie. Für derartige Studien bieten eine sehr günstige Gelegenheit die tierpathogenen Trypanosomen, da diese auf kleinere Tiere sehr leicht zu übertragen sind und es dadurch leicht wird, die Versuche in beliebig großem Maßstabe durchzuführen. E. benutzte in erster Linie einen Stamm des Mal de Caderas. Hunderte von Stoffen wurden durchprobiert, bis schließlich in dem Trypanrot, einem Farbstoff aus der Benzopurpurinreihe, ein wirksames Mittel gefunden war. Der zu den Versuchen benutzte Trypanosomenstamm war so beschaffen, daß er Mäuse in vier bis fünf Tagen tötete und zwar ausnahmslos; injizierte man nun Mäusen vierundzwanzig Stunden nach der Infektion, zu einer Zeit, wo im Blute schon vereinzelte Trypanosomen nachweisbar waren, Trypanrot, so waren am nächsten Tage die Parasiten verschwunden und die Tiere blieben in der großen Mehrzahl definitiv geheilt; entzogen sich einzelne Keime der primären Vernichtung, so blieben die Tiere wochenlang trypanosomenfrei; aber dann tauchten plötzlich wieder Parasiten im Blute auf, vermehrten sich rasch und führten binnen wenigen Tagen den Tod des Tieres herbei. Das Trypanrot zeigte bei anderen Tierspezies, schon bei der Ratte, lange nicht den günstigen Erfolg wie bei Mäusen, und gegenüber einer anderen Parasitenart, dem Trypanosoma Brucei der Tsetse-Erkrankung blieb auch bei der Maus ein Heilresultat fast vollständig aus. Dagegen gelang es, durch eine kombinierte Behandlung von arseniger Säure und Trypanrot, von denen jedes für sich nur eine Lebensverlängerung, aber keine Heilung auslöste, ein volles Heilresultat zu erzielen. Zahlreiche Variationen des Trypanrots wurden untersucht, und das eine oder andere zeigte eine etwas kräftigere Wirkung als das Ausgangsmaterial; immer nahmen in den als wirkungsfähig befundenen Substanzen die im Naphthalin-Kern sitzenden Schwefelsäurereste die Position 3,6 ein. Auch blaue und violette Farbstoffe ähnlicher Konstitution sind gefunden worden, die zum Teil eine etwas bessere Wirkung ausüben, als das Trypanrot selbst.

Eine zweite als wirksam befundene Farbstoffgruppe sind die Triphenylmethanfarbstoffe; von diesen wurden zuerst von anderer Seite das Malachitgrün und Brillantgrün erprobt; hemmend steht aber ihrer Verwendung die starke Giftigkeit und intensiven entzündungserregenden Eigenschaften entgegen. Es zeigte sich nun, daß je einfacher die chemische Konstitution dieser Anilinfarbstoffe ist, desto geringer ihre entzündungserregende Wirkung. E. hat sich schließlich auf die Verwendung des reinen Parafuchsins beschränkt. Dieses zeigt eine intensive trypanfeindliche Wirkung sowohl nach Injektion als auch nach Verfütterung. Die enterale Zuführung dürfte für die Behandlung des Menschen in erster Linie in Betracht kommen; am rationellsten erscheint die Anwendung des ölsauren Salzes unter Verwendung eines Ueberschusses an Oelsäure; auf ein Teil Parafuchsinbasis würden zehn bis fünfzehn Teile Oelsäure zuzusetzen sein, und diese Mischung wäre nach der für die Bildung des ölsauren Salzes notwendige Erhitzung in Kapseln abzufüllen oder mit einem indifferenten Agens in Pillen überzuführen; 1 g der Fuchsinbasis, die gleichmäßig über den Tag verteilt wird, könnte als Anfangsdosis in Betracht gezogen werden. Die Fuchsinmethode sollte als Kombinationsmittel dienen, um die Wirkung des Atoxyls oder anderer geeigneter Stoffe zu erhöhen.

Die dritte Gruppe wirksamer Stoffe ist die des Atoxyls, das sich bei Bekämpfung der Schlafkrankheit bisher als das erfolgreichste Mittel erwiesen hat; alle Untersucher bestätigen, daß es gelingt, mit Hilfe geeigneter Atoxyldosen auch bei schweren Fällen eine ganz wunderbare Besserung des Befindens herbeizuführen. Sicher scheint es, daß in einem Teil der Fälle die systematische und konsequente Behandlung einen definitiven Heilerfolg bringt; aber bei dem langen Verlauf der Krankheit dürfte erst nach langen Zeiten ein definitives Urteil abzugeben sein. Bei dem von ihm benutzten Stamm hat K. keine erheblichen Resultate erzielt mit dem Atoxyl; seine Mäuse vertragen aber größere Dosen des Mittels, wie sie z. T. von anderen Forschern benutzt worden sind, durchgängig nicht. Es scheint, daß Verschiedenheiten der Empfindlichkeiten gegenüber dem Atoxyl bestehen, daß die einzelnen Individuen einen ganz bestimmten individuellen Gifttitre haben. Bessere Resultate konnte er mit Derivaten des Atoxyls, z. B. der Acetylparamidophenylarsinsäure, die für Mäuse weniger toxisch ist, erzielen. Die einzige Schädigung der hiermit behandelten Tiere besteht darin, daß sie zu Tanzmäusen werden. Erfolgt die Injektion am ersten Tage nach der Infektion mit einem hochvirulenten Naganastamm, so werden die Tiere größtenteils geheilt; auch noch am zweiten Tage, zu einer Zeit, wo das Blut schon von Millionen von Parasiten durchsetzt ist, und wo die Tiere ohne Behandlung ausnahmslos in sechzehn bis achtzehn Stunden der Infektion erliegen würden, können noch Erfolge erzielt werden.

Ein interessantes und wichtiges Phänomen ergab sich aus der Beobachtung, daß bei Mäusen, bei denen eine vollkommene Sterilisation nicht geglückt war, sondern Rezidive auftraten, diese erst nach zwanzig, dreißig und mehr Tagen zu konstatieren waren; wurden nämlich bei Mäusen, die durch Trypanrot trypanosomenfrei gemacht waren, im Anschluß hieran Reinfektionen versucht, so hatten diese zunächst keine Folge, erst gegen den zwanzigsten bis zweiundzwanzigsten Tag traten Parasiten auf, die dann, falls nicht weiter behandelt wurde, rasch den Tod der Tiere herbeiführten. Es handelte sich hier also um eine Immunität, die nur vorübergehenden Charakter hatte. Diese Immunität war insofern spezifisch, als Infektionen mit anderen Trypanosomenstämmen bei derartig vorbehandelten Tieren ohne weiteres in vollkommen typischer Weise angingen. Die Endausgänge einer derartigen „Immunität non sterilisans" sind zweierlei Art: 1. Es entstehen schließlich Modifikationen der Parasiten, die infolge der Beeinflussung durch die Immunstoffe ihrer schädigenden Wirkung auf den Wirt beraubt werden; dann sind anscheinend gesunde Individuen ständige Träger der Parasiten und damit Verbreiter der Krankheit. 2. Es existiert eine lange mehrmonatliche Pause von anscheinender Gesundheit; beim Nachlassen der Immunität erfolgt dann das Auskeimen residueller Keime und Neuerkrankung. Bei verschiedenen der Trypanosomenkrankheiten sind entsprechende Beobachtungen gemacht worden; namentlich beim Texasfieber ist eine solche Halbimmunität häufig; auch manche Erscheinungen bei der Bekämpfung der Schlafkrankheit sind in diesem Sinne zu deuten, weshalb das Urteil über definitive Heilung nach kurzen Fristen ein sehr reserviertes sein muß.

Zu interessanten Ergebnissen führte das Studium der Biologie der Trypanosomen und zwar speziell der „therapeutischen Biologie". Werden Naganatrypanosomen durch Fuchsinverfütterung aus dem Blute zum Verschwinden gebracht, so erschienen sie nach einigen



Wochen wieder und konnten dann durch eine neue Fuchsinverfütterung abermals beseitigt werden; aber der Turnus ließ sich nicht beliebig lange fortsetzen; es kam schließlich ein Zeitpunkt, in dem die freien Intervalle immer kürzer wurden, bis zuletzt der Erfolg der Fütterung ganz ausblieb. Es ließ sich nun zeigen, daß nicht der Organismus der Mäuse durch die lange Fuchsinfütterung die Fähigkeit gewonnen hatte, dasselbe in irgend einer Weise zu zerstören, sondern daß unter dem Einfluß der lang andauernden Fuchsinbehandlung eine Aenderung der Parasiten sich eingestellt hatte, daß ein fuchsinfester Stamm entstanden war. Nach demselben Prinzip gelang es durch Fütterung oder Injektion weitere feste Stämme zu erzielen: gegen Atoxyl, gegen Trypanrot, gegen Trypanblau, gleichzeitig gegen Atoxyl und Trypanblau. Wie mühevoll diese Arbeiten waren, erhellt daraus, daß z. B. jetzt der Parafuchsinstamm sich nach achtzehn Monaten in der 181., der Atoxylstamm nach fünfzehn Monaten in der 130. Generation befindet. Die einmal erworbene Festigkeit bleibt dem Stamm sehr lange erhalten, so hat ein Atoxylstamm noch nach der 103. Passage durch normale Tiere noch seine volle Festigkeit bewahrt. Es ist hiermit ein schöner experimenteller Beweis für die Vererbung erworbener Eigenschaften gegeben. Differenzen gegenüber den abtötenden Wirkungen der Trypanheilstoffe dürften auch originär bei den Trypanosomenstämmen vorhanden sein; die Resistenzvarietäten sind am einfachsten kurz mit debilis und tenax zu bezeichnen; ihre Kenntnis ist von großer Wichtigkeit, da sie die rätselhafte Tatsache, daß die Angaben über die Heilwirkungen der verschiedensten Agentien in den verschiedenen Laboratorien schwanken, erklärt. Um Verwirrung zu vermeiden, sollte deshalb in Zukunft jedem zur Arbeit benutzten Trypanosomenstamm ein genaues Charakteristikum, welches die Resistenz gegen die Haupttypen der Trypanociden-Stoffe zahlenmäßig festlegt, beigegeben werden. Derartige Differenzen dürften auch bei den natürlichen Erkrankungsformen vorkommen, und vielleicht weisen auch die Erreger der Schlafkrankheit in verschiedenen Regionen derartige Resistenzschwankungen auf.

Eine sehr wichtige Frage ist die, wie sich ein Stamm von künstlich erzielter bestimmter Festigkeit gegenüber den andern trypanfeindlichen Stoffen verhält; es zeigte sich, daß der atoxylfeste Stamm gegenüber anderen Mitteln keine Spur einer erhöhten Resistenz aufwies; die Atoxylfestigkeit war also spezifisch limitiert; dementsprechend wurde auch der Parafuchsinstamm aufs leichteste vom Atoxyl und Trypanrot abgetötet. Man muß sich wohl vorstellen, daß das Protoplasma der Trypanosomen ganz verschiedene Angriffspunkte hat, von denen jeder einzelne einem besonderen Typus eines Heilstoffes entspricht und zu ihm Verwandtschaft hat. Die genaue therapeutische Kenntnis der prinzipiell verschiedenen Angriffsorte eines Protozoons ist von großer praktischer Bedeutung. Bei schwer beeinflußbaren Formen der Parasiten ist eine Sterilisation des Körpers nur möglich durch therapeutische Gaben, die sich der gerade ertragenen Dosis außerordentlich nähern; in solchem Falle kommt man mit Kombinationen viel weiter; man muß aber nur Mittel kombinieren mit verschiedenen Angriffsstellen und mithin verschiedener Wirkungsaktion. Bei jedem einzelnen Typus von Heilstoffen soll man das Optimum suchen, und dann sollen diese Optima verschiedener Art kombiniert werden. Trypanrot und Trypanblau zu kombinieren, ist zwecklos, beide haben gleiche Angriffsstellen; je nach Art der Infektion wird man Blau allein oder Rot allein geben, nicht aber die Mischung beider; dagegen läßt sich Atoxyl mit Trypanblau, Atoxyl mit Fuchsin kombinieren; unter gewissen Bedingungen wird man alle drei Komponenten gleichzeitig oder kurz hintereinander in Aktion setzen können. Im Interesse des Patienten und der Therapie erscheint es jedenfalls von größter Wichtigkeit, daß man unter allen Umständen den Versuch macht, innerhalb kürzester Zeit, vielleicht in einer Woche, den Krankheitsprozeß ganz zu brechen, d. h. den Organismus zu sterilisieren. Daß es das einzig richtige ist, die Therapie in diese Bahnen zu lenken, dafür spricht auch der Nachweis der atoxylfesten Stämme, deren Existenznachweis zu erheblichen Bedenken Anlaß gibt. E. hält es nicht für unmöglich, daß bei der durch Monate und Jahre fortgesetzten Behandlung der Schlafkrankheit in den Fällen, in denen keine Heilung eintritt, der Mißerfolg der Therapie auf die Ausbildung solcher festen Stämme zurückzuführen ist. Bei derartigen Patienten sollte man die Parasiten durch den Tierversuch auf ihre Resistenz gegen das betreffende Arsenikal untersuchen; sollte man so Atoxylfestigkeit finden, so wäre die absolute Indikation gegeben, von der reinen Atoxylbehandlung abzugehen und eine energische Kombinationsbehandlung mit einem der bekannten Trypanfarbstoffe einzuleiten.

6. Alexander, Berlin: **Neuere Erfahrungen über Hauttuberkulose.**

(Nicht abgeschlossen.)

Wiener klinische Wochenschrift. Nr. 10. 1907.

1. Bail, Prag: **Giftwirkung des Typhusbazillus.**

Mit Bakterienaggressivität bezeichnet B. eine bei der Infektion wirksame Bakterieneigenschaft, deren Bedeutung in der Ueberwindung der natürlichen, insbesondere zelligen Schutzkräfte des Organismus besteht. Unter Aggressine versteht er eine Körperflüssigkeit, die während der Infektion im Tiere sich bildet und dabei ihre aggressiven Eigenschaften annimmt. Toxische und aggressive Wirkung der Körperflüssigkeiten können unabhängig voneinander bestehen; denen aber stehen andere gegenüber, bei denen aggressive Exsudate unbedingt giftig sind. Ein Beispiel dafür gibt der Dysenteriebazillus, der von Kikuchi näher untersucht ist. Dabei hat sich ergeben, daß Kaninchen für das Studium der Aggressivität solcher Bazillen ungeeignete Tiere sind. Das von Kikuchi beim Dysenteriebazillus entdeckte Verhalten der Exsudate infizierter Tiere ist weiter verbreitet und kommt wahrscheinlich allen Halbparasiten zu. Der Typhusbazillus liefert nun mit großer Regelmäßigkeit beim Meerschweinchen Exsudate, die schon in relativ sehr kleinen Mengen (1 cm^3 und darunter) infektionsbefördernd wirken. Kleine Mengen bis 6 cm^3 wurden an sich von Meerschweinchen intraperitoneal selbst bei wiederholter Einspritzung schadlos vertragen. Erst bei 8 cm^3 treten deutliche Krankheitserscheinungen mit Abmagerung auf, doch ist bisher kein Tier an Typhusaggressin allein gestorben. Jedenfalls ist das Meerschweinchen ein für das Gift sehr widerstandsfähiges, für die Aggressinwirkung aber sehr zugängliches Tier. B. hat nun die Bildung und Wirkungsweise der Typhusaggressivität bei einem Tiere untersucht, das gegen Typhusinfektion sehr widerstandsfähig ist. Zur Verwendung gelangte ein Typhusstamm von zirka $^1/_{15}$ Oese Meerschweinchenpathogenität. Die Kaninchenimpfung erfolgte serienweise mit dem Exsudat von Tier zu Tier. Als auffälliges Resultat ergab sich, daß das Kaninchen, ein gegen den Typhusbazillus sehr widerstandsfähiges Tier, unter Umständen, besonders bei Verwendung von Serienimpfungen, ein Krankheitsbild aufweisen kann, das zum menschlichen Typhus zweifellose Analogien darbietet. Der Hauptsitz der Veränderungen ist der Darm, auch die Krankheitserscheinungen weisen darauf hin. Entzündungen der Schleimhaut, Injektion der Gefäße, Blutungen, Schwellungen des Drüsenapparates werden häufig beobachtet, seltener Vergrößerung der Plaques. Auch bei Injektion des klar zentrifugierten Exsudates kam es zu Krankheitserscheinungen von seiten des Darmes mit großer Regelmäßigkeit, eine Menge von 1,5 cm^3 reicht dazu aus. Der Sektionsbefund ähnelte dem bei Anwendung bazillenhaltigen Exsudates, erreichte aber nie deren starke Ausbildung, Blutungen waren sehr spärlich. Es werden also Darmveränderungen durch von den Bakterien ausgehende Gifte vorbereitet, in ihrer ganzen Schwere aber erst durch Ausbildung von Bazillen an den betreffenden Stellen veranlaßt. Bei Serienimpfungen sind daher die typischsten Darmveränderungen zu finden. Die auf ihre Giftwirkung geprüften Exsudate waren in der Mehrzahl auf das sorgfältigste zentrifugiert und dadurch bakterienarm gemacht, aber nicht durch Sterilisation keimfrei.

Nach intrapleuraler Injektion von Milzbrandbazillen, Staphylococcen und Friedländerschen Bazillen beobachtet man gelegentlich Darmveränderungen, selbst Schwellungen der Plaques, die niemals die Regelmäßigkeit und Schwere der Typhusbefunde erreichten. Es kann daher die Wirkung von Typhusbazillen und Kaninchenexsudat, besser die vereinte Wirkung beider, als sehr bezeichnend, wenn auch nicht als spezifisch angesehen werden. Die Beständigkeit der Giftwirkung des Exsudates ist nicht groß, geringe Er-



hitzung vermindert bedeutend ihre verderbliche Wirkung auf den Tierkörper, ganz aufgehoben scheint sie nicht zu sein. Meerschweinchen zeigen bei Mengen von Injektionen, welche Kaninchen stören, keinerlei Krankheitserscheinungen; hingegen tritt die aggressive Wirkung ausnahmslos so stark hervor, daß die relativ sehr wenigen im zentrifugierten Exsudat enthaltenen Bakterien erfolgreich infizieren können. Mäuse verhalten sich wie Meerschweinchen. Die Frage, ob sich auch sonst die eigentümliche Giftwirkung z. B. bei Kultur des Typhusbazillus auffinden lasse, konnte nicht einwandfrei beantwortet werden, da die Resultate der Untersuchungen äußerst schwankend waren. Der Versuch, das fragliche Gift in den Exsudaten typhusinfizierter Meerschweinchen nachzuweisen, wäre ebensowenig erfolgreich, da die Experimente inkonstant verliefen. Diese Versuche sprechen dafür, daß Aggressivität und Toxicität nicht identisch sind, sondern voneinander unabhängig; doch darf man dabei nicht vergessen, daß die Injektion bei Kaninchen eine intravenöse, bei Meerschweinchen eine intraperitonale war, was möglicherweise auch einen Unterschied in der Wirkung bedingt. Die schwersten und charakteristischen Organ- und Darmveränderungen, verbunden mit einer Verbreitung der Bazillen über den ganzen Körper trat beim Kaninchen dann ein, wenn Exsudat und Bazillen gleichzeitig injiziert wurden. Sichergestellt ist, daß Meerschweinchen durch Kaninchenexsudate nicht merkbar krank werden. Wenn aber auch für diese das Kaninchenexsudat ein Gift darstellt, das die Infektion erleichtert und Aggressivität vortäuscht, so müßte man vermuten, daß der Tod an Typhusinfektion bei diesen Tieren ein Gifttod sei. Die Wirkungen des Giftes müßten sich auffinden lassen und zwar besonders in Darmveränderungen. Und tatsächlich wurden auch bei Serienversuchen eine enorme Schwellung und vollständige blutige Destruktion von Plaques beobachtet. Die Frage, ob es sich um Toxin oder Endotoxin handelt, hat wenig Bedeutung in diesem Falle, da es sich um die Wirkung lebender Bakterien handelt. Der Gehalt der Exsudate an durch Immunserum fällbaren Bakteriensubstanzen ist gering, ebenso beim Meerschweinchenexsudat.

2. Pollak: **Zur Epidemiologie des Abdominaltyphus.**

Nicht allzuhäufig gelingt es, eine Typhusepidemie durch den Nachweis von Typhusbazillen am Ort der Infektion aetiologisch sicherzustellen. Oft muß der Herd und die Verbreitungsart der Infektion aus der genauen Zusammenstellung und Erwägung aller für das Auftreten einer Epidemie in Frage kommenden Momente geschlossen werden. So brach bei der ersten Kompagnie eines zu Uebungszwecken verlegten Pionierbataillons eine Epidemie aus. Schon früher waren bei dem Bataillon in der Garnison einige Typhusfälle aufgetreten. Während der Uebung trat ein an „Magenkatarrh" erkrankt gewesener Mann als genesen wieder bei der ersten Kompagnie ein. Diese benutzte einen getrennt von den anderen Kompagnien liegenden Abort für sich allein, der die Quelle der Infektion wurde.

Eine serodiagnostische Untersuchung des an „Magenkatarrh" erkrankt gewesenen Mannes hätte die Diagnose Typhus ergeben und die Epidemie wäre wohl verhindert. In einem zweiten Fall erkrankten viele Truppen eines bestimmten Korps im Manövergelände. Typhusepidemien herrschten in dem durchzogenen Gelände nicht; alle Vorsichtsmaßregeln waren getroffen, die Ursache blieb darum längere Zeit unklar, bis die Einwohner eines bestimmten Manövergebietes selbst epidemisch erkrankten. Der Verdacht fiel auf einen Brunnen. Tatsächlich ließ sich feststellen, daß alle Erkrankten daraus getrunken hatten. Interessant war dabei die ganz bestimmte Aussage eines Offiziers, der erklärte, er hätte nur ein einziges Mal während des Manövers aus einem Brunnen Wasser getrunken und gerade aus dem eben angeführten, er erkrankte und ebenso der Soldat, der das Wasser gebracht hatte und den Rest austrank. Die Anlage und die Oertlichkeit des Brunnens erschien auf den ersten Blick einwandfrei, erst eingehende Untersuchung haben die Möglichkeit einer Verunreinigung ergeben, es wurden ganz in der Nähe menschliche Fäces gefunden. Die bakteriologische Untersuchung des Wassers, die erst sehr viel später erfolgte, fiel allerdings negativ aus.

3. Gennonning, Wien: **Ueber die Tryptophanreaktion besonders im Stuhl und in Bakterienkulturen.**

Die Tryptophanreaktion beruht auf dem Auftreten einer rosabis rotvioletten Farbe nach Zusatz von frisch bereitetem Chloroder Bromwasser. Früher legte man ihr eine spezifische Bedeutung bei Magenerkrankungen bei, was aber nicht gerechtfertigt erscheint. Das Tryptophan wurde auch als Endprodukt verschiedener Bakterien gefunden, so bei Cholera asiatica, Typhus, Paratyphus, Diphtherie, Staphylococcus pyogenes aureus, Streptococcus pyogenes, Bacillus pyocyaneus, Bacillus prodigiosus, Heubacillus und anderen Bakterien. Die Reaktion fehlte dagegen bei Bakterium coli, Bacillus pneumoniae Friedländer, Bacillus acidi lactici usw. Die Tryptophanreaktion ist ein sehr zuverlässiges und praktisch leicht durchführbares, differentialdiagnostisches Mittel, um Typhusbazillen vom Bakterium coli zu unterscheiden, indem die ersteren schon am zweiten Tage eine schöne Reaktion geben, während bei letzteren das Tryptophan erst nach 15 Tagen in Spuren nachweisbar ist. G. fand bei Typhusbazillen in Nährböden mit fünf Prozent Pepton schon nach 24 Stunden eine schöne Reaktion, während sie bei Bakterium coli negativ ausfiel, erst nach zwei Wochen war sie angedeutet, nach einem Monat deutlich. Er schlägt weiter vor, zur Kultur etwas Essigsäure beizusetzen, da in saurer Lösung die Färbung klarer wird. Die Untersuchung im Stuhl wurde so angestellt, daß eine kleine Portion Stuhl mit der fünffachen Menge Wasser innig gemischt wurde, das Filtrat mit einigen Tropfen Essigsäure versetzt und dann tropfenweise Chlorwasser bis zum Eintreten der Reaktion hinzugegeben. Beim Ueberschuß von Chlorwasser tritt ein weißer Niederschlag ein. Da das Filtrat des Fäces eine starke Eigenfarbe besitzt, so empfiehlt sich die Extraktion des Tryptophan durch Chloroform. Eine Tabelle erläutert die gefundenen Resultate. Die starke Reaktion in den Stühlen Typhöser ist wohl dadurch zu erklären, daß die Typhusbazillen auch in den Stühlen aus dem Eiweiß Tryptophan bilden, die schwache Reaktion aber durch die Bakterienflore, die dann meist aus Bakterium coli und ähnlichen Gattungen besteht. Eine starke Reaktion spricht jedenfalls für einen Typhus.

4. Pappenheim, Prag: **Färbung der Zellen des Liquor cerebrospinalis mit und ohne Zusatz von Eiweiß.**

Bei der Anwendung von Blutfärbemethoden für die Zellen des Liquor cerebrospinalis sind die Farblösungen zu verdünnen oder die Färbezeit muß abgekürzt werden, da Plasma und Kerne dieser Zellen die Farbstoffe viel intensiver aufnehmen. P. fand nun, wenn er dem Liquor vor dem Trocknen etwas Ochsenserum oder eine Spur Eiweißlösung zusetzte, so zeigte sich nach Fixierung durch Hitze charakteristische Triazidkörnelung der Leukocyten, was vorher unmöglich war, und auch bei allen anderen Färbungen ganz ähnliche Resultate, wie an Blutpräparaten. Andererseits fand er, daß in mit Hayemscher Flüssigkeit stark verdünntem Blut, indem also das Plasma größtenteils entfernt war, sich die Zellen ähnlich färben wie im Liquor, während sich nach Zusatz von Hühnereiweiß das verdünnte Blut ganz ähnlich dem unverdünnten verhielt. Er schließt daraus, daß die geänderte Färbbarkeit der Zellen des Liquor bedingt sei durch einen Mangel an Substanzen, die dem Blutplasma, dem Ochsenserum, der Hühnereiweißlösung und auch dem Eiter (da die Zellen desselben Triazidfärbung geben) gemeinsam, wahrscheinlich irgendwelche Eiweißkörper sind, und man kann, was für das Studium der Liquorzellen von Bedeutung ist, durch Zusatz von Hühnereiweißlösung die Färbbarkeit der Zellen viel günstiger gestalten. Zu versuchen wäre auch, ob der Einfluß von Eiweiß auf die Färbung von Blutspuren nicht in Schnittpräparaten — für das Studium der Entzündung wäre das wichtig — verwertet werden könne.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Der Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 3. Juni 1907. Nr. 22.

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne vorherige Genehmigung nicht gestattet. — Nachdruck der Rundschau und der Mitteilungen ist nur mit Quellenangabe gestattet.

Originalien.

Beitrag zur Kasuistik der reflektorischen von Nase, Ohr und Hals ausgehenden Erkrankungen.

Von Dr. **L. L. Einis**, Ekatherinodar.*)

1. Fall. P. Landmann, 50 Jahre alt, von regelmäßigem Körperbau und ebensolchem Ernährungszustand, leidet seit 7 Monaten an epileptiformen Anfällen, die zu Beginn der Erkrankung nicht besonders häufig, ein- bis zweimal wöchentlich, auftraten, dann aber bedeutend häufiger wurden, so daß sie sich jetzt fast täglich, ab und zu sogar zweimal täglich, wiederholen. Jedem Anfall geht eine Aura in Form von Ohrensausen, namentlich im rechten Ohre, voraus. Während des Anfalles stellt sich beim Patienten Bewußtlosigkeit ein.

Der Patient hat zu verschiedenen Zeiten Spezial-Aerzte für Innere- und Nervenkrankheiten konsultiert. Man verordnete ihm Mittel gegen Blutarmut (Chinin, Eisen, Arsen), sowie auch verschiedene Antinervina wie Bromsalze, Ergotin etc., jedoch ohne Erfolg.

In meine Behandlung kam der Patient am 4. Dezember 1894. Ich konstatierte in beiden Ohren Cerumenpfropfen, von denen der rechte von sehr fester Konsistenz war.

Die epileptiformen Anfälle verschwanden vollständig nach Entfernung der Pfropfen.

2. Fall. S. von hoher Statur, schwächlichem Körperbau, leidet seit 3 Jahren an Asthmaanfällen. Sie wandte sich einmal an einen Frauenarzt wegen Schmerzen im Unterleib, und bei dieser Gelegenheit klagte sie auch über die oben erwähnten asthmatischen Anfälle. Der Frauenarzt untersuchte die Genitalssphäre der Patientin, fand Rückwärtsbeugung der Gebärmutter und nahm an, daß die Asthmaanfälle reflektorischen Ursprungs sind und durch die unregelmäßige Lage der Gebärmutter hervorgerufen werden.

An mich wandte sich die Patientin am 10. Oktober 1900. Die Untersuchung der Nase ergab im rechten Nasenloch das Vorhandensein eines größeren Schleimpolypen, nach dessen Entfernung die Patientin vollständig genas.

3. Fall. Sch., intelligente Frau, 35 Jahre alt, von großer Statur und zartem Körperbau, leidet schon seit langer Zeit an Eiterfluß aus dem rechten Nasenloch und seit 10 Monaten außerdem an Schmerzen der rechten Gesichtshälfte, die den Charakter von unregelmäßig auftretenden, periodischen Anfällen haben. Der Arzt, an den sich die Patientin zunächst gewandt hatte, nahm eine selbständige Gesichtsneuralgie an, dachte aber, als er durch die übliche antineuralgische Therapie (Bromnatrium, Phenacitin, Antipyrin etc.) keinen Erfolg erzielt hatte, an eine Malariainfektion, wobei er 1. die oben erwähnte Periodicität der Krankheitserscheinungen und 2. das endemische Auftreten von Sumpffieber in unserer Stadt in Erwägung zog. Aber auch sämtliche, gegen die vermeintliche Malaria gerichteten Mittel, wie Chinin, Arsen, Methylen-Blau, halfen nichts. Der Arzt blieb nichtsdestoweniger bei der Diagnose „Malaria" und empfahl der Patientin eine Luftveränderung, indem er den vorliegenden Fall für eine schwere Form von Malaria betrachtete.

Die Patientin wandte sich dann an mich, um auch meine Meinung zu hören. Das war am 2. Februar 1905. Die Besichtigung der Nasenhöhle ergab im rechten Nasenloch einen Schleimpolypen von mäßiger Größe, ferner bedeutende Hypertrophie der mittleren Nasenmuschel und außerdem Anzeichen von Empyem des antrum Highmori.

Der Polyp wurde entfernt, die mittlere Muschel amputiert. In die vorgeschlagene Aufmeißelung des antrum Highmori wollte die Patientin jedoch auf keinen Fall einwilligen. Nichtsdestoweniger verschwand die Gesichtsneuralgie nach den beiden erwähnten Operationen vollständig. Die Patientin verblieb unter meiner Beobachtung noch 2 Monate, ohne daß ein Rezidiv eintrat.

4. Fall. 11jähriges Mädchen, von schwächlichem Körperbau und mangelhaftem Ernährungszustand, leidet seit mehr als einem Jahr an Chorea, außerdem klagt sie stets über Stiche in den Endphalangen der Finger und Zehen. Sie wurde mit den verschiedensten Mitteln behandelt, aber ohne Erfolg. Die Untersuchung ergab bei dem Kinde mäßige Hypertrophie der Rachenmandeln, nach deren Entfernung sämtliche choreatischen Erscheinungen, wie auch das abnorme Gefühl in den Endphalangen verschwanden, und nun über 11 Monate nicht mehr wiederkehren.

5. Fall. 5jähriger Knabe von gutem Körperbau und gutem Ernährungszustand, hustet seit 6 Monaten. Der behandelnde Arzt hat verschiedene, den Auswurf befördernde Mittel verordnet, alkalische Mineralwässer, sowie Brompräparate, aber ohne Erfolg. Dagegen verschwand der Husten rasch, nachdem die bei der Untersuchung festgestellten adenoiden Wucherungen entfernt worden waren.

Ich möchte nebenbei bemerken, daß ich Fälle, die dem vorstehenden Falle ähnlich sind, ziemlich häufig beobachtet habe.

In den vorstehenden Fällen handelt es sich augenscheinlich um Erkrankungen, die reflektorisch durch Erkrankungen im Ohre (Fall 1), in der Nase (Fälle 2 und 3) und im Halse (Fälle 4 und 5) bedingt waren.

Indem ich die vorstehenden Krankheitsfälle, die mein Interesse erregt haben, mitteile, glaube ich hinzufügen zu müssen, daß ich bei der Publikation dieser Fälle, von deren Interesse hinsichtlich der Kasuistik der reflektorischen Neurosen oder Neuralgien abgesehen, noch die Absicht hatte, die Aufmerksamkeit der Kollegen auf diejenigen diagnostischen und therapeutischen

*) Aus dem Russischen von M. Lubowski, Berlin-Wilmersdorf.



Mißgriffe zu lenken, die, wie wir gesehen haben, in jedem der im vorstehenden beschriebenen Fälle statthatten.

Diese Ursache liegt augenscheinlich in der ungenügenden Aufmerksamkeit, welche seitens der ursprünglichen Therapie dem Zustande der Nase, des Ohres und des Halses entgegengebracht wurde.

Dementsprechend müssen die vorstehenden Fälle uns daran erinnern, daß die Untersuchung der Nase, des Ohres und des Halses weit häufiger vorgenommen werden muß, als dies im großen und ganzen geschieht, mit anderen Worten, daß die Untersuchung der erwähnten Organe nicht nur dann vorgenommen werden soll, wenn die Patienten darüber klagen, sondern auch in den Fällen, in denen die Störungen, welche die Kranken belästigen, an ganz andere Gebiete des Körpers verlegt werden.

Es versteht sich von selbst, daß viele Kollegen einer solchen Erinnerung wenig benötigt sind.

Die Superposition von Erweiterung auf Neurosen des Herzens.

Von Dr. **Paul C. Franze** (Bad Nauheim).

(Fortsetzung.)

Die Eingeweide des Beckens, der Prostata etc. werden vom plexus hypogastricus versorgt, der vor dem Körper des letzten Lendenwirbels zwischen beiden aa. iliacae communes liegt und mit dem plexus solaris durch Vermittlung des plexus aorticus in Verbindung steht. Teile desselben sind der plexus prostaticus, spermaticus, deferentialis, utero-vaginalis, haemorrhoidalis, vesicalis, cavernosus.

So ist der Sympathicus ein Nervensystem, das einerseits unter sich vom Halsteile herab bis ins kleine Becken ein zusammenhängendes Ganzes darstellt, anderseits in seiner ganzen Ausdehnung mit dem Rückenmark direkt verbunden ist und endlich mehrfach, durch das ganglion cervicale supremum, den plexus cardiacus und solaris, mit dem Vagus in Beziehung tritt. Auch bemerken wir, daß das sympathische Nervensystem sämtliche Eingeweide der Brust-, Bauch- und Beckenhöhle versorgt. Es können also durch Anomalien in diesen Teilen ausgelöste Reize durch den Sympathicus direkt zum Herznervensystem gelangen, oder indirekt durch Vermittlung des Rückenmarks, sofern nur eine Bedingung gegeben ist: der Sympathicus müßte auch zentripetal leiten und Reflexe vermitteln können.

Dies müssen wir nunmehr an der Hand seiner Histologie und Physiologie untersuchen. Der Sympathicus führt zweierlei Fasern:

1. Marklose Remak'sche Fasern, die nur aus dem Axenzylinderfortsatz bestehen und im zerebrospinalen Nervensystem ganz fehlen, und 2. markhaltige Nervenfasern. Die erstgenannten entspringen sämtlich in den sympathischen Ganglien, die letzteren teilweise ebenfalls; zum Teil entstammen sie dem Rückenmark, bezw. Kopfnerven und gelangen durch die rami communicantes zum Grenzstrang. Somit sind die sympathischen Ganglien auch Ursprungsstätten von Nervenfasern. Von diesen begeben sich einige unmittelbar zu unwillkürlichen Muskeln, andere zu anderen sympathischen Ganglien. Erstere nennt v. Kölliker direkt, letztere indirekt motorische Fasern. Zu den ersteren gehören auch die von den Herzganglien abstammenden Fasern. Die indirekt motorischen Fasern bilden teilweise in andern Ganglien, zu denen sie verlaufen, um die dortigen Ganglienzellen Verästelungen, Körbe, und ermöglichen dadurch die Fortleitung motorischer Impulse von einem Ganglion zum andern.

In ähnlicher Weise findet die Verbindung der Gehirn- und Rückenmarksnerven mit den sympathischen statt. Gewisse Fasern der ersteren Art verlaufen zu den sympathischen Ganglien und enden mit feinen Ausläufern um deren Zellen herum. Die Zentralorgane wirken somit nicht direkt, sondern durch Vermittlung der von ihnen erregten sympathischen Zellen und deren Ausläufer auf die Gefäß- und Darmmuskeln ein. Demnach würde das motorische Fasergebiet des Sympathicus in zerebrospinale Elemente 1. Ordnung und in sympathische 2. Ordnung zerfallen. von Köllicker nimmt an, daß alle Gefäßnerven von sympathischen Ganglien abstammen. Die Gefäß- und Eingeweidenerven der Bauchhöhle stammen vom plexus solaris, die motorischen sympathischen Fasern anderer Bezirke auch von Hals- und Lendenganglien. Die zerebrospinalen Elemente 1. Ordnung für die Bauchhöhle verlaufen in den Bahnen der Splanchnici und den Verbindungszweigen der Brust- und Lendennerven mit dem Sympathicus.

Ein Hauptzentrum der Vasomotoren liegt in der Medulla am Boden der Rautengrube; aber auch das Rückenmark ist als Zentrum anzusehen. Die Bahnen, in denen von der Medulla aus die Gefäße und die glatte Muskulatur überhaupt innerviert werden, verlaufen wahrscheinlich in den Seitensträngen und gehen von hier zu den Vorder- und Seitenhörnern des Rückenmarks und dann mittels der rami communicantes zum Sympathicus. Soweit erscheint also der Sympathicus als ein rein motorisches System. von Köllicker fährt nun fort und zeigt, daß auch sensible Fasern im Sym-

---

Feuilleton.

Winterfrische im Riesengebirge.

Von Dr. **Erwin Franck**, Berlin.

(Schluß.)

Gilt nun als oberste Regel für alle Gebirgstouristen die Parole: „Langsames und vorsichtiges Steigen —" so lautet eine weitere: „Einfache, aber zweckmäßige Bekleidung".

Gerade über diesen Punkt herrschen bei Städtern die unrichtigsten Anschauungen, indem meist zu viel im Mitnehmen von wollenen Decken, Ueber- und Unterröcken, Pelzen etc. geschieht. Die Durchschnittstemperatur von 3—6° Frost vermindert sich an sonnigen Tagen in unserer Empfindung derart, daß wir glauben, uns in einer Temperatur 5—10° über 0 zu bewegen. Zum Steigen genügt daher der einfache Touristen- oder Jacketanzug mit Umhang, jeder Ueberzieher hindert und wird für die Dauer lästig empfunden. Selbst auf dem Gebirgskamm würde bei Kälte und nicht zu starkem Wind dieses Kostüm genügen, da der ständige Kampf mit dem tiefen Schnee uns derartig warm macht, daß oft die hellen Schweißtropfen auf der Stirn hervortreten, um sich mit den herabwehenden Schnee- und Eiskrystallen zu einer nicht gerade wohltuenden Flüssigkeit aufzulösen.

Festgearbeitete mit Randnägeln beschlagene Schnürstiefel und Ledergamaschen darüber, oder gut sitzende lange Reitstiefel mit eingesteckter kurzer Hose — wir würden diesen den Vorzug geben — sind weiterhin unerläßlich. Jede zu dünne oder durchlässige Fußbekleidung schadet direkt, indem sie ihren Träger zu nassen Füßen verurteilt und damit den Grund zu einer Reihe von Angriffspunkten für nachfolgende Krankheitszustände legt. Kopf und Ohren schützt am besten eine wollene gestrickte Mütze, welche sich bis zum Kinn herabziehen läßt und je nach Bedürfnis die einzelnen mehr hervorstehenden Teile des Schädels vor Erfrierungen schützt.

Um auf das Thema „Damenbekleidung" noch kurz einzugehen, möchten wir neben dem fußfreien, durch Druckknöpfe zu kürzenden Rock den wollenen gestrickten sogenannten Golf-Jacken das Wort reden, welche über die gewöhnliche Bluse einfach herübergezogen werden. Unterröcke sind besser fortzulassen, dafür aber Reformbeinkleider, am besten von wollenem Trikot und nicht zu weit, zu bevorzugen. Das Gesicht schützt die schon vorher erwähnte wollene Schneemütze, auch die Fußbekleidung bleibt zweckmäßig die gleiche, d. h. aus Schnürstiefeln und Ledergamaschen bestehende, wie



pathicus verlaufen, die von den hintern Wurzeln des Rückenmarks stammend, durch die rami communicantes in den Grenzstrang eintreten und hauptsächlich in den Bahnen des Splanchnicus, ohne Verbindungen mit sympathischen Ganglien einzugehen, durch den plexus solaris hindurchziehend zu den Eingeweiden verlaufen. Durch diese Bahnen könnten die Schmerzempfindungen in den Eingeweiden zum Zentralorgan geleitet werden.

Ferner können Reflexe von sensiblen zerebrospinalen Nerven aus auf den Sympathicus übergehen. Hierher gehören die Zusammenziehungen von Gefäßen, das Auftreten von Sekretionen etc. bei Reizung der äußeren Haut und von Schleimhäuten. Ihnen stehen direkte Einflüsse des Gehirns auf den Sympathicus gegenüber, z. B. bei Zusammenziehung und Erschlaffung von Gefäßen und der Aenderung der Schlagfolge des Herzens durch Gemütserregungen.

Zum Schlusse bespricht v. Köllicker die Frage, ob der Sympathicus eigene sensible Elemente hat und die sympathischen Ganglien für sich allein Reflexe vermitteln können. Er gibt die Möglichkeit zu, daß zweierlei Arten sympathischer Nervenzellen, sensible und motorische, bestehen, „und es wäre denkbar, daß in jedem dieser Ganglien Reflexe zustande kommen könnten für den Fall, daß an den sensiblen Axencylindern überall Collateralen sich fänden, wie dieselben in der Tat . . . . beobachtet worden sind."

„Es ist nicht unwahrscheinlich," sagt er zum Schluß, „daß unter den sympathischen Fasern auch sensible sich finden, welche bei Reflexen im Gebiete des Sympathicus selbst eine Rolle spielen." Und ferner: „Die Beziehungen des Cerebrospinalsystems und des Sympathicus zu einander sind nicht nur direkte, sondern auch indirekte, indem Erregungen cerebrospinaler sensibler Fasern Reflexe im Gebiete des Sympathicus erzeugen und umgekehrt solche auch von den Eingeweiden aus in der zerebrospinalen Sphäre veranlaßt werden können."

Mit Bestimmtheit betont Buch die Anwesenheit sensibler Fasern im Sympathicus und dessen Fähigkeit, Reflexe zu vermitteln; ich zitiere ihn jedoch nur ganz kurz nach der eben erwähnten Arbeit Höncks.

Demnach hat Buch den Nachweis geliefert, daß der Sympathicus in allen seinen Teilen sensibel ist und zentripetale Erregungen leitet, und daß der Vagus höchstwahrscheinlich nur insofern Schmerzempfindungen leitet, als er sympathische Fasern enthält. Buch sucht nachzuweisen, daß viele Reflexe sensibler, sekretorischer und vasomotorischer Natur nur im Sympathicus entstehen können, und gibt an, daß bei Betastung des Hals-, Bauch- und Beckensympathicus Ausstrahlungen sensibler Natur nach fast allen Körperteilen hervorgerufen werden. Druck auf den Lendenteil des Grenzstranges erzeugt Schmerzen in der Gegend vom Kreuzbein, Nabel, Epigastrium, Herz, Mammae, Kopf etc., ferner sekretorische Reflexe wie Speichelfluß, Tränenabsonderung, Milchsekretion, Schwitzen, endlich verschiedenartige Empfindungen wie Uebelkeit, Lufthunger, Herzangst und motorische Erscheinungen.

Eine anatomische Stütze finden diese Beobachtungen in der Tatsache, daß die ausgesprochen sensiblen Schleimhäute die marklosen, also sympathischen, Fasern in starkem Ueberschuß enthalten.

Wir wollen die Frage beantworten, in welchen Teilen des Nervensystems eine Anzahl von Herzneurosen ihren Ursprung nehmen und zum Herzen fortgeleitet werden, und müssen daher noch eine spezielle Art dieser Neurosen, nämlich jene des Vagus betrachten.

Vom Vagus nahm man früher an, daß er ein rein sensibler Nerv sei und motorische Fasern nur durch den Accessorius zugeführt erhalte; doch neigt man jetzt mehr der Ansicht zu, daß er schon von Anfang an solche führt. Sein Verbreitungsgebiet haben wir oben kennen gelernt. Von Vagusneurosen unterscheidet Rosenbach drei Arten: die paroxysmale Tachykardie, die bradykardische Neurose und die digestive Reflexneurose. Bei allen drei Arten müßte man ferner unterscheiden, ob die Störung im zentralen oder peripheren Verlauf des Nerven oder reflektorisch bedingt ist.

Betrachten wir zuerst die paroxysmale Tachykardie. Sie ist gekennzeichnet durch anfallsweises Auftreten von bisweilen enormer Pulsbeschleunigung bis zu 200 Schlägen pro Minute und mehr. Wir wissen, daß der Vagus der Hemmungsnerv des Herzens ist, seine Reizung die Zahl der Herzschläge und die Kraft der Kontraktionen herabsetzt, seine Durchschneidung oder Lähmung die Frequenz des Herzschlages vermehrt. Er ist also normal tonisch erregt. Daneben führt der Vagus aber auch den Herzschlag beschleunigende und verstärkende Fasern. Bei der Tachykardie handelt es sich also um Aufhebung der normalen tonischen Erregung des Vagus.

Umgekehrt haben wir bei Bradykardie eine Vermehrung des Vagus-Tonus, welche auf einem Reiz beruhen muß, vor uns.

Bei der digestiven Reflexneurose, welche in eigentümlichen, von den Verdauungsorganen ausgelösten Anfällen von Herzangst, Pulsunregelmäßigkeit etc. vielleicht besteht, handelt es sich um reflektorische Vorgänge, bestehend in schädlichen Einwirkungen auf die Magenäste des Vagus (Rosenbach).

Somit haben wir drei Nervengebiete, welche für die Aetiologie der Herzneurosen in Frage kommen: 1. Die Herzganglien selbst, 2. das große Gebiet des Sympathicus und 3. den Vagus.

(Schluß folgt.)

---

bei den Herren. Zarter Teint läßt öfteres Einreiben mit Kaloderma oder Lanolin rätlich erscheinen. Es braucht dies allerdings nicht gerade pfundweise und vor einer größeren Oeffentlichkeit zu geschehen, wie wir es wiederholt in den Bauden beobachten konnten Touristen mit sehr empfindlicher Haut sei ferner empfohlen, stets etwas Borax bei sich zu führen, dessen Zusatz das an und für sich harte Gebirgswasser milder und angenehmer zum Waschen macht.

Ist dann der Tag vorüber, langt man wieder in seiner Klause an, so bietet es besonderen Reiz, alle jene Attribute des Gebirgssportlebens abzustreifen, sich durch ein warmes Fuß- oder Vollbad zu erquicken und versehen mit den Tröstungen der modernen Zivilisation in Gestalt von Kamm, Seife und verwandter Gegenstände, alsbald im Salon des Hotels in wesentlich anderer Aufmachung sein Diner oder Souper einzunehmen. Auch hierin wird u. E. nach gerade in den heimischen Gebirgen viel gesündigt, und ein möglich ruppiges, unansehnliches Lodenkostüm — von der Zweckmäßigkeitsfrage möge hier abgesehen werden — als ein Heiligtum betrachtet, an welchem in keinem Falle gerührt werden darf, sollte auch die gemeinsame Mittags- oder Abendtafel noch so viele andersgläubige Mitmenschen in unmittelbare Nähe solcher schneedurchtränkter, trangeschmierter Uebersportler führen. Da neben dem unvermeidlichen Rucksack ein kleiner Koffer in der Regel mitgenommen werden muß, bezw. dies ohne große Belastung des Etats leicht geschehen kann, dürften einige Kleidungsstücke „für besser" zum Wechseln darin unschwer ihren Platz finden, um allen Parteien späterhin von unschätzbarem Werte zu sein.

Die Worte „Mittags- und Abendtafel" bieten erwünschte Gelegenheit, auf die Beköstigungs- und Betränkungsfrage einen kurzen Seitensprung zu wagen. Eigentlich erübrigt sich dies, da die Gegenalkoholbewegung zur Zeit derartige Dimensionen angenommen hat, daß darüber kaum ein Wort zu verlieren sein dürfte. Gebirgsreisen im Winter schaffen jedoch Ausnahmezustände und damit Ausnahmegesetze, und wir wollen gern zugeben, daß ein leichter Five o' clock Glühwein oder Grogk doch recht wohltuende Gefühle auszulösen vermag, womit ohne weiteres seine Qualifikation als gesundheitfördernd erwiesen scheint.

Wir möchten hier jedoch die Einschränkung machen, daß nach forzierten Märschen eine gewisse Erhöhung der Pulsfrequenz noch längere Zeit — auch im Ruhezustande — zu verbleiben pflegt, und dieses Stadium durch Alkohol in der Regel verlängert wird. Uebertreibt man den Genuß desselben in solchem Falle, sei es auch nicht bis zur tiefen Narkose, — eines der fluchwürdigsten Verbrechen der modernen Zeit — so sind die Folgen doch meist schlechter unruhiger Schlaf und damit anderen Tages verminderte Laune wie herabgesetzte Genuß- und Aufnahmefähigkeit. Diese beiden Faktoren sich zu erhalten, soll aber die erste Pflicht des Touristen bleiben,

Kongressbericht.

Der XXIV. Kongreß für innere Medicin

zu Wiesbaden, 15. bis 18. April 1907.

(Fortsetzung.)

Herr Fahr-Hamburg: Pathologisch-anatomische Befunde im Hisschen Bündel bei zwei Fällen von Adams Stokesschem Symptomkomplex.

Die Präparate, die Vortragender demonstriert, geben zunächst eine Uebersicht über den normalen Verlauf der von His entdeckten muskulären Verbindung zwischen Vorhof und Kammer des Herzens. Dieses Atrioventrikularbündel beginnt im Vorhofsseptum zwischen Fossa ovalis und Pars membranacea septi atriorum, wo es dicht oberhalb des Annulus fibrosus aus wenigen Fasern allmählich zu einem größeren Muskelkomplex anschwillt. Es durchsetzt hierauf den Annulus fibrosus in schräger Linie und zieht, nachdem es auf der Ventrikelseite des Annulus angekommen ist, noch eine zeitlang horizontal unter ihm weiter, dann teilt es sich in zwei Schenkel, die sich noch eine zeitlang durch Bindegewebe von der übrigen Ventrikelmuskulatur abgrenzen, schließlich aber völlig mit ihr verschmelzen, ohne sich vorher noch einmal weiter geteilt zu haben. In dieser muskulären Verbindung zwischen Vorhof und Ventrikel hat nun Vortragender in zwei Fällen von Adams-Stokesschem Symptomkomplex pathologisch-anatomische Veränderungen gefunden, die zu einer völligen Kontinuitätsunterbrechung geführt haben. In einem Falle wurde diese Unterbrechung durch ein Gumma, im anderen durch schwierige Prozesse bewirkt. Da es nun Hering gelungen ist, durch eine Durchschneidung des Bündels am überlebenden Tierherzen eine Dissoziation zwischen Vorhof und Ventrikelkontraktion auszulösen, analog der, die wir als Kardinalsymptom beim Adams-Stokesschen Symptomkomplex beobachteten, so vertritt Vortragender die Ansicht, daß in den zwei demonstrierten Fällen die Kontinuitätsunterbrechung der Bündelfasern in Analogie der Heringschen Versuche als Ursache des Adams-Stokesschen Symptomkomplexes anzuschuldigen ist. (Autoreferat).

Herr Köhler-Wiesbaden: Kinematographische Röntgenvorführungen normaler und pathologischer Atmung.

Kinematographische Röntgenvorführungen sind bisher nur einmal gezeigt worden und zwar von Levy-Dorn-Berlin vor zwei Jahren. Dieser führte Beugung und Streckung des Knies, Pro- und Supination des Radius und ulnare und radikale Beugung im Handgelenk vor. Es handelt sich in der Röntgenologie vorläufig nur um kinematographische Vorführungen, zusammengesetzt aus einer großen Reihe einzeln aufgenommener, verschiedener Phasen eines Bewegungsvorganges, nicht um eigentliche kinematographische Aufnahmen. Bei Darstellung der Atmung gestaltet sich die Technik ganz besonders schwierig, auch sind nur intelligenteste Patienten dazu zu verwenden. Es wird ein Fall normaler Atmung und ein solcher bei starrem knöchernen Thorax vorgeführt, bei welchem die Zwerchfellbewegung ganz besondere Eigentümlichkeiten zeigte.

VII. Sitzung: 18. April 1907, vormittags.

Herr Spude-Pr. Friedland: Ueber Ursache und Behandlung des Krebses.

Bereits im Jahre 1904 hat Vortragender eine neue Theorie über die Ursache des Krebses aufgestellt, nach der gewisse durch Gelegenheitsursachen, z. B. durch chronische Reize oder Versprengung biologisch veränderte Zellkomplexe eine Avidität zu spezifischen intravaskulären Stoffen gewinnen und diese Stoffe anziehen resp. von ihnen angezogen werden. Diese Stoffe wirken als Reiz und bringen die fraglichen Zellkomplexe zur schrankenlosen Wucherung.

Zur Aufstellung dieser Theorie gelangte Vortragender auf histogenetischem Wege, durch Untersuchung beginnender Hautkrebse, durch die eine Reihe neuer Tatsachen festgestellt wurde, aus denen hervorgeht, daß die bis dahin beschriebenen histogenetischen Veränderungen nur Entwicklungsstadien darstellen, die über den ersten Beginn des Krebses bereits hinaus sind, und daß die allerersten Anfänge der Krebsentwicklung nur die oben ausgesprochene Deutung zulassen. Vortragender beweist dieses durch eine Reihe zum Teil schon auf dem Kongreß für Krebsforschung demonstrierter, zum Teil neuer histologischer Zeichnungen und führt aus, wie im Lichte seiner Theorie, die im Einklange steht mit den neuesten Kenntnissen vom Chemismus der Krebskrankheit und mit den jüngst von Ehrlich vorgetragenen experimentellen Ergebnissen der Krebsforschung, alle Probleme der Entstehung und des Wachstums nicht allein des Krebses, sondern sämtlicher Geschwülste ihre plausible Erklärung finden. Der Vortragende macht gegen Fischer (Assistent Ribberts) energisch seine Prioritätsansprüche geltend.

Hierauf geht Vortragender kurz auf die Behandlung und Bekämpfung der Krebskrankheit ein, bei der, nach seiner Meinung, dadurch viel zu erreichen ist, daß man bei der Operation nicht, wie bisher, stehen bleibt, sondern gleich nach derselben in von ihm vorgeschlagener Weise der Stoffwechselkrankheit Herr zu werden versucht, die als Grund für die Bildung der fraglichen spezifischen Stoffe anzusehen ist. Die Verhütung von Rezidiven, deren Prozentsatz immer noch die hohe Zahl von mehr als 60 zeigt, muß also in erster Linie Gegenstand unserer Heilbestrebungen werden.

Herr Ottfried Müller-Tübingen: Experimentelle und kritische Beiträge zur modernen Kreislaufdiagnostik

---

da jede Form der Unlust, sei es zur Arbeit, sei es zum Vergnügen, entstanden durch körperliche Indisposition, ihren Trägern für längere Zeit nichts Erfreuliches und Gedeihliches erhoffen läßt.

Gerade unser deutsches Riesengebirge bietet so viel des Schönen und Anregenden, daß ein ganzer Mensch, ein ungeschwächter Wille, ein durch keine Hemmungsvorstellungen affiziertes Gemüt dazu gehört, alle seine Reize auszukosten, um für den Gesamtorganismus den beabsichtigten Nutzen daraus zu ziehen.

Mögen daher recht viele müde und abgehetzte Städter den Weg dorthin finden und erkennen, daß der Winter in den Bergen der Sommerfrische in keiner Weise nachsteht, dieselbe eher noch um ein Erkleckliches übertrifft. Findet diese Sitte dann mehr und mehr Eingang, so wird ein solches Vorgehen nicht zuletzt auch den kleinen Gebirgsorten selbst zu Gute kommen, und damit rückwirkend wieder für immer größere Ausdehnung jeder Art von wintersportlicher Betätigung der Boden vorbereitet und geebnet werden. Feste, wie sie in diesem Winter in Brückenberg bei Krummhübel oder Schreiberhau veranstaltet wurden, dürften dann, indem sie auch in anderen Teilen des Gebirges Eingang finden, immer weitere Kreise interessieren und so zur Förderung gesundheitgemäßer Bestrebungen überhaupt beitragen.

Wir wünschen, daß dieses kaum geahnte, jetzt anscheinend leicht erreichbare Ziel bald gewonnen würde und möchten nicht schließen, ohne auch den ärztlichen Faktoren es ans Herz zu legen, ihre Winter-Neurastheniker und Feiertags-Niedergebrochenen zur Abwechslung nicht einem Sanatorium anzuvertrauen, sondern einen Ausflug ins Riesengebirge zu befürworten. Dieses am besten, nachdem der betreffende Arzt selbst einmal den kühnen Sprung ins Dunkle gewagt und sich persönlich von der leichten Durchführbarkeit solch verwegenen Planes überzeugt hat. Der gute Erfolg einer derartig schmerzlosen auch für den Minderbegüterten durchführbaren Behandlung wird dann sicherlich dazu beitragen, unseren heimischen sagenumwobenen Bergen für den Sommer nicht weniger wie für den Winter einen ständig wachsenden Kreis von Freunden und Anhängern zuzuführen.

und deren weiterer Ausbau durch Einführung des absoluten Plethysmogrammes.

M. berichtet über Untersuchungen des Blutdruckes der Riva-Roccischen und Recklinghausenschen Manschette. Die Fehlerschwankungen seien mit der ersteren weit größer (bis zu 30 Proz.) als mit der letzteren. Auch der Gärtnersche Tonometer gebe zu hohe Werte. Weiter berichtet er über seine plethysmographischen Untersuchungen mit einem neuen Apparat, der gestattet, die mit jedem Pulsschlag aus den Arterien in die Venen hinüberfließende Blutmenge zu bestimmen.

Herr Straßburger-Bonn: Ueber den Einfluß der Aortenelastizität auf das Verhältnis zwischen Pulsdruck und Schlagvolumen des Herzens.

Als Vortragender vor drei Jahren über Messung des diastolischen Blutdruckes sprach, wies er darauf hin, daß der von ihm als Pulsdruck bezeichnete Wert der Größe des Schlagvolumens des Herzens proportional sei. Eine der Voraussetzungen hierfür war allerdings, daß der Elastizitätsmodul der Aorta bei verschiedenen Druckhöhen der gleiche bleibe und dies trifft nur innerhalb mittlerer Druckschwankungen einigermaßen zu. Str. führte deshalb Volumeneichungen an menschlichen Aorten aus, um festzustellen, wie sich Druck und Volumen auf verschiedenen Druckhöhen zu einander verhalten, um eine Korrektur für den gesuchten Proportionalwert des Schlagvolumens zu erhalten. Es ergab sich, daß unter Berücksichtigung der Elastizitätsverhältnisse der Aorta innerhalb der Fälle, die für die Blutdruckmessung in Betracht kommen, das von Str. als Blutdruckquotient bezeichnete Verhältnis: Pulsdruck zu Maximaldruck, den Wert für das Schlagvolumen angibt.

Vortr. verglich weiterhin Volumen und Volumenzunahme verschiedener Aorten unter gleichen Druckverhältnissen miteinander. Er fand, daß die bekannte Größenzunahme des Gefäßes im Alter nicht einfach dadurch bedingt ist, daß die Aorta nach Fortfall des Blutdruckes sich weniger retrahiert, als bei jungen Leuten, sondern daß auch bei hohem Innendruck das Volumen der Aorta alter Personen beträchtlich größer ist, als das junger. Hierdurch wird erreicht, daß trotz der geringen Dehnbarkeit alter Aorten, der Volumenzuwachs bei einer bestimmten Erhöhung des Innendruckes nicht so niedrig ist, als er es sonst, entsprechend der verminderten Dehnbarkeit, sein müßte. Str. sieht daher in der Vergrößerung der Aorta, entgegengesetzt wie Thoma, geradezu einen kompensatorischen Vorgang. Trotzdem ist aber immer noch die Volumenzunahme bei gleicher Druckerhöhung im Alter beträchtlich kleiner als in der Jugend, bis herunter auf die Hälfte. Da nur in einem Teil der Fälle, durch Erhöhung des Blutdruckes und der pulsatorischen Druckschwankung ein Ausgleich von seiten des Herzens angebahnt wird, und da auch dieser zumeist unzureichend ist, so müssen wir annehmen, daß bei alten Leuten das Schlagvolumen verkleinert, der Kreislauf verlangsamt ist, was ihre geringe Leistungsfähigkeit erklärt. Man kann daher sagen, daß der Mensch so alt wie seine Aorta, resp. so alt wie seine Aorta und sein Herz ist. (Autoreferat.)

Diskussion. Herr Moritz-Greifswald hat die gleichen Untersuchungen an Aorten vorgenommen und ist zu ähnlichen Resultaten gelangt. Er erkennt die Berechtigung des von Straßburger aufgestellten Quotienten an, ist aber zu besseren Resultaten gekommen, wenn er nicht den Quotienten Pulsdruck : Minimaldruck + Pulsdruck, sondern Pulsdruck : $\left(\text{Minimaldruck} + \frac{\text{Pulsdruck}}{3}\right)$ in Rechnung setzte.

Herr F. Klemperer-Berlin: Blut- und Blutdruckuntersuchungen bei Gesunden und Herzkranken.

Vortr. bespricht zuerst die Beziehungen zwischen Arbeit und Blutdruck. Passive Bewegungen am Menschen, dessen Aufmerksamkeit abgelenkt ist, gehen ohne Blutdruckveränderungen einher. Beim chloralbetäubten Tier kann man durch elektrische Reizung größere oder kleinere Muskelgruppen — eine oder alle vier Extremitäten — zur Kontraktion bringen, ohne daß der Blutdruck entsprechend stärker anstiege mit der größeren Menge der kontrahierten Muskeln. Beim Menschen im hypnotischen Schlaf bewirkt die eindringliche Suggestion einer Arbeit dieselbe Blutdruckveränderung, wie die Ausführung derselben Arbeit in wachem Zustande. Endlich vermag auch der wache Mensch durch die lebhafte Vorstellung einer Arbeit annähernd die Blutdruckveränderung zu erzielen, die derselben zukommt. Aus alledem schließt Vortr. in Uebereinstimmung mit vielen früheren Untersuchungen, daß die mit einer Arbeit verbundenen psychischen Faktoren, nicht die Arbeit selbst die Blutdruckhöhe und ihre Veränderungen beherrschen.

Vortr. bespricht dann die Vorzüge des neuen Recklinghausenschen Apparates und empfiehlt die oszillatorische Bestimmung des diastolischen und systolischen Blutdrucks. Die Differenz beider Werte, die Pulsamplitude beträgt normaler Weise ca. 60 cm, als geringste Amplitude fand Vortr. 30 cm bei einer herzschwachen Phthisika kurz ante mortem, als größte 132 cm bei einem Arteriosklerotiker. Er führt Zahlen auf von Amplituden bei Aorteninsuffizienz, Granularatrophie, Herzschwäche, Herzneurosen u. a. und erörtert zuletzt die Frage, ob die Pulsamplitude als relatives Maß des Schlagvolumens, das Amplitudenfrequenzprodukt als Maß der Stromgeschwindigkeit gelten können. Er kommt zu dem Resultat, daß dies nicht der Fall sei, weil die Amplitude außer von dem Pulsvolumen von der Elastizität der Arterienwand, vom Tonus und von dem im Gefäß herrschenden Minimaldruck abhängig sei; praktisch aber spielten diese Faktoren bei vergleichenden Untersuchungen an demselben Gefäß und innerhalb kürzerer Zeit (Tage bis wenige Wochen) offenbar keine große Rolle, denn tatsächlich ergebe die klinische Untersuchung sehr häufig ein Kleinerwerden der Amplitude bei Verschlechterung der Zirkulation, ein Größerwerden bei Besserung.

Herr Bruno Fellner jun.-Franzensbad: Neuerung zur Messung des systolischen und diastolischen Blutdrucks.

Eine neue und einfache Methode der Messung des diastolischen und systolischen Blutdrucks stellt die auskultatorische Blutdruckmessung dar. Komprimieren wir den Oberarm in gewohnter Weise durch die Riva-Roccische Manschette und auskultieren wir an der Kubitalis, so tritt zwischen zwei bestimmten Druckgrenzen ein deutlicher, pulsatorischer Gefäßton in der Arterie auf. Diese Druckgrenzen, innerhalb welcher die Arterie pulsatorisch tönt, sind wie vergleichende Messungen (insbesonders mit Recklinghausens oszillatorischer Methode, aber auch mit der palpatorischen) zeigen mit dem systolischen und diastolischen Druck identisch. Der Umschlag von Ruhe und Ton ist schon für den Ungeübten deutlich, die Messungsmethode leicht und einfach, und erfordert bloß: gewöhnliche Manschette, jedes beliebige Manometer und Stethoskop.

Herr A. Hesse-Kissingen: Blutdruck und Pulsdruck des Gesunden.

Das Tonometer von v. Recklinghausen ist der erste Blutdruckapparat, der in einwandfreier und dabei höchst bequemer Weise die Ablesung des systolischen und diastolischen Blutdrucks gestattet. H. benutzte dies Tonometer zur genauen Analyse der Blutdruckveränderungen weniger Gesunder unter den verschiedensten Verhältnissen; solche oft wiederholte Untersuchung weniger Personen bringt uns in der physiologischen Erkenntnis weiter als Massenuntersuchungen, da so die psychische Alteration wegfällt.

Das Liegen setzt den systolischen wie diastolischen Druck herab, letzteren aber relativ mehr, so daß die Amplitude größer wird; es kommt trotz verminderter Pulsfrequenz zu großem Amplitudenfrequenzprodukt, das bedeutet Vergrößerung der Herzarbeit (häufiges Auftreten der Herzbeschwerden im Liegen).

Nahrungsaufnahme und Aufnahme indifferenter Flüssigkeiten setzen beide Drucke stark hinauf, dabei erhöhte Frequenz, also großes Amplitudenfrequenzprodukt, vermehrte Herzarbeit.

Aufrechtstehen erhöht den systolischen Druck weniger als den diastolischen, die Amplitude ist also kleiner als im Sitzen.

Kurze energische Anstrengung, wie Treppenlaufen, setzt außer Pulsfrequenz beide Drucke stark in die Höhe, vor allem aber den systolischen Druck, so daß sehr großes Amplitudenfrequenzprodukt zu stande kommt — kann sich bis auf das Dreifache steigern. — Bei länger und sehr lange fortgesetzter Körperanstrengung — Tennisspiel, Bergsteigen — halten sich Frequenz und mittlerer Druck in mäßiger Höhe, gestiegen ist besonders der diastolische Druck, so daß eine kleine Amplitude resultiert. Es hat dies seinen Grund darin, daß bei langer Anstrengung die Weitbarkeit oder

relative Inhaltszunahme der Gefäße wächst, die ihrerseits die Amplitude herabsetzt. Das relativ kleine Amplitudenfrequenzprodukt ist in diesen Versuchen also kein Beweis für verminderte Herzarbeit.

Diskussion. Herr Gräupner-Nauheim: Gegenüber Klemperer möchte er darauf hinweisen, daß er lediglich auf Grund der geschilderten Relation den Funktionszustand des Herzmuskels erkannt und in ca. 80 Prozent die völlige Uebereinstimmung zwischen klinischem und Funktionsbefund sah. Was den Einfluß der Psyche anlangt, so erklärt Gr., daß die Psyche wohl die Gefäßspannung als „erhöhter Widerstand" sich geltend macht und daher die „Relation" nicht stört. Wenn Differenzen zwischen klinischem Befund und Funktionsprüfung eintreten, so darf man nicht vergessen, daß selbst die wochenlange Beobachtung in der Klinik nicht vor Fehldiagnose schützt. Im übrigen erwartet Gr., daß die Klinik der Funktionsprüfung sich annehmen wird, und er weist darauf hin, daß er seine Anschauungen und Befunde nur als Diskussionsredner erbringen konnte und die ganze Materie nicht abhandeln konnte.

Herr Volhard-Gießen hat ein Quecksilbermanometer konstruiert, welches die oszillatorische Bestimmung des Blutdruckes nach dem v. Recklinghausenschen Prinzip gestattet, aber wesentlich billiger ist, als dessen Tonometer.

Herr W. Janowski-Warschau: Die Idee der Pulsdruckbestimmung mittels der Auskultation wurde schon am Ende 1905 von Korotkow-Petersburg angegeben und experimentell begründet. Sie wurde dann von Krytow gebraucht. J. hat bis jetzt 150 Untersuchungen gemacht, wobei gefunden wurde, daß man bei dieser Methode höhere Daten für den systolischen und kleinere für den diastolischen Druck bekommt, als dies bei der Straßburgerschen und Sahlischen Methode der Fall ist. Die dabei im Vergleiche mit den letzteren konstatierten Differenzen sind aber in einer großen Zahl von Fällen noch viel höher, als dies Fellner gesagt hat. Es scheint, daß die auskultative Methode der Pulsdruckuntersuchung die einfachste und empfindlichste ist. Bei Pulsdruckuntersuchungen sollte nicht nur die Pulsgröße, also die Pulsquantität, sondern auch der Grad der Pulszelerität, also die Pulsqualität, untersucht werden. J. schlägt vor, eine einfache Methode der Pulszelerität nach den Winkeln der Sahlischen absoluten Sphygmogramme zu berechnen und berichtet näher über seine Erfahrungen auf Grund einer Analyse von 260 Pulskurven. Die erhaltene Zahl nennt er Koëffizient der Pulszelerität (CCP). Dieses CCP schwankt für normale Pulse von 1,2—13; bei Aorteninsuffizienz steigt das CCP oft über 100, bis 200—300 und darüber. Mittels CCP kann sehr leicht und klar bewiesen werden, daß in ca. 35 Prozent hypodikrotischen Pulsen ihre Zelerität vergrößert ist, daß dasselbe in höherem Grade in bis 50 Prozent dikroter Pulse der Fall ist und daß viele anscheinende P. tardi auch schnellend sind. Die wirklich „langsamen" Pulse kommen selten vor.

Herr Ortner-Wien: Zur Klinik der Herzarrythmie, Bradykardie und des Stokes-Adamschen Symptomenkomplexes.

Vortragender legt sich die Frage zur Beantwortung vor, ob am Menschen wie im Tierexperiment Extrasystolen nur direkt durch Nerveneinfluß zur Entstehung gelangen könnten. Er beobachtete zwei für die Lösung passende Fälle. Im zweiten derselben handelte es sich um einen Kranken mit Myokarditis und Arteriosklerose, Herzklopfen und Unregelmäßigkeit der Herzaktion und Ohnmachtsanfällen. Die Beobachtung eines ohnmachtsartigen Anfalles lehrte, daß ein bisher unbekanntes Krankheitsbild zu Grunde liegt. Während des Anfalles zeigte sich nämlich der Puls noch langsamer wie früher, dazu aber bestand eine Häufung von Extrasystolen. Diese beiden Momente führten hier zum zerebralen Anfall. O. führt ferner aus, daß die vom Venensinus ausgehenden Normalkontraktionen von den Extrakontraktionen unterschieden werden müssen, da sie zwei funktionell ganz verschiedene Faktoren darstellen. Wir müssen künftig ähnlich wie heute eine Bradykardie und eine Pseudobradykardie, auch eine Normokardie und eine Pseudonormokardie auseinanderhalten.

In beiden vom Vortragenden beobachteten Fällen bestanden, wie die aufgenommenen Kurven lehrten, atrioventrikuläre Extrasystolen, darunter auch solche dritter Unterordnung, welche bisher beim Menschen noch nicht beobachtet wurden. Diese Extrasystolen verschwanden nun prompt auf Atropininjektionen; daraus, aus der Analogie mit Tierversuchen und aus klinischen Ueberlegungen schließt O., daß sie durch den Nerv. vagus erzeugt sind.

Nur in einem von den neun vorgenommenen Atropinversuchen blieben die atrioventrikulären Extrasystolen beim zweiten Falle trotz Atropin bestehen. Es handelte sich, wie sonst nie bei diesem Falle, um solche zweiter Unterordnung. O. meint, daß diese direkt muskulären Ursprungs (Myokarditis der Brückenfasern) waren, während die erster und dritter Unterordnung durch eine, sei es funktionelle Reizung, sei es eine Perineuritis der umgebenden Vagusfasern infolge der benachbarten Myokarditis zur Entstehung gelangten. Dadurch wäre zum ersten Male ein, wenn auch höchst oberflächlicher Einblick in das Wesen des intrakardialen Nervensystems gewonnen und die Diagnose auf einen Reizzustand eines ganz beschränkten intrakardialen Vagusastgebietes ermöglicht. Digitalis ist in solchen Fällen kontraindiziert.

(Fortsetzung folgt.)

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 24. April 1907.

Vor der Tagesordnung:

Lohnstein demonstriert einen Patienten, der sich einen Wachsklumpen in die Urethra eingeführt hatte, von wo derselbe in die Blase gelangte und eine schwere Cystitis erzeugte. Durch Einflößen von Benzin, das L. an sich selbst als unschädlich erprobt hatte, wurde der Klumpen gelöst.

Lewinsohn zeigt einen Patienten mit totaler Ophthalmoplegia interna, die wahrscheinlich angeboren war.

Krause stellt zwei Fälle von schwerer Rückenmarkslähmung vor. Bei einem hatte tuberkulöse Wirbelcaries eine Paraplegie der unteren Extremitäten hervorgerufen. K. entfernte drei Wirbelkörper mit ihren Bögen, so daß die Wirbelsäule nur auf den seitlichen Fortsätzen ruht, entleerte einen Absceß im Mediastinum posticum und erzielte damit wesentliche Besserung. Im zweiten Falle war infolge einer duralen Blutung nach Sturz beim Radfahren eine Lähmung aller Extremitäten eingetreten. Unter Bettruhe und Elektrizität trat hier im Verlaufe von einigen Monaten Spontanheilung ein.

Tagesordnung:

Westenhoefer: Ueber das Wesen und die Natur der Geschwülste, insbesondere des Carcinoms.

Parasiten im gewöhnlichen Sinne haben mit der Geschwulstentwicklung nichts zu tun. Das Charakteristische der Geschwulstzellen ist ihre Autonomie; obwohl sie aus Körperzellen hervorgegangen sind, leben sie nicht in organischem Zusammenhang mit dem Körper, sondern in parasitärer Symbiose, in einer diesen schädigenden Weise; sie sind also selbst Parasiten. Die Auffassung des Parasitismus der Krebszelle deckt sich mit der Ribberts, hat aber mit der Leydens oder Kellings nichts zu tun. Zur Entscheidung der Frage, wie die Geschwulstzellen zu dieser Autonomie kommen, reichen die bisherigen Hypothesen nicht aus (Anaplasie, Kataplasie, Rückschlag ins Embryonale); W. stellt deshalb eine neue auf. Die Geschwulstzellen haben eine enorme Wuchskraft, sie können nicht minderwertig sein; ihre spezifische Fähigkeit ist geringer geworden, ihre vegetative enorm gesteigert. Mit embryonalen Zellen haben sie nur die starke Proliferationsfähigkeit gemein, unterscheiden sich von ihnen durch die fehlende Fähigkeit, sich organisch dem Körperzellenverband einzufügen, durch das schrankenlos destruierende Wachstum. Sie nähern sich in ihren Eigenschaften den Protisten, gehen darüber aber noch hinaus, da sie alle Fähigkeiten, mit Ausnahme der aufs höchste entwickelten Fortpflanzungsfähigkeit verloren haben; die Geschwulstzellen sind als Urzellen zu betrachten, die an der Grenze des Tier- und Pflanzenreichs stehen. Als Stütze für diese Hypothese führt W. an, daß das Carcinom nicht nur autolytische Fermente, wie normales Gewebe, enthält, sondern auch heterolytische, daß es alle tierischen Gewebe verdaut; weiter konnte er mit seinen Mitarbeitern



Jakoby, Schütze feststellen, daß das Carcinom auch Pflanzeneiweiß verdaut, und daß das Serum von mit Carcinomsaft behandelten Kaninchen durch Zusatz von Pflanzeneiweiß eine Komplementablenkung erfährt. Die Frage, was den eigentlichen Anstoß zur Wucherung der Zellen und zum allmählichen Rückschlag in den Urzustand gibt, bleibt von der Hypothese unberührt. Diese Ursache ist wohl in chronischen mechanischen Reizen, wie an einer Reihe von Beispielen, besonders am Leichentuberkel ausgeführt wird, zu suchen.

Orth kann in der neuen Hypothese nichts das Verständnis der Geschwülste Förderndes finden.

Michaelis kann die Versuche W.s nicht als einwandsfrei betrachten. Die Spezifität der Krebszelle ist keineswegs so völlig verloren gegangen, wie W. es annimmt. Die hochgradige Rassenspezifität der tierischen Krebszelle zeigt, daß die Artspezifität nicht verloren gegangen ist.

Hansemann: Die Krebszellen haben eine selbständigere Existenz und sind weniger differenziert als normale Zellen; das habe er mit seinem Ausdruck „Anaplasie" bezeichnen wollen; über die Aetiologie der Geschwülste solle diese Bezeichnung nichts aussagen. Wie die Geschwulstzelle als Urzelle zu betrachten sei, könne er nicht verstehen; nicht einmal bis zu den geringsten menschlichen Zellen könne man zurückgehen. Die Krebszellen als Parasiten zu bezeichnen, sei ein hübsches Bild, nichts mehr.

Westenhoefer: Schlußwort.

Sitzung vom 1. Mai.

Tagesordnung:

Barth: Ueber funktionelle Stimmstörungen und ihre Behandlung.

Ungeeignet zu kürzerem Referat.

Diskussion:

Gutzmann: Bei der großen sozialen Bedeutung solcher Stimmstörungen, die ganze Berufsstände bedrohen, muß auch der Praktiker ein großes Interesse dafür haben. Ein zu hohes und zu lautes Sprechen ist oft die Ursache einer Phonasthenie; der durchschnittliche Stimmumfang bei der gewöhnlichen Sprache bewegt sich in der Höhe von a bis e; will man in einem größeren Raum sprechen, die Aufmerksamkeit der Zuhörer sammeln, so erhebt man die Tonhöhe; das tut auch meist der Anfänger in einem Beruf, in dem viel zu sprechen ist; er ist zu eifrig und kommt leicht dazu, sich nicht richtig der Stimmtätigkeit anzupassen, die er eigentlich anwenden müßte. Ein weiteres wichtiges Moment ist die oft fehlerhafte Einatmung zum Sprechen.

Katzenstein: Phonasthenie basiert oft auf allgemeiner körperlicher Schwäche, Blutarmut. Gesangsphonastheniker erkranken oft durch mangelhafte Kompensation der Kräfte; häufig wird zu früh mit schwierigeren Uebungen begonnen. Dadurch verursachte Zerrungen an den Nerven des Kehlkopfes können zu einer Neuritis führen mit allen degenerativen Konsequenzen. Absolute Ruhe ist da erforderlich und erst allmähliche Wiederaufnahme stimmtechnischer Uebungen, die genau individualisiert werden müssen.

Standesfragen.

Von Dr. M. Cohn (Berlin-Charlottenburg).

Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin.

Die Aerztekammer Berlin-Brandenburg trat zu ihrer Frühjahrssitzung am 23. Mai zusammen. Den Vorsitz führte an Stelle des behinderten Herrn Becher Sanitätsrat Dreibholz (Wilsnack), der die Sitzung mit einem warm empfundenen Nachruf auf die beiden jüngst verstorbenen Kammermitglieder von Bergmann und Altmann eröffnete.

Den ersten Punkt der Tagesordnung bildete eine Beratung über Mißstände bei Festsetzung von Gebühren für gerichtsärztliche Leistungen und Vorschläge zu ihrer Abhilfe. Der Referent Herr Störmer führte aus, daß ihm hauptsächlich folgende fünf Punkte der Erörterung wert erschienen: 1. Die Verfügung des Herrn Justizministers vom 12. Juli 1892, wonach für ärztliche Verrichtungen, welche der Arzt in seiner Wohnung vornimmt zur Vorbereitung eines schriftlichen Gutachtens, keine Gebühr gezahlt werden soll. 2. Die Kammergerichtsentscheidung vom 16. Juni 1894, wonach den Aerzten für diejenigen Besuche, bei denen sie den zu Untersuchenden aus irgend welchen Gründen nicht untersuchen können, überhaupt gar keine Gebühr gegezahlt werden soll. 3. Die Bestimmung, wonach die Aerzte sich zur Erledigung gerichtsärztlicher Geschäfte der Straßenbahn bedienen sollen. 4. Die Bestimmung, daß für Schreibgebühren bei Erstattung gerichtlicher Gutachten überhaupt pro Bogen nur 25 Pf. vergütet werden. 5. Die Ablehnung der Erstattung barer Auslagen für Reagentien und Stoffe, die der Arzt für seine in gerichtlichem Auftrage auszuführenden Untersuchungen braucht. Auf Grund seiner Erfahrungen als Gerichtsarzt schildert St. ausführlich die einzelnen Uebelstände und deren Konsequenzen; ihm schließen sich in der Diskussion noch eine Reihe von Rednern an, die eine ganze Folge weiterer Beschwerden vorbringen. Die Kammer faßt folgende Beschlüsse: A. zu erklären: 1. Die Justizministerialverfügung vom 13. 7. 1892 sowie 2. der Kammergerichtsbeschluß vom 16. 6. 1894 sowie 3. die jetzt geübte Beschränkung in der Benutzung von Droschke und Vollbahnen für Aerzte bei Erledigung gerichtlicher Aufträge sowie 4. die Ablehnung der Erstattung der eben dabei für Schreibgebühren erwachsenen baren Auslagen und 5. die Ablehnung der Erstattung der für Reagentien und dergl. erwachsenen baren Auslagen sind nicht mehr zeitgemäß und zum Teil unvereinbar mit den Bestimmungen der Gebührenordnung vom 15. 5. 1896 und bergen ungerechtfertigte Härten gegen den Aerztestand. — In § 3 Abs. 7 der Gebührenordnung für Medizinalbeamte möge gesetzt werden statt „ein mit wissenschaftlichen Gründen versehenes Gutachten" — „ein begründetes Gutachten". Beträge, die zu übersenden sind, sollen porto- und bestellungsfrei übersandt werden. — Unter Aufhebung des bezüglichen Erlasses des Justizministers, es bei der Zahlung von 13 Pf. für das Kilometer Eisenbahn sowohl als Medizinalbeamter, wie als praktischer Arzt bei forensischer Tätigkeit zu belassen. B. Diese Erklärungen mit Ueberreichung der vorgetragenen Darlegungen zur Kenntnis der übrigen Aerztekammern und des Aerztekammerausschusses zu bringen und den letzteren zu ersuchen, bei dem Herrn Medizinalminister zu beantragen, auf Abstellung dieser offenbaren Mißstände hinzuwirken.

Der nächste Gegenstand der Tagesordnung war eine Diskussion über den in der vorigen Sitzung erstatteten Bericht der Kommission zur Sammlung der Ergebnisse der ärztlichen Ehrengerichtsbarkeit. Gegen die in diesem Bericht enthaltenen Urteile trat ein Mitglied des Berlin-Brandenburger Ehrengerichts, Herr Kähler, und ein Mitglied des Ehrengerichtshofes, Herr Windels, auf. Beide gingen von der irrtümlichen Idee aus, daß die Kommission die Tätigkeit der Mitglieder des Ehrengerichts, bezw. des Ehrengerichtshofes habe angreifen wollen, während de facto es der Kommission nur darum zu tun war, die Mängel, die der ehrengerichtlichen Institution als solcher anhaften, klarzulegen. Dies wurde von einigen Mitgliedern der Kommission scharf zum Ausdruck gebracht, die aus den Urteilen des Ehrengerichtshofes gezogenen, so häufig zum Widerspruch herausfordernden allgemeinen Schlußfolgerungen gebührend zurückgewiesen und schließlich von Mugdan mit Entschiedenheit hervorgehoben, daß die Ehrengerichte uns nur wenig Nutzen gebracht haben und wohl wenige Aerzte ihnen, wenn sie wieder beseitigt würden, eine Träne nachweinen würden. Ein Antrag Windels auf Uebergang zur einfachen Tagesordnung wurde abgelehnt und folgende Anträge der Kommission angenommen: 1. Die Aerztekammer erklärt eine Vermehrung der Sitzungen des preußischen Ehrengerichtshofes behufs schnellerer Erledigung der Ehrensachen für dringend notwendig. 2. Sie erklärt neuerdings die Ausnahme der beamteten und Militärärzte von der ärztlichen Ehrengerichtsbarkeit, soweit deren Privatpraxis in Betracht kommt, für einen erheblichen Mißstand.

Den Schluß der Beratungen bildete ein Bericht von Davidsohn über die Unterstützungskasse der Aerztekammer, die sich in hocherfreulicher Entwicklung befindet und viel Gutes leistet,



sowie eine Beratung von Anträgen der rheinischen Aerztekammer, betreffs einheitlicher Regelung des Unterstützungswesens. Letztere wurden als für unsere Verhältnisse unpassend abgelehnt.

Periodische Literatur.

Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 13. 1907.

1. Löffler, Greifswald: **Zum 25jährigen Gedenktage der Entdeckung des Tuberkelbazillus.** (Schluß aus No. 12.)

L. gibt zunächst eine Schilderung der denkwürdigen Sitzung der Physiologischen Gesellschaft am 24. März 1882, in der Koch von seiner großen Entdeckung Mitteilung machte, und berichtet dann über interessante Einzelheiten, wie Koch zu der Auffindung seines besonderen Färbeverfahrens der Tuberkelbazillen gekommen ist. Anschließend gibt er dann eine Uebersicht über die Entwickelung der Tuberkuloseforschung, die die Entdeckung des aetiologischen Momentes der Tuberkulose im Gefolge hatte; er zeigt die Ausbildung der Lehre von der vorwiegenden Bedeutung des Sputums, der Inhalation für die Uebertragung, der die andere, nach welcher der Verdauungskanal als wichtigste Invasionspforte für den Tukerkelbazillus eingestellt wird, entgegengesetzt wurde, und daß noch heute, 25 Jahre nach Entdeckung des Tuberkelbazillus, sich die beiden Anschauungen über die Entstehung der Lungentuberkulose schroff gegenüberstehen. Er bespricht die Forschungen über die Differenzierung verschiedener Stämme von Tuberkelbazillen, insbesondere den Streit über die Berechtigung einer strikten Scheidung zweier Typen unter den Säugetiertuberkelbazillen, des humanen und bovinen, der nun wohl dahin entschieden ist, daß der Rindertuberkelbazillus hinsichtlich seiner Bedeutung für die Entstehung der Tuberkulose beim Menschen weit zurücksteht hinter dem an den Menschenkörper angepaßten menschlichen Tuberkelbazillus. Schließlich werden die Versuche einer aetiologischen Therapie mit verschieden gewonnenen Seris bei Mensch und Tier geschildert.

2. Dietrich-Charlottenburg: **Der heutige Stand der experimentellen Krebsforschung.**

Uebertragungsversuche von Krebsgeschwülsten auf andere Individuen sind schon am Ende des 18. Jahrhunderts gemacht worden; gelungen sind nur Uebertragungen von inoperablem Carcinom auf eine gesunde Stelle des gleichen Individuums, mißlungen aber immer die Ueberimpfungen auf einen anderen menschlichen Körper; auch die Versuche, Geschwülste von Mensch auf Tiere zu übertragen, sind nach streng kritischer Prüfung als gescheitert zu betrachten. Die experimentelle Erzeugung von Krebs bei Tieren mit aus Krebsgeschwülsten angeblich gewonnenen Parasiten (Plasmodiophora brassicae, Blastomyceten, dem mit Generationswechsel auf Schimmelpilzen wachsenden Erreger Schmidts, den Feinbergschen Chytridiaceen, dem Micrococcus neoformans Doyens) hält einer ernsthaften Kritik nicht stand. Der Versuch Kellings, die fremdartige Natur der Krebszelle damit zu erklären, daß sie eine wirklich fremde Zelle ist, herrührend von embryonalen Zellen anderer Tierspezies, die in dem Körper in wucherungsfähigem Zustand Eingang fanden (z. B. durch rohe Eier), eine Erklärung, die er hauptsächlich durch Präzipitinreaktionen stützen zu können glaubte, ist als gescheitert anzusehen. Das eigentliche Wesen der Krebszelle, das sie nach Ribberts moderner Umgestaltung der alten Vorstellung von dem parasitären Charakter des Krebses selbst als Parasiten des Organismus erscheinen läßt, ist dunkel geblieben. Auch die eleganten Experimente Fischers, der durch subkutane Injektion von Scharlachöl carcinomähnliche Wucherungen des Epithels erzeugte, dürften über diesen Punkt nicht hinwegkommen; Fischer hat in seinen Versuchen keine Geschwulst erhalten, seinen Wucherungen fehlen die wichtigsten Kriterien der Geschwulst; es sind keine fortschreitenden Neubildungen von selbständigem Charakter, seine epithelialen Bindungen hängen innig von der Menge des Scharlachöls ab, ihr Wachstum hört auf mit dessen Resorption. Die Experimente bieten nur eine neue Art regenerativer Epithelwucherung, eine eigenartige Reaktion auf den chemotaktischen Reiz gewisser Stoffe. Die Annahme Fischers, daß zu einer Geschwulst nur nötig sei, daß auf eine geeignete Anlage im Sinne Cohnheims und Ribberts ein chemotaktischer Reiz, ein „Attraxin" einwirkt, nicht nur vorübergehend wie das Oel im Versuch, sondern fortdauernd und so zu immer weiterem, nie stillstehendem Wachstum anreizend, geht weit über die Grenzen seiner Tatsachen hinaus.

Eine wesentliche Förderung hat die Krebsforschung bezüglich der Biologie der Geschwülste durch das Studium der bei Tieren vorkommenden Geschwülste erfahren. Krebsartige Geschwulstbildungen sind bei den meisten domestizierten und einigen wilden Warmblütern, aber auch bei Fischen, Salamandern gefunden worden; am leichtesten überpflanzbar scheinen die Mäusetumoren. Diese sind nicht einheitlicher Art; eine ganze Stufenleiter ist für dieselben aufgestellt worden, die vom Cystadenom zum haemorrhagischen und papillären Cystadenom führt, weiterhin zu dem Carcinoma simplex alveolare, Carc. papillare und Cystocarc. haemorrhagicum. Den ursprünglichen Charakter bewahrt die Mäusegeschwulst auch bei Uebertragungen. Der lange Streit, ob es sich bei den experimentellen Ueberimpfungen um eine Implantation oder Infektion handle, scheint wohl endgültig zugunsten der ersteren entschieden. Es ist immer der gleiche Zellstamm, der im neuen Organismus sich ansiedelt, von diesem nichts bezieht als Nahrung und Stützgerüst. Die Proliferationsfähigkeit der Krebszellen geht über alles hinaus, was bisher an Wachstumsenergie tierischer Zellen bekannt war; ganz unvereinbar ist sie mit der Anwesenheit von Parasiten, die in der Zelle leben und diese zum Wachstum reizen; „krankhafte Zellen" können es nicht sein, die sich so lange in überstürztester Weise vermehren, ohne sich je zu erschöpfen. Wenn Ribbert die Geschwulstzellen selbst mit Parasiten vergleicht, so geben zu solcher Auffassung die Zellen der Mäusetumoren interessante Anhaltspunkte. Sie verhalten sich biologisch in vieler Hinsicht wie Mikroorganismen. Man kann von einer gewissen Virulenz der Tumoren sprechen; einige Mäusetumoren lassen sich überhaupt nicht übertragen, bei anderen steigt bei fortgesetzten Ueberimpfungen die Prozentzahl gelungener Versuche immer mehr; mit der größeren Avidität geht meist auch eine lebhaftere Wachstumsenergie einher; durch chemische und physikalische Einflüsse, und zwar durch direkte Einwirkung auf die Tumorzellen, läßt sich die Proliferationsfähigkeit herabsetzen. Durch fortgesetzte Uebertragungen erfahren die Tumoren bisweilen eine Aenderung im histologischen Verhalten; adenomatöse Krebse können in solide Krebse übergehen, auch der Uebergang carcinomatöser Tumoren in Sarkome ist beobachtet worden. Mäuse, auf die ein Tumor mit Erfolg übertragen ist, sind gegen eine Impfung mit neuem Material geschützt, auch Impfung ohne Erfolg mit einem fast avirulenten Tumor vermochte eine länger dauernde Immunität gegen viel virulentere Stämme zu verleihen; diese erworbene, aktive Immunität, daß sie noch gegenüber den virulentesten, sonst in 100% angehenden Geschwülsten besteht. Nicht nur die Zellen der Mäusetumoren können Immunität verleihen, sondern es ist auch gelungen zu immunisieren mit Mäuseblut, mit wiederholter Injektion eines Breies von Mäuseembryonen. Die Tumoren wachsen nur auf dem ganz spezifischen Boden der betreffenden Tierart, ja der Rasse. Mäusegeschwülste wachsen nicht auf Ratten; es kann zwar bei solcher Uebertragung noch ein beschränktes Wachstum eintreten, das aber bald still steht, auch keine weitere Uebertragung auf Ratten ermöglicht; rechtzeitige Uebertragung der Geschwülste auf den empfänglichen Organismus der Maus hält den Rückgang auf, die Geschwulst siedelt sich an und wächst weiter. Die Möglichkeit solcher Zickzackimpfung erklärt Ehrlich damit, daß die Geschwülste außer dem gewöhnlichen Nährmaterial eines besonderen, mitübertragenen Wuchsstoffes bedürfen, der anfangs noch wirkt, sich dann erschöpft, im Mausorganismus wieder Ergänzung findet. Diese Immunität der Ratten nennt Ehrlich „atreptische Immunität". Eigentümliche Verhältnisse erworbener Immunität gegen Tumorentwickelung ergaben auch die Versuche Stickers mit einem Lymphosarkom beim Hunde, das auch durch Kontaktinfektion, z. B. per coitum, übertragbar war. Ueberimpfungen gelangen nur mit zellhaltigem Material; bei einer Reihe der Tiere trat Spontanheilung ein, und diese waren dann gegen weitere Impfung immun; auch bei bestehendem progressiven Tumor gelang eine zweite Impfung nicht, dieselbe ging aber sofort an nach Exstirpation des ersten Tumors,



auch dann, wenn in der Narbe ein Rezidiv eintrat. Mit diesen experimentellen Erfahrungen steht in bemerkenswertem Einklang die Tatsache, daß auch beim Menschen meist nur ein Primärtumor sich findet, daß Metastasen oft sehr spät eintreten, aber zur lebhaften Ausbildung kommen nach operativen Eingriffen. Therapeutische Versuche am Menschen, die auf der Beobachtung basierten, daß das Serum aktiv immunisierter Hunde hemmend auf das Wachstum einwirken kann, und daß intravenöse Injektion fein zerteilter Zellen bei Mäusen Geschwülste zum Verschwinden bringt, sind bisher ohne Erfolg geblieben.

Die experimentellen Forschungen haben nach dem übereinstimmenden Urteil aller exakten Autoren keinen Anhaltspunkt für die Existenz parasitärer Geschwulsterreger geliefert. Alle Tatsachen weisen darauf hin, in der Geschwulststelle selbst das Wesen der Geschwulstwucherung zu suchen, und aus dem Studium ihres biologischen Verhaltens der noch bleibenden Rätsel Lösung zu erhoffen. Ehrlich erklärt die Möglichkeit des Zustandekommens eines Tumors dadurch, daß in ihm entweder eine Vermehrung der assimilationsfähigen Rezeptoren oder eine Steigerung der Avidität zu den Nahrungsstoffen des Körpers eingetreten ist, andererseits vielleicht eine Verminderung der Avidität der Körperzellenrezeptoren; im letzteren Moment liegt der wissenschaftliche Ausdruck der Konstitutionsschwächung, welche schon vielfach als entscheidender Faktor der Tumorentstehung angesprochen worden ist (Krebshäufung im Alter).

3. Litten, Berlin. **Kontusionspneumonie.**

Im Gegensatz zur traumatischen Pneumonie, die durch Eindringen von scharfen Gegenständen, Projektilen in den Thorax zustande kommt, handelt es sich bei der Kontusionspneumonie lediglich um die Einwirkung stumpfer Gewalten, wobei es rein physikalische Bedingungen sind, die die Schädigung der Lungen hervorrufen, und zwar vorzugsweise eine plötzliche und ausgiebige Kompression des Lungengewebes. Fast ausnahmslos finden sich keinerlei Erscheinungen auf der äußeren Haut; auch braucht die Pneumonie nicht an der Stelle aufzutreten, wo der Unfall direkt eingewirkt hat. Im großen und ganzen handelt es sich immer um Stoß oder Fall; doch kommt auch das Heben schwerer Gegenstände als aetiologisches Moment in Betracht; charakteristische Beispiele erläutern die Sachlage. Um einen Zusammenhang zwischen Trauma und Pneumonie annehmen zu können, müssen folgende Forderungen erfüllt sein: 1. es muß ein Trauma von gewisser Art eingewirkt haben; 2. vorher darf keine Pneumonie bestanden haben; 3. zwischen Unfall und Ausbruch der Lungenentzündung darf keine zu lange Zeit verstrichen sein; im ganzen dürfte die „Inkubationszeit“ auf vier bis sechs Tage zu normieren sein. Das Verhalten des Verletzten während dieser Zeit, ob er noch gearbeitet hat oder nicht, ist in keiner Weise ausschlaggebend. Klinisch unterscheidet sich die Kontusionspneumonie kaum von der gewöhnlichen; der Auswurf ist meist ausgesprochener blutig; an Bakterien findet man in demselben Pneumococcen, Friedländersche Kapselcoccen, Streptococcen. Bezüglich der Mortalität ist es schwer, Durchschnittszahlen zu gewinnen; jedenfalls tritt der Tod bei der Kontusionspneumonie sehr schnell ein, wobei vielleicht die Chocwirkung eine Rolle spielt.

4. Tschistowitsch, Petersburg. **Ueber Pseudoleukaemie mit periodischem Fieber.**

Der Fall betraf eine abgemagerte Frau, die hochgradig anaemisch war und eine Reihe von Fieberanfällen von zehn- bis vierzehntägiger Dauer mit ungefähr gleichen oder etwas kürzeren fieberfreien Intervallen durchmachte. Die Milz war dauernd vergrößert, zeigte aber ebenso wie die Leber während der Fieberattacken akute Schwellung. Die Blutuntersuchung ergab eine Verringerung der Anzahl der roten Blutkörperchen und ihres Haemoglobingehaltes, von seiten der weißen Blutkörperchen Verringerung der polynucleaeren, neutrophilen Zellen, vorwiegendes Vorkommen von Lymphocyten, vornehmlich von kleinen, sowie von großen mononucleaeren Leukocyten, also ein Bild, wie es sich bei der Pseudoleukaemie findet. In der Literatur sind einige Fälle mitgeteilt, die diese Anaemie in Verbindung mit der eigentümlichen Fieberkurve aufweisen, wie sie keiner der bekannten Infektionskrankheiten zukommt. Diese Fälle verliefen letal, während der vorliegende in Heilung ausging. Die Behandlung hatte anfangs in Chinindarreichung bestanden, die ohne Erfolg blieb; erst die Verabfolgung von Jodkali (5,0:200,0 zweimal täglich einen Eßlöffel) zugleich mit Eisen (Tct. ferri pomat) in Arsen in Form von Arrhenal (in 4% Lösung zweimal täglich 10 Tropfen) führte eine rapide Wendung zum Besseren herbei. Dieser günstige Einfluß des Jod läßt vielleicht an eine syphilitische Aetiologie der in Frage stehenden Erkrankung denken.

5. Elischer und Engel, Budapest. **Weitere Beiträge zur Behandlung mediastinaler Tumoren mit Röntgenstrahlen.**

Verff. hatten Gelegenheit, bei zwei Patienten, die wegen Mediastinaltumoren der Röntgenbehandlung unterzogen worden waren, später die Autopsie zu machen und so die Wirkung der Röntgenstrahlen zu kontrollieren. Bei beiden Kranken bestanden längere Zeit Symptome einer mediastinalen Geschwulst in klassischer Form, so daß die klinische Diagnose mit Sicherheit gestellt werden konnte; diese Geschwulst, die im ersten Falle schon fast das Leben bedrohte, wurde durch relativ kurze Röntgenbestrahlung in dem Maße verkleinert, daß der Kranke bei seiner Entlassung sowohl subjektiv als auch objektiv beinahe als geheilt betrachtet werden konnte. Der Kranke, der mit schwerer Dyspnoe und hochgradiger Stauung das Krankenhaus aufsuchte, verbrachte nach der Behandlung mehr als ein Jahr in fleißiger Arbeit und ungestörtem Wohlbefinden; im zweiten Falle verschwanden auch vollständig sämtliche Symptome der schweren Erkrankung, die scheinbare Heilung war aber nur von kürzerer Dauer. Beide Kranke kamen erst in weit vorgerücktem Stadium der Erkrankung wieder in Behandlung und starben. Bei der Autopsie fand sich an der Stelle der großen Mediastinalgeschwülste bloß Narbengewebe. Daß dasselbe aus der mediastinalen Geschwulst entstanden ist, ließ sich, abgesehen von dem klinischen Verlauf, histologisch durch das unmittelbare Uebergehen der Geschwulst in das Narbengewebe beweisen. Die mediastinale Geschwulst war also fast durch die Röntgenbestrahlung mit Hinterlassung einer Narbe geheilt, der Kranke den Metastasen zum Opfer gefallen. Im zweiten Falle zeigte ein frischerer Geschwulstknoten im Brustbein infolge der Einwirkung der neueren Bestrahlungen die verschiedensten nekrobiotischen Veränderungen bis zur ausgesprochenen, wenn auch bloß strangweise auftretenden Narbenbildung. Die Fälle zeigen, wie hochgradig empfindlich die Sarkomzellen der Einwirkung der Röntgenstrahlen gegenüber sind, so daß sie bereits bei kurzdauernder Wirkung der Strahlen, die noch dazu infolge des Hindurchgehens durch die Knochenschicht erheblich an Intensität verloren haben müssen, zum vollständigen Zerfall gebracht werden.

6. Siebermann, Kudowa. **Ein Beitrag zur Behandlung des Morbus Basedowii.**

Verf. berichtet über einen schweren Fall von Basedow, den er bei gleichzeitigem Gebrauch einer Bade- und Trinkkur in Kudowa mit großem Erfolg mit Antithyreoidinserum Moebius behandelt hat. Die Dosis betrug anfänglich dreimal täglich 10, dann 15 Tropfen: nach Verbrauch eines Fläschchens wurde eine Pause von einigen Tagen gemacht; im ganzen wurden 4 Fläschchen genommen. Im Laufe weniger Monate schwanden alle schweren Erscheinungen, Schweiße, Herzklopfen, Zittern der Hände, Exophthalmus und Schilddrüsenschwellung, die Patientin war wieder voll arbeitsfähig.

7. Gerber, Königsberg. **Kosmetische Nasenoperationen.**

8. Levy, Charlottenburg. **Die Mortalität der Ohrerkrankungen und ihre Bedeutung für die Lebensversicherung.**

Verf. hat eine Rundfrage bei den Deutschen Lebensversicherungsgesellschaften bezüglich ihres Standpunktes gegenüber der Mittelohreiterung veranstaltet. Keine Gesellschaft nimmt einen Antragssteller während des Bestehens einer akuten Mittelohreiterung und noch eine gewisse Zeit nachher in die Versicherung auf. Große Differenzen bestehen in der Beurteilung der chronischen Mittelohreiterung; mehr als die Hälfte der Gesellschaften, darunter die größten und angesehensten lehnen prinzipiell jeden Fall von chronischer Mittelohreiterung ab; einzelne stellen dem Antragsteller anheim, sich behandeln und eventuell radikal operieren zu lassen, und bewilligen nach der Heilung die Aufnahme. Die übrigen verfahren nicht schablonenmäßig, sondern entscheiden je nach Lage des Einzelfalles und zwar meist nach Begutachtung durch einen Ohrenarzt; diese Gruppe scheint im Wachsen zu sein. Verf. hat



dann eingehende statistische Versuche an dem Sektionsmaterial der Charité und nach Zusammenstellungen aus der Literatur über den Einfluß der Ohreiterungen auf die Mortalität angestellt, deren Ergebnisse in Tabellen und Kurven dargelegt werden, und die ihn zu folgenden Schlüssen führen: 1. Der prinzipiell ablehnende Standpunkt der Deutschen Lebensversicherungsgesellschaften Antragstellern mit chronischer Ohreiterung gegenüber ist nicht berechtigt. 2. Wenn die Ohreiterung nach klinischer Erfahrung gutartig erscheint, kann die Aufnahme erfolgen. 3. Die Entscheidung kann nur ein Ohrenarzt treffen.

9. Wunsch, Berlin. **Angeborene habituelle Luxation des linken Kiefergelenks mit gleichzeitigem Bildungsfehler des linken Ohres.**

Kurze kasuistische Mitteilung.

10. Muskat, Berlin. **Die Verwertung der Schulpausen für die körperliche Entwicklung der Kinder.**

Auch außerhalb der Turnzeit erscheint es angebracht, bei den Schulkindern für Körperbewegung zu sorgen. Uebungen während der Schulstunden vornehmen zu lassen, empfiehlt sich nicht. Dagegen sind dafür die Pausen geeignet, namentlich die kleinen Pausen, wo die Kinder nicht immer ins Freie gehen können. Die Arten der Uebungen würden im wesentlichen solche sein müssen, die günstig auf die Rückenmuskeln einwirken, die Schultern heben und nach rückwärts ziehen, den Brustkorb erweitern und die Ausdehnung der Lungen fördern. Die Uebungen sollen aktive sein, vom Uebenden selbst ausgeführt; für körperlich träge und schwache dürften sich aber auch passive empfehlen. Ein wichtiges Postulat wäre noch die Regelmäßigkeit der Uebungen: „nicht lange, aber oft üben, nicht viele Bewegungen, aber jede Bewegung exakt und präzis ausführen lassen".

11. Prinzing, Ulm. **Die Ergebnisse der ärztlichen Prüfungen auf den preußischen Hochschulen in den Jahren 1900/01 bis 1905/06.**

12. Martin, Zürich. **Die Darstellung des Planeten Luna von Hans Sebald Beham (1500—1550) in medicinisch historischer Hinsicht.**

13. Roos, Freiburg. **Georg Friedrich Louis Thomas. Nekrolog.**

Wiener klinische Wochenschrift. Nr. 9. 1907.

1. Heyrovsky, Wien: **Durch Bakteriengifte erzeugte Haut- und Schleimhautblutungen.**

Bei weißen Mäusen gelang es, durch intraperitonale oder subkutane Einverleibung von keimfreien Pukall-Filtraten der Glykosebouillonkulturen einzelner Stämme des Diplococcus pneumoniae und des Streptococcus mucosus ein Krankheitsbild zu erzeugen, welches dem Bilde der verschiedenen Purpuraformen des Menschen außerordentlich ähnlich ist; es entstanden haemorrhagische Dermatosen, Schleimhaut- und Gewebsblutungen. Vorwiegend waren die schwach behaarten Körperstellen befallen. Bei den meisten Tieren traten schleimige, bei einigen blutige Diarrhöen auf. Die meisten, einmal geimpften Mäuse blieben am Leben. Die Hautveränderungen bildeten sich nach einigen Tagen unter gelblicher Verfärbung zurück. Eine im Zeitraum von 24 Stunden zweimal geimpfte Maus zeigte am nächsten Tage einen Nachschub von Hautblutungen, blutige Stühle, verklebte Augen, verminderte Freßlust und ging ein. Die Sektion ergab reichliche Haemorrhagien der Ohren, Pfoten, des Schweifes, der Schnauze, des Skrotums, des harten Gaumens, der Lunge, des Darmes, der Harnblase, vergrößerte Milz und Hyperaemie der Nieren. Eine kleine Zahl wiederholt geimpfter Mäuse (mit wirksamen Filtraten) blieb ohne Erscheinungen. Bei den später getöteten Tieren ergab die Sektion ähnliche Resultate wie die oben angegebenen, allerdings nicht so hochgradig und nicht immer. Am häufigsten fanden sich neben den Veränderungen der Haut Blutungen im Parenchym der Lungen sowie in der Mukosa des Rektums. Die vom Herzblut, von der Milz und den Hautblutungen der eingegangenen sowie der getöteten Mäuse angelegten Kulturen blieben sämtlich steril, ebenso fanden sich in den Schnitten der Organe keine Bakterien.

2. Schütz, Wien: **Ueber pathologische Magenschleimabsonderung. Ein Beitrag zur Diagnostik und Therapie des chronischen Magenkatarrhs.**

Der primäre Magenkatarrh zählt keineswegs zu den häufigen Erkrankungen. Als einziger Anhaltspunkt für die Diagnose „Magenkatarrhe" bleibt nur der Nachweis einer krankhaft gesteigerten Absonderung des Magenschleims; alle übrigen Symptome kommen auch bei andern Magenerkrankungen vor. Gegen Nerveneinfluß bei der Schleimabsonderung des Magens sprechen nicht nur klinische Erfahrungen, sondern auch experimentelle Beobachtungen. Eine dauernd gesteigerte Schleimabsonderung im Magen ist also die Folge einer krankhaften Beschaffenheit der Magenschleimhaut. Man darf also nur die Diagnose Magenkatarrh stellen, wenn der Nachweis einer gesteigerten Schleimabsonderung des Magens durch die Untersuchung des Mageninhalts gelingt. Dabei ist wohl zu unterscheiden zwischen fremdem Schleim, ektogenem, der aus Mundhöhle, Rachen usw. stammt und nie innig mit dem festen Mageninhalt gemischt ist, sondern in Klumpen, Ballen oder Flocken deutlich gerändert erscheint, und dem eigentlichen Magenschleim, dem endogenen, der in der Regel innig mit dem Speisebrei gemischt ist, sich nur unvollkommen oder schlecht färben läßt und nur sehr schwache metachromatische Färbung bei Anwendung von Toluidin zeigt. Der im nüchternen Magen vorgefundene Schleim ist nur dann als Magenschleim anzusprechen, wenn er reichlich abgestoßene Magenepithelien oder deren charakteristische Kerne enthält, oder wenn er sich durch eine eigentümliche, glasige, homogene Beschaffenheit auszeichnet. Letztere Art findet sich beim Carcinom, wobei es zuweilen gelingt, Carcinomzellen im Schleim nachzuweisen. Verf. beschreibt ausführlich die Methode zum Nachweis des Schleims im Speisebrei.

Es könnte der Einwand erhoben werden, daß die gesteigerte Abwendung von Schleim nicht die Folge eines pathologischen Zustandes sei, sondern aufgefaßt werden müßte als eine gesteigerte Schleimproduktion, die eintrete während der Expression des Mageninhaltes und vielleicht hervorgerufen würde durch die Sondierung. Dagegen spricht aber die innige Mischung des Schleims mit dem Speisebrei, bei Gesunden wird eine reichliche Schleimbeimengung in der Regel nicht beobachtet, reichlicher Schleim ist auch dort oft vorhanden, wo die Mageninhaltsentnahme nur wenige Sekunden erfordert, andererseits bei längerer Dauer und starkem Würgen durchaus nicht immer reichlicher Schleim abgesondert wird. Ferner spricht die sauere Reaktion des Magenschleims für längeres Verweilen im sauren Mageninhalt und die Zähigkeit ebenfalls.

Primäre chronische Erkrankungen des Magens mit vermehrter Schleimabsonderung kommen nicht häufig vor. Unter den vom Verf. untersuchten Fällen war 12,5 Prozent; die Männer sind dabei etwas stärker beteiligt als die Frauen, was wohl durch Mißbrauch des Alkohols und des Tabaks zu erklären ist. Als Ursachen finden sich Bleiintoxikation, Lues, Lungentuberkulose, Diätfehler, Trauma in der Magengegend angegeben; in manchen Fällen fehlt jeder aetiologische Anhaltspunkt. Das Alter war ohne Einfluß. Typische Symptome waren nirgends vorhanden; Magenschmerzen oder Magendrücken, Druckempfindlichkeit des Magens, sowie Obstipation waren regelmäßige Erscheinungen. In einer Reihe von Fällen fand sich vermehrter Mageninhalt, sowohl fester wie flüssiger. Sonst zeigt der Mageninhalt beim chronischen Magenkatarrh, mit Ausnahme des säuerlichen Schleimgehalts im Speisebrei, keinerlei typische Merkmale. Die Aciditätsverhältnisse sind im ganzen ähnlich wie bei der Mehrzahl der übrigen Magenerkrankungen; doch sind höhere Aciditätswerte zahlreich, Subacidität ist selten. Es besteht also bei chronischem Magenkatarrh nicht die Tendenz zur Abnahme der Acidität, wie bisher angenommen wurde.

Was die Therapie anbetrifft, so sind alle Schädlichkeiten zu vermeiden, Ausspülungen des Magens sind dort angezeigt, wo Gärungserscheinungen oder Verdauungsrückstände im nüchternen Magen nachzuweisen sind. Der Gebrauch von warmen alkalischen Wässern ist zu empfehlen, besonders die Karlsbader, wegen ihrer schleimlösenden Wirkung. Ferner bedarf die meist vorhandene Pharyngitis und Obstipation der Behandlung. Verf. hat bei dieser Behandlung gute Resultate erzielt.

3. Lipschütz, Wien: **Zur Kenntnis des Molluscum contagiosum.**

Bei der genauen mikroskopischen Untersuchung einer Reihe



von Präparaten von Mollusca contugiosa im gefärbten Deckglasausstrich fanden sich morphologisch und tinktoriell wohl charakterisierte Gebilde. Dazu wurde entweder das in toto flach excidierte Molluscum oder nur der ausgedrückte Inhalt in einer sterilen Reibschale mit einigen Tropfen destillierten Wassers oder physiologisch steriler Kochsalzlösung fein verrieben und mit der Emulsion einerseits Untersuchungen im nativen Präparat ausgeführt, andererseits in Alkohol absolutus oder in Alkohol absolutus und Aether ana fixierte dünnste Deckglasausstriche verschiedenen Färbungsmethoden unterworfen. Es fanden sich kleinste, zirka 0,25 m im Durchmesser betragende, punktförmig erscheinende, gleich große, gut gefärbte, von dem Untergrund sich scharf abhebende Elemente. Bei stärkerer Beleuchtung sind es rundliche oder kreisrunde, homogen gefärbte, de facto kugelige Gebilde ohne Fortsätze oder Geißeln. In der Regel liegen sie einzeln, ihre Zahl ist reichlich. In manchen Stellen liegen je zwei dieser Gebilde dicht nebeneinander nach Art eines Diplococcus, selten nur drei reihenförmig angeordnet. Mit gewöhnlichen Färbemitteln färben sie sich entweder überhaupt nicht oder nur ungemein blaß, vorzüglich aber durch die für die Darstellung von Geißeln verwendeten Methoden, wie die Löfflersche, ferner durch zweistündiges Färben in verdünnter Giemsa-Lösung bei 56 Grad und schließlich als die schnellste Methode durch das von Benignetti und Gino zur Darstellung von Geißeln empfohlene Färbungsverfahren mit alkoholischer Gentianaviolettlösung mit Zusatz von beizenden Substanzen wie Tannin, Alaun und Zinksulfat. Die kleinen Elemente sind bei dem ersten Verfahren deutlich bis leuchtend rot, bei dem zweiten rosarot, bei dem letzten bläulich violett gefärbt. Dieselben Elemente lassen sich auch im nativen Präparat auffinden; ebenso sind sie im Ultramikroskop nachweisbar als hohe, nicht glitzernde, sondern rein weiße, rundlich kugelige, von dem dunklen Gesichtsfeld sich scharf abhebende, in der Regel einzeln gelegene, hie und da auch zu Diploformen zusammentretende feinste Körperchen, die keine Spur von Bewegung zeigen, worauf Verf. besonders hinweist. Sie haben nicht den geringsten Zusammenhang mit den von Casagrandi bereits im Juni 1906 beschriebenen beweglichen und mit gewöhnlichen Farbstoffen (Löfflers Methylenblau, Carbolfuchsin usw.) leicht darstellbaren, länglichen oder birnförmigen Körperchen, die in dem durch Berkefeld-Filter gewonnenen Filtrat von zerriebenen Mollusca contagiosa nachgewiesen waren.

4. Freund, Wien: **Ueber die Schicksale des intramusculär injizierten Hydrargyrum salicylicum.**

Wenn auch in vereinzelten Fällen schlechte Erfahrungen mit der subkutanen Injektion von natürlichen Quecksilberverbindungen gemacht sind, so hat doch diese Methode die Anerkennung der meisten Autoren gefunden. Die anatomischen Veränderungen, die dabei entstehen, sind recht genau studiert. Es ist uns aber unbekannt, ob die Absorption des Quecksilbers allmählich, methodisch oder ungleichmäßig, rapid, mit einem Schlage erfolgt; wir können nicht kontrollieren, ob sich das injizierte Quecksilber mit einem entzündlichen Infiltrat umgibt, sich einscheidet und in diesem Falle nutzlos bleibt. In dem Röntgenverfahren haben wir nun ein Mittel, um Quecksilber in dem Gefäße nachzuweisen. F. hat mit Hilfe dieses Verfahrens die Beantwortung folgender Fragen versucht: 1. Welche Form, Größe und sonstige Beschaffenheit hat das injizierte Depot des unlöslichen Quecksilberpräparates? 2. Auf welchen Wegen und mit welcher Schnelligkeit findet die Resorption statt? 3. Nach welcher Zeit ist die Resorption vollständig beendet? 4. Läßt sich etwas über den Chemismus der Resorption des unlöslichen Quecksilberpräparates ermitteln? Das injizierte Präparat war immer Hydrargyrum salicylicum suspendiert in Paraffinum liquidum im Verhältnis von 1:10. Aus praktischen Gründen für die Röntgenphotographie wurde als Injektionsstelle der Muskelwulst der lateralen Fläche des Oberschenkels gewählt mit gutem therapeutischen Erfolge. Schon am nächsten Tage waren wesentliche Veränderungen der Schattenfigur aufgetreten; die Umrisse sind im großen und ganzen die gleichen wie am Tage vorher, aber der Schatten ist nicht mehr gleichmäßig dicht, er ist rarefiziert. Die Hauptmasse der Schattenfigur ist verschmälert, Lückchen und Streifen sind zu erkennen. In der Fortsetzung der Injektionsachse sowie seitlich sind kleine punkt- und fleckenförmige Schattengebilde aufgetreten, die früher nicht vorhanden waren. Das Bild der fortschreitenden Rarefaktion des Injektums ist an späteren Tagen in höherem Grade ausgeprägt. Am neunten Tage ist nur noch ein undeutlicher Fleck vorhanden. Bei der Aufnahme in der senkrechten Richtung auf der ersten zeigte sich die Schattenfigur annähernd als ein dreieckiges, nicht von geraden, sondern von konvexen Linien begrenztes Gebilde, dessen Scheitel an der Einstichstelle einen bald größeren, bald kleineren, zumeist 30° großen, spitzen Winkel bildet; die Höhe des Dreiecks betrug 60 mm, seine Basis bildet keine scharfe Linie, ragte unregelmäßig in das Gewebe hinein und löste sich auf. Auch hierbei war nach 24 Stunden bedeutende Rarefaktion des Schattenbildes erkennbar; im Innern waren große Lücken nachweisbar. Am zweiten Tage war das Depot auf zirka die Hälfte der ursprünglichen Menge reduziert; am vierten Tage erblickte man nur noch einzelne größere oder kleinere Concremente, am siebenten nur noch wenige kleine. Vom zweiten Tage an sah man in der Umgebung des Depots kleine bis hanfkorngroße Flecken. Am neunten bis zehnten Tage war die Resorption abgeschlossen, die radiographische Aufnahme ergab negative Resultate. Aus diesen Befunden ergab sich, daß das Injektionsdepot keinen ausgesprochenen spindeligen Bau, sondern entsprechend der Nachgiebigkeit der auseinanderweichenden Muskelbündel eher die Form einer ovalen, vom Rande gegen die Mitte zu sich verdickenden Scheibe hat. Diese Form der Schattenfigur löst sich dort, wo der abnehmende Injektionsdruck die Kohärenz der Gewebe nicht mehr zu überwinden und diese zum Klaffen zu bringen vermag, in weniger opake Bestandteile auf, welche sich allmählich in die umgebenden Gewebe auflösen. Schon bei der Injektion kann sich ein Teil des Injektums von der Hauptmasse loslösen, in einen leicht zugänglichen Muskelspalt geraten und ein Nebendepot bilden. Die Defekte im Depot können auf zweierlei Weisen entstehen: 1. indem das unlösliche Präparat noch im Depot in eine die Röntgenstrahlen durchlassende Form übergeführt wird, und 2. indem sich einzelne Partikelchen des noch unveränderten Präparates loslösen, vom Blut, von den Gewebssäften oder von dem Lymphstrome in die Umgebung geschwemmt werden und erst dort der Umwandlung anheimfallen. Letzteres scheint tatsächlich der Fall zu sein, wie der radiographische Nachweis einzelner Partikelchen in der Umgebung des Depots beweist. Es fragt sich, ob dies der einzige Modus der Resorption ist. Die Untersuchungen geben darüber nicht völligen Aufschluß. Dagegen kann man wohl mit Berechtigung annehmen, daß neben der Ablösung von kleineren Teilen die Depots und Auswanderung in die umgebenden Gewebe auch die umfangreiche chemische Umwandlung der Injektionsmasse im Hauptdepot selbst und insbesondere an seinen Rändern vor sich geht.

Bezüglich des Chemismus der Resorption machte F. in der Voraussetzung, daß die erste Umwandlungsstufe des unlöslichen Quecksilbers Quecksilberchloridnatrium sei, folgenden Versuch, um zu ermitteln, ob sich das Injektionspräparat in diesem Umwandlungsprodukte etwa nachweisen ließe, ob die ermittelnden Schattenfiguren nicht etwa schon auf gebildete Umwandlungsprodukte zu beziehen seien. In die Wadenmuskulatur einer Leiche wurden nebeneinander je 1 cm³ folgender Flüssigkeiten injiziert: 1. Ol. Paraffini, 2. Sublimatlösung 0,2:100,0, 3. Sublimatlösung 0,5:100,0, 4. Sublimatlösung 1:100, 5. 10%ige Salicylquecksilberemulsion, 6. Wasser. Der Unterschenkel wurde dann radiographiert. Die entwickelte Platte zeigte nur einen hellen Spalt in der Muskulatur, entsprechend dem Ol. Paraffini und eine Injektionsfigur vom Salicylquecksilber, welche den oben geschilderten Bildern entsprach. Von den übrigen Injektionen war auf der Platte nichts zu sehen. Aus diesem Befund läßt sich der Schluß ziehen, daß die Injektionsmasse jedenfalls nicht in eine der hier injizierten Sublimatlösungen umgewandelt zur radiographischen Aufnahme gelangte, oder, falls das Umwandlungsprodukt eine höher konzentrierte Sublimatlösung ist, diese nur in äußerst dünner Schicht im Gewebe befand. Auch bei eventueller Umwandlung des metallischen Quecksilbers in Dampfform ließen sich die minimalen Spuren des letzteren wohl nicht radiographisch darstellen. Aus den Bildern geht hervor, daß in den ersten vier Tagen nach der Injektion die Resorption in größerem Umfang stattfindet, als in den folgenden fünf bis sechs Tagen. Daraus ergibt sich für die Praxis der Schluß, daß durch Injektionen in Zwischenräumen von acht Tagen eine kontinuierlich anhaltende, annähernd gleichmäßige Resorption von Quecksilber erzielt wird.



5. Leischer, Wien: **Beiträge zur Kasuistik der Schädelstiche.**

Wie schwere Folgen anscheinend geringfügige Schädelstichverletzungen haben können, zeigt folgender Fall. Ein berauschter Student erhielt mit einem kleinen Taschenmesser einen Stich in die rechte Schläfengegend; vier Stunden später wurde die nicht blutende kleine, lineare Wunde von 1 cm Länge in der Klinik verbunden; es waren noch keinerlei Erscheinungen von seiten einer penetrierenden Schädelverletzung bemerkbar. Zwei Stunden später zeigte sich eine kortikale Läsion durch Krämpfe in der kontralateralen oberen Extremität, Facialis- und Hypoglossisparese, bedingt durch geringgradige, länger dauernde Blutung im unteren Teil der rechten vorderen Centralwindung. Anstieg der Temperatur erforderte die Operation. Ein drohender Hirnprolaps wurde durch Schwammkompression verhindert. Nach 44 Tagen erfolgte völlige Heilung. Aehnlich liegt folgender Fall. Ein Schlossergehilfe geriet nachts in trunkenem Zustande mit seinem Freunde in Streit, erhielt mit einem Taschenmesser einen Stich in die rechte Schläfe. Der kleinen, nicht blutenden Wunde wurde wenig Beachtung geschenkt, sie wurde genäht und verbunden; nach acht Stunden war der Tod eingetreten. Es war in diesem Fall das Taschenmesser glatt durch die rechte Schläfe tief ins Gehirn eingedrungen, der Grad der Verletzung nicht erkannt, eine umfangreiche Blutung aufgetreten und unter Bewußtseinsverlust der Tod nach acht Stunden herbeigeführt. Daraus geht hervor, daß jene Schädelstiche mit besonderer Vorsicht zu beurteilen sind, bei denen anfänglich jede Symptome fehlen und erst die nachträgliche Blutung gefahrbringend wird. Prinzipiell soll daher jede Schädelverletzung unter ständiger Kontrolle des Arztes bleiben, um sofort chirurgisch eingreifen zu können, sobald bedrohliche Hirnsymptome auftreten.

Ein dritter Fall einer Schädelverletzung ist noch eingehend beschrieben, deren Folgen erst bei der Wundversorgung klar wurden. Durch einen gegen das Hinterhaupt mit großer Kraft geführten Stich kam eine Verletzung der Arteria occipitalis mit konsekutivem Haematom unter der Kopfschwarte zustande. Später zeigte sich, daß ein Stichbruch der Schädelkapsel eingetreten war, wobei ein eingedrücktes Knochenstück den verletzten Sinus transversus komprimierte und so den Blutaustritt verhinderte. Durch den Knochenspalt sah man an die Dura mater. Nach Entfernung des Knochenfragmentes wurde die Sinusverletzung klar, deren starke Blutung durch Tamponade gestillt wurde.

6. Aufschneider, Wien — Rollitsch-Sauerbrunn: Bemerkungen zu dem Artikel: **Ein Beitrag zur Wirkung der Wechselstrombäder bei Arteriosklerotikern mittleren Grades** von Dr. C. Pöhlmann. Zum Referat nicht geeignet.

Bücherbesprechung.

Die Epilepsie. Von Dr. Georg Buschan in Stettin. (Die wichtigsten Nervenkrankheiten in Einzeldarstellungen für den praktischen Arzt. Herausgegeben von Dr. med. Georg Flatau in Berlin. Heft 7.) Verlag von Benno Konegen, Leipzig.

Der Verf. hat in seiner Monographie alles das gebracht, was der praktische Arzt über die Epilepsie und ihre Behandlung wissen muß.

Epileptisch wird nach seiner Auffassung, die sich an die von Sarbos anschließt, nur derjenige, der eine entsprechende, angeborene Konstitution hat. Alle übrigen Faktoren, die für die Entstehung der genuinen Epilepsie ins Feld geführt werden, sind nur als auslösende anzusehen, die nur dort Epilepsie veranlassen, wo hereditäre Belastung vorliegt. Aeußerlich dokumentiert sich diese Belastung in sogenannten Degenerations- und Entartungszeichen des Körpers. Epilepsie resp. Geisteskrankheit in der Ascendenz sind es, die dem Organismus in der Keimanlage die Disposition zur Epilepsie geben.

Für praedisponierend hält B. nur noch den Alkoholismus der Eltern, gleichviel ob er chronisch oder nur im Augenblicke der Zeugung vorhanden war.

Gegenüber diesen Momenten seien die übrigen angeblich praedisponierenden Faktoren: Blei, Syphilis, Gicht, Morphium — der Eltern — schwer zu beweisen.

Als auslösende Ursachen sieht B. psychische Momente, Infektionskrankheiten, Vergiftungen, Alkoholmißbrauch — bei vorhandener Disposition — an.

B. bespricht ferner die Auslösung epileptischer Anfälle auf reflektorischem Wege, er verweist auf die Bedeutung des Kopftraumas, des Alters und alle übrigen Möglichkeiten der Entstehung epileptischer Anfälle.

Der nächste Abschnitt ist der Symptomatologie gewidmet und behandelt die drei Formen: die Epilepsia major, die Epilepsia minor und die epileptischen Aequivalente. Verf. weist auf die forensische Bedeutung der Dämmerzustände hin und führt eine Reihe bemerkenswerter Handlungen auf, die von Kranken in diesem Zustande begangen wurden. Gestreift werden auch die psychischen Störungen und die epileptischen Psychosen.

Die Theorien, die über die Natur der Epilepsie existieren, werden in dem Kapitel Pathogenese erörtert. Verf. hält es für das wahrscheinlichste, daß sich im Körper des Epileptikers von Zeit zu Zeit Giftstoffe bilden, bekennt aber, daß wir uns zur Zeit hier auf hypothetischem Gebiete bewegen.

In dem Abschnitt über Therapie behandelt B. zunächst die Prophylaxe. Er tritt für eine staatliche Bekämpfung des Alkoholismus ein und wünscht ein staatliches Verbot der Heirat Epileptischer. Er bezeichnet als die Pflicht des Arztes, Epileptische, welche die Ehe eingehen wollen, auf die gefährdete Nachkommenschaft hinzuweisen und ihnen vom befruchtenden Verkehr abzuraten.

Weiter macht er auf die Berücksichtigung der Reflexepilepsie aufmerksam und schließt sich dem Rate Oppenheims an, der dahin geht, eine Bandwurmkur zu verordnen, einen Nasenpolypen zu entfernen etc. — da man hierdurch keinen Schaden stiften, wohl aber eine Heilung der Epilepsie event. anbahnen kann.

Sehr eingehend bespricht Verf. die eigentliche Therapie der Epilepsie durch hygienisch-diätetische, medikamentöse und operative Maßnahmen. Er bringt eine ganze Menge von Rezepten, deren Bestandteile er vorher einzeln besprochen hat. Auch einige der wichtigsten Geheimmittel und ihre Zusammensetzung nennt er.

Die chirurgische Behandlung will B. nur für eine ganz beschränkte Zahl von Fällen Jacksonscher Epilepsie, sowie für bestimmte Krampfzustände im Kindesalter, vielleicht auch für gewisse luetische Geschwülste im Gehirn reserviert wissen.

Nachdem Verf. dann noch die Behandlung des einzelnen Anfalles beschrieben hat, wendet er sich zum Schluß der Anstaltsbehandlung der Epileptiker zu, welcher er Worte der Anerkennung und Empfehlung widmet.

Die Monographie ist sachlich geschrieben, steht auf modernem Boden und verdient es, warm empfohlen zu werden.

Fleischer.

Ueber Diagnose und Behandlung äusserer Augenerkrankungen. Ophthalmologische Winke für praktische Aerzte. Von Dr. O. Lange, Braunschweig. Verlag von Carl Marhold, Halle a. S. 1906.

Die Erkrankungen des Sehorgans, die sich ohne Augenspiegel diagnostizieren lassen, die also allein der Behandlung des praktischen Arztes überlassen werden sollten, werden kurz und klar besprochen. Findet auch der Fachmann in dem Heftchen nichts neues, so wird der Praktiker, der der Ophthalmologie ferner steht, manche Erinnerung gern auffrischen. Es berührt sehr angenehm, daß Verf. in therapeutischen Dingen konservativ, ein Anhänger der alten erprobten Methoden und nicht novarum rerum studiosus ist.

Kurt Steindorff.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Der Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P. Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 10. Juni 1907. Nr. 23.

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne vorherige Genehmigung nicht gestattet. — Nachdruck der Rundschau und der Mitteilungen ist nur mit Quellenangabe gestattet.

Originalien.

Ueber die Behandlung der akuten infektiösen Konjunktivitis.

Von Dr. **N. Tschumakow**, Militärarzt, Lutzk (Rußland).*)

Im Herbst vorigen Jahres hatte ich Gelegenheit, eine kleine Epidemie von akuter infektiöser Konjunktivitis zu beobachten.

Die eventuellen Infektionskeime (Koch-Wechssche Bakterien, Pneumococcen, Diplococcen u. s. w.) in Betracht ziehend, sowie in Berücksichtigung des Umstandes, daß das beste Mittel Argentum nitricum bisweilen nicht angewendet werden kann, und zwar erstens, weil die Schleimhaut in den ersten Krankheitstagen etwas trocken ist, und zweitens, weil manche Patienten täglich nicht zum Arzt behufs Vornahme der Aetzung hinauskommen können, beschloß ich, den Kranken etwas nach Hause mitzugeben, und wählte zu diesem Zwecke die Sozojodolsalze, welche eine gute bakterizide Wirkung besitzen. Das Sozojodol hat folgende chemische Formel:

$$C_6H_2 \begin{cases} J \\ OH \\ SO_3H. \end{cases}$$

In den Sozojodol-Präparaten ist der Wasserstoff der Sulfosäure durch Zincum, Natrium, Kalium oder Hydrargyrum ersetzt. Ich habe das Sozojodol-Zincum in 5%iger, das Sozojodol-Natrium in 10%iger Lösung angewendet.

Die bakterizide Kraft des Sozojodol-Zincum gleicht derjenigen des Sublimats. Die Resultate meiner an Patienten angestellten Beobachtungen sind so günstig, daß ich es für meine Pflicht erachte, sie zu veröffentlichen.

Ich habe 14 Fälle beobachtet: 7 Fälle von infektiöser Konjunktivitis bei Soldaten, 3 Fälle von infektiöser Konjunktivitis in der Privatpraxis, 2 Fälle von infektiöser Konjunktivitis mit Trachom und 2 Fälle von Konjunktivitis mit Phlyctänen. Sämtliche Fälle verliefen so, daß unter dem Einflusse der Sozojodol-Behandlung die akuten quälenden Erscheinungen rasch verschwanden: das Oedem der Augenlider, die Hyperaemie des Bulbus, das Hämmern in den Schläfen, die Pulsation an den Augen verschwanden in 1 bis 2 Tagen, die Eitersekretion ließ am 3. Tage nach, und häufig konnte am 5.—6. Tage vollständige Heilung festgestellt werden. In den hartnäckigen Fällen, in denen die Eiterung nicht aufhören wollte, verwendete ich, ohne das Sozojodolsalz wegzulassen, auch Argentum nitricum in 2%iger Lösung, welches im zweiten, d. h. suppurativen Stadium vorzüglich wirkt. In den ersten Krankheitstagen, so lange die Schleimhaut trocken ist, und die Augenlider hartnäckige Schwellung zeigen, wird das Argentum nitricum nicht vertragen.

*) Aus dem Russischen von M. Lubowski, Berlin-Wilmersdorf.

Beim Einträufeln von Sozojodol-Salzlösungen verfahre ich folgendermaßen: Der Patient läßt sich liegend und die Augenlider hochhebend in das Auge einen Tropfen Sozojodol-Lösung ein, sucht dieselbe durch Bewegungen des Augapfels gleichmäßig zu verteilen und behält die Lösung 3 Minuten. Diese Prozedur wird zwei bis dreimal täglich wiederholt.

In Bezug auf die Aufbewahrung der Lösung habe ich die Wahrnehmung gemacht, daß man dieselbe vor der Lufteinwirkung schützen muß, weil in offenen Gefäßen (Augenwannen) eine Abspaltung von Jod stattfindet, welches die Flüssigkeit bräunlich färbt; in geschlossenen Gefäßen hält sich die Flüssigkeit lange. Sozojodol-Zincum in 5%iger Lösung wirkt energischer als Sozojodol-Natrium (Dräher), reizt aber stärker als dieses, und infolgedessen setze ich zu Sozojodol-Zincum-Lösung Kokain hinzu. Aus der konzentrierten 6%igen Sozojodol-Zincum-Lösung fallen bei Zimmertemperatur Kristalle aus, die beim Schütteln und Erwärmen sich wieder lösen. Ich habe auch bei der Behandlung meiner Fälle kalte Umschläge auf den Kopf angewendet (Lustwerk, Ueber die Behandlung von akuter Infektiöser Konjunktivitis auf dem Lande. Russki Medicinski-Westnik 1905, Nr. 9) und kann sagen, daß dieselben auf die Blutwallungen, auf die arterielle Pulsation in den Schläfen, sowie auf die Kopfschmerzen einen vorzüglichen Einfluß ausüben und den Schlaf fördern.

Die Superposition von Erweiterung auf Neurosen des Herzens.

Von Dr. **Paul C. Franze** (Bad Nauheim).

(Schluß.)

Wie oben schon angedeutet, ist es berechtigt anzunehmen, daß die nervösen Zentren im Herzen selbst Sitz von Störungen sein können. Wir entnehmen wiederum dem Werke Rosenbach's folgendes über deren Natur: nach den Untersuchungen von His und Romberg sind die Herzganglien vorgeschobene Teile der Sympathicusganglien. Diese aber gehören nach Onodi zum Gebiet der hinteren Wurzeln, also zum sensiblen Teil des Nervensystems. Da aber die Automatie des Herzens nur aus der Fortleitung motorischer Impulse durch die Ganglienzellen seine Erklärung findet (abgesehen von der myogenen Theorie s. o.), so nimmt Rosenbach an, daß in sensiblen und motorischen Nerven stets Impulse nach beiden Richtungen geleitet werden und daß die Herzganglien das gleiche tun. Sie leiten Reize mit oder ohne Vermittlung von Nervenzweigen, d. h. unmittelbar durch das Protoplasma des Herzmuskels. Zerstörung der Ganglienzellen setzt die Synergie des Herzens und die Kraft und Regelmäßigkeit der Kontraktionen herab.

Somit ist bewiesen, daß nervöse Störungen des Herzens, mögen sie sich auf sensiblem oder motorischem Gebiet äußern,

oder auf beiden zugleich. zunächst einmal ihre Ursache in den Ganglien des Herzens selbst haben können.

Beim Sympathikus erinnern wir uns zunächst des engen Zusammenhanges zwischen sexuellen Reizzuständen und Herzneurosen. Der Sympathikus steht in nahen Beziehungen zu beiden Sphären und außerdem zum ganzen großen Gebiet des Abdomens; außerdem liefert er alle Gefäßnerven. Nun ist es einleuchtend, daß in keinen sonstigen Teilen des Körpers so viele und häufige Gelegenheit zur Ausbildung von chronischen Reizzuständen gegeben ist, wie in den Eingeweiden des Abdomens und im Urogenital-System, beim Manne wie beim Weibe. Ferner können zweifellos die großen Geflechte und Ganglienknoten des Sympathikus selbst Sitz von nervösen Störungen sein, entsprechend der Erschöpfung, bezw. den Reizzuständen des Gehirns und Rückenmarks, welch' letztere ja sonst das Krankheitsbild der Neurasthenie ausmachen. Ich erinnere nur an die schon beschriebene (von wem ist mir leider nicht gegenwärtig) und auch von mir mehrfach beobachtete Neurose des plexus coeliacus, deren Kardinalsymptome sind: Schmerzparoxysmen seiner Lage entsprechend, Polyurie und Darmstörungen, zu welchen Zeichen sich mannigfache andere hinzugesellen können. wie paroxysmale Supersekretion von Magensaft, Erbrechen und Herzbeschwerden.

Können nun aus dem Verzweigungsgebiet des Sympathikus derartige periphere Reize überhaupt zum Herznervensystem reflektiert werden, so werden wahrscheinlich viele Herzneurosen auf Reflexe vom Sympathikus aus zurückzuführen sein.

Nun ist die Möglichkeit des Ueberganges von Reizzuständen im Verzweigungsgebiet des Sympathikus auf die Herznerven in mehrfacher Art gegeben:

1. Können Erregungen der Endverzweigungen durch die in den Bahnen des Sympathikus verlaufenden sensiblen spinalen Elemente dem Rückenmark direkt zugetragen werden und so durch Reflex auf die sympathischen oder Vagus-Fasern des Herzens übergehen.

2. Haben wir wie oben auseinander gesetzt allen Grund zur Annahme, daß der Sympathikus selbst sensible Fasern führt; diese können dann auf zwei Wegen Reize zum Herzen leiten; erstens wiederum durch Vermittlung des Rückenmarks und zweitens entlang dem Grenzstrange selbst, aus dem sie durch das ganglion cervicale supremum zum Vagus oder durch den plexus cardiacus zu den Sympathicusfasern des Herzens gelangen können.

3. Endlich müßte nach Rosenbach's Theorie der Sympathicus wie alle andern Nerven auch ohne sensible Fasern zentripetal leiten können. Ich kann natürlich nicht beurteilen, in wie weit diese Annahme richtig ist.

Endlich kann man den Sympathicus zu gewissen der sogenannten Vagusneurosen in Beziehung bringen und diese auf Reflexe aus jenem zurückführen.

Bei der paroxysmalen Tachykardie, bei der es sich um eine Vaguslähmung handelt, ist dies allerdings nicht wohl möglich; es sei denn, man wollte diese Anomalie überhaupt nicht als Lähmung des Vagus. sondern als Reizung seiner beschleunigenden Fasern und des N. Accelerans cordis auffassen, wozu aber kein zwingender Grund vorliegt.

Die bradykardische Neurose aber, die Reizung des Vagus, kann man sehr wohl als durch Reflex aus dem großen Gebiet des Sympathicus bedingt auffassen. Dasselbe gilt von der digestiven Reflexneurose; ja hier, wie überall, wo Arrhythmie vorhanden ist, stimme ich wiederum Rosenbach bei, der ausführt, daß man diese nicht von einer bloßen quantitativen Veränderung des Vagustones ableiten kann. Vielmehr handelt es sich hier um ein Mißverhältnis zwischen den hemmenden und erregenden Zentren, die in der Norm harmonisch zusammenwirken. Wo alo Pulsunregelmäßigkeit beobachtet wird, muß der Sympathicus, oder auch das Herz, bezw. seine Ganglien selbst beteiligt sein.

Wie viel auf Rechnung jedes einzelnen dieser drei Nervengebiete bei Herzneurosen zu setzen ist, läßt sich praktisch nur in einer Anzahl der Fälle entscheiden:

An sich wird das größte und ausgebreitetste derselben am häufigsten Sitz von Störungen sein, und das ist das System des Sympathicus. Stets werden wir nach lokalen Krankheitsherden in der Bauch- und Beckenhöhle zu forschen haben, namentlich im Urogenitaltrakt beim Manne und im Uterus und seinen Adnexen beim Weibe, und werden geneigt sein, Herzneurosen bei gleichzeitigem Nachweis solcher Herde als Reflexe vom Sympathicus aufzufassen, und ebenso wird bei allgemeiner Neurasthenie mit nervösen Herzbeschwerden in erster Linie an eine Beteiligung der großen sympathischen Geflechte und Ganglien zu denken sein, von wo aus der Reiz dem Herzen zugeleitet werden kann.

Zum Schlusse kommt es noch darauf an, eine Erklärung dafür zu geben, wie zu den verschiedenen Arten der Herzneurosen eine Erweiterung sich hinzugesellen kann.

Die Arbeit des Herzens besteht ja darin, mit jeder Zusammenziehung die in seinen Kammern enthaltene Blutmenge in die Arterien zu treiben. Es muß also das Herz die Trägheit der Blutsäule und die durch die Reibung etc. bedingten Widerstände überwinden. und das Blut übt somit einen beträchtlichen Innendruck auf die Ventrikelwände aus. Reicht aus irgend welchem Grunde die Kraft der Kontraktionen nicht wenigstens aus, um die Widerstände bis zu einem gewissen, zur Aufrechterhaltung

Feuilleton.

Pymont in alten Zeiten.

Von **Dr. E. Roth.**

Es naht sich wieder die Zeit, wo die Bäder aufgesucht werden, wo die Kranken an die Heilquellen strömen und Heilung von ihren Gebrechen suchen, und wo die Aerzte bestürmt werden, namentlich von ihren Klientinnen, welches Bad soll aufgesucht werden und welche Soole, welches Stahlwasser wird die erschütterten Gesundheitszustände wieder herstellen und in alter Frische erstehen lassen.

In nicht gar seltenen Fällen wird da Pyrmont verordnet, und, wenn auch unsere Schilderung sich nicht mit den heutigen Zuständen dieses reizend gelegenen Ortes befassen soll, so wird es doch Manchen und Manche wohl interessieren, wie es dort in alten Zeiten zugegangen ist, was für Heilkräfte man den dortigen Quellen zuschrieb und was dergleichen mehr ist.

Vorausschicken wollen wir nur, dass Pyrmont seinen Stahlquellen den Ruf verdankt, welchen es mit Recht besitzt, dass aber auch kohlensäurereiche Soolquellen zur Verfügung stehen, welche teilweise mit ihrem Eisengehalt vorzügliche Kuren zu Wege bringen.

Die älteste mir vorliegende Schrift über unser Bad datiert von 1661: Kurtze Beschreibung des pyrmontischen Sauer-Brunnens, sonst genand der Heilige Brunn, so für undenklichen Jahren bey dem Schloss Pyrmont entstanden; wie man denselben seiner Natur und Krafft nach mit Nutzen, sowohl innerlich als äusserlich gebrauchen sol; durch Georgium Bolmannum, Med. ord. der Stad Hameln . . . Gedruckt zu Rinteln bey Petro Lucio. Klein 8°. 8 Blatt. 160 Seiten.

Was die Zeit anlangt, seit welcher der Brunnen zur Heilung menschlicher Gebrechen Verwendung findet, so lässt sich genaues wohl schwerlich ermitteln. Unser Gewährsmann vermochte nur zu eruiren, dass dieser Brunn im Jahr Christi 1502 bereits in grossem Beruff gewesen sey; aber in grössern Beruff ist er anno 1556 kommen, dass auch sein Geschrey in weite Länder erschollen.

Der Heilige Brunn — natürlich vermag ich nur Bruchstücke der Schrift zu zitieren — wird auch wegen seiner Quellen, Brudelns und Rauschens der Brudelbrunn genand, denn er gleich einem mit Wasser siedenden grossen Kessel über eine Elen hoch mit einem grossen Geräusch auss der Erden springt . . . Alldieweil aber die Leute theils auss Unverstand, theils auss blosser Simplicitet, wie gemeinlich zu geschehen pfleget, vermeined, dass der Brunn ohne Unterscheid alle Schwachheiten und Gebrechen, auch vom Mutterleibe Lahme und Krüppel



der normalen Zirkulation notwendigen Minimum überzukompensieren, so muß das Herz unter dem Druck der auf seinen Innenwänden ruhenden Blutsäule nachgeben und sich ausdehnen. Den Anteil der Arterien an der Blutbewegung übergehe ich hier absichtlich, da er die Beweisführung, um die es sich hier handelt, nicht berührt. Schwäche der Systolen über ein gewisses Maß hinaus wird also auf die Dauer von Erweiterung der Kammern gefolgt sein können.

Nun finde ich in der Literatur der letzten Zeit einige spärliche Bemerkungen, die auf diesen Punkt bezogen werden können. Nach einem Referat der Münchener Med. Wochenschrift vom 12. Jan. 04 hat Rehfisch im Verein für innere Medicin zu Berlin einige Mitteilungen über nervöse und kardiale Arrhythmie gemacht, die uns einiges Interessante bieten. Er unterscheidet zwei Stadien der neurasthenia cordis. Im ersten sind keine Arrhythmien vorhanden, im zweiten jedoch sind solche in größerem Umfang da und beruhen auf muskulärer Erkrankung des Herzens; sie sind durch Extrasystolen bedingt. Das Zustandekommen der muskulären Erkrankung des Herzens erklärt Rehfisch folgendermaßen. Die erhöhte Reizbarkeit des Herzens bei Neurasthenikern ruft häufige Beschleunigung seiner Schlagfolge hervor. Die Diastole aber stellt die Erholungszeit des Herzens dar; häufige und andauernde Herabsetzung der Dauer der Diastole beraubt daher das Herz seiner normalen Erholung und schädigt auf die Dauer seine Muskulatur.

Im Zentralblatt für innere Medizin (11. Febr. 05) finde ich ein kurzes Referat über einen Artikel von E. H. Colbeck in „The Lancet“ vom 9. April 1904 über „Dilatation of the Heart“. Demnach führt Colbeck aus, daß alle Arten von Herzerweiterungen ein gemeinschaftliches ursächliches Moment haben, nämlich eine absolute oder relative Verminderung oder Aufhebung des Muskeltonus. Diese begrenzt die Größe der diastolischen Erschlaffung und bedingt die normale Kraft der Systole. Der Tonus des Herzmuskels nun kann durch nervöse Einflüsse oder Ernährungsstörungen verloren gehen. Das Nervensystem ist von größter Wichtigkeit für die Aufrechterhaltung und Regulierung des Muskeltonus.

So sehen wir, daß auch andere Autoren auf die Idee gekommen sind, daß nervöse Störungen des Herzens organische Veränderungen hervorrufen können; der eine findet eine Schädigung der Muskelfasern durch Verkürzung der Erholungspausen, der andere Dilatation durch Verlust des Muskeltonus, der von der nervösen Regelung abhängig ist. Ferner wissen wir aber, daß es ein Charakteristikum aller von Neurosen befallenen Organe ist, daß sie neben einer erhöhten Reizbarkeit eine Herabsetzung ihrer Funktionstüchtigkeit darbieten, und, wie wir oben sahen, kann bei langdauernder Verminderung der Energie der Kontraktionen das Herz sich infolge des Innendruckes des Blutes erweitern.

Was zum Schlusse Prognose und Therapie der auf Neurosen superponierten Erweiterungen anlangt, so sind nach den beobachteten Fällen zu schließen, diese Affektionen dankbare Objekte geeigneter diätetischer und physikalischer Behandlungsmethoden, unter welch' letzteren ich namentlich eine individualisierende Elektrotherapie mittels Wechselstrom- oder Vierzellenbäder in Verbindung mit kohlensäurehaltigen Thermalsoolbädern als wirksam schätzen lernte.

Kongressbericht.

Der XXIV. Kongreß für innere Medicin

zu Wiesbaden, 15. bis 18. April 1907.

VII. Sitzungstag:

Herr Grober-Jena: Massenverhältnisse des Herzens bei künstlicher Arterienstarre.

Verfasser hat Kaninchen längere Zeit mit Adrenalin behandelt, um die Frage zu studieren, wie sich dabei das Herz verhält, insbesondere, ob sich der linke Ventrikel dabei vergrößert. Unter Benutzung der Müllerschen Wägemethode kommt er zu folgenden Schlüssen:

1. Die fortgesetzte Adrenalinbehandlung bringt neben anderen Organveränderungen eine Arbeitshypertrophie des Herzens hervor, die mit Ausnahme der des linken Ventrikels der Dauer der Behandlung parallel geht.

2. Die isolierte Starre der Brustaorta, bedingt durch Arteriosklerose der Aortenwand, erzeugt eine der Intensität der Aortenerkrankung parallel gehende Hypertrophie des linken Ventrikels. Dieser Nachweis kann als eine experimentelle Stütze der von Romberg, Hasenfeld und Hirsch ausgesprochenen Anschauung gelten, daß eine isolierte Arteriosklerose der Brustaorta des Menschen eine Hypertrophie des linken Ventrikels des Herzens erzeugt. (Autoreferat.)

Herr Julius Rihl-Prag: Ueber den Venenpuls nach experimenteller Laesion der Trikuspidalklappen.

Die Zerstörung der Klappe geschah mittels einer durch die V. jug. extr. in die rechte Kammer eingeführten geknöpften Sonde, die an ihrem unteren Ende abgebogen ist und an der konvexen Seite des Bogens eine Schneide trägt.

Blinde und von bösem Geist Besessene heilen könnte, . . . als ist der gerechte Gott dadurch erzürnet, indem er denselben die Krafft eine zeitlang verschlossen und zugedecket . . .

Ich habe dann observiret, dass sonderlich im Anno 1651 und folgende Jahre der Brunn auch innerlich zum Trincken häuffig ist gebrauchet . . . Ich habe die Beschreibung desselben in zwey Theile abgetheilet. Im ersten wird gehandelt, wie und auff was Weise der Brunn innerlich und in welchen Kranckheiten sol gebrauchet werden. Im andern wird vermeldet, wie und welcher Gestalt er äusserlich zu adhibiren sey.

Aus dem Wasser wird eine adstringirende und zusammenziehende Säure auf der Zunge empfunden, welcher Geschmack eigentlich von der Minera ferri und Ochra ferrosa oder Eisenberggeel herrühret. Darnach hat man auss dem Geschmack eine vitriolische adstringirende grosse Schärfe und Räse (?Quid?) zu verspüren. Das Vitril, so wir haben, wird vitriolum cupri oder veneris, das ist Kupffer-Vitril, genand. — Das dritte Stück, so unserem Brunn mitgeteilet ist, stellet nitrum oder Salpeter dar. Fürs vierdte ist auch diesem Wasser ein alumen oder Alaun vermischet, fürs fünffte und letzte ist auch etwas salis crystallini, das ist Crystallin-Salzes diesem Brunn mitgetheilet.

Warumb aber, sobald das Wasser warm wird, alle Spirituosität sich verlieret, ist diese Ursach: dass zweyerley spiritus seyn, volatiles und fixi, flüchtige und unflüchtige. Die flüchtige Spirituosität, so in diesem kalten Wasser, ist gantz subtil, kommet her von den Erdsäfften; so bald nun der Brunn warm gemacht wird, so spürt man nichtes mehr von den volatilischen Geistern, sondern werden durch die Wärme praecipitiret, und mit den Erd-Säfften wieder conjungiret. Am Ort selber wird der Brunn anstatt des gemeinen Trancks nicht allein für den Durst getrunken, sondern sie machen auch warme Suppen davon; sie befinden sich darnach frisch und gesund, wüsten auch in ihren Dörffern von keinen Kranckheiten, allein sie müsten klagen, dass ihnen treflich darnach hungerte.

Medicinisch eröffne der Brunn, incidiret und attenuiret, das ist löseauff, und machet dünn alle crassos et tartareos humores, das ist dicke und zähe Feuchtigkeiten, so mehrentheils in partibus mesenterii, circa viscera primae et secundae concoctinonis, das ist, so in den Theilen des Unterleibes, in und um den Magen, Gedärm hart und gleichsam als ein Stein verschlossen liegen. Er stärcket auch daneben gemeldte Glieder.

Fürs ander, in dem er nun das natürliche Temperament des Menschen und den tonum viscerum erhält, erwärmet er auch mittelmäßig, ist nicht zu hitzig noch zu kalt, und wird mit grossem Nutzen zu hitzigen und kalten Krankheiten gebraucht.

Fürs dritte reiniget und vertreibet dieser Brunn, dass der Leib von seiner Unreinigkeit entledigt werde.

(Fortsetzung folgt.)



Zur Verzeichnung des Venenpulses wurde verwendet 1. die Trichtermethode, 2. die Knollsche Wassermanometermethode, jedoch ohne Zufluß. Die mit diesen beiden Methoden gewonnenen Ergebnisse stimmen im Prinzip völlig überein.

Ob und in welcher Ausdehnung die Trikuspidalklappe zerstört worden war, wurde 1. durch unmittelbare Inspektion der Klappen am durchströmten schlagenden Herzen nach Abtragung des rechten Vorhofes und 2. durch die Sektion festgestellt.

Bei ausgiebigen Klappenlaesionen kam es zu deutlichem Kammervenenpuls; bei minder ausgiebigen, bei der unmittelbaren Inspektion und Sektion jedoch deutlich nachweisbaren Laesionen kam es zunächst jedoch zu keiner wesentlichen Veränderung des gewöhnlichen Vorhofvenenpulses. Es kam jedoch in den letzteren Fällen unter Umständen, unter denen sonst ein Kammervenenpuls nicht aufzutreten pflegt (Vagusreizung, geringgradige Erstickung), sehr bald zu Kammervenenpuls.

Um in dem Stadium des Ueberganges vom Vorhof- zum Kammervenenpuls zu entscheiden, ob es sich um Kammervenenpuls oder Kammerstauungswelle handelt, kann man sich an den Karotispuls halten: Die Kammerstauungswelle kommt, selbst wenn der Vorhof nicht schlägt, nach dem Karotispuls, die Kammerpulswelle, wenn sie deutlich ausgeprägt ist, vor demselben.

Herr Fritz Falk-Graz: Ueber Adrenalinveränderungen an den Gefäßen und deren experimentelle Beeinflussung.

Die durch intravenöse Adrenalininjektionen hervorgerufene Arterionekrose kann durch Mitinjektion von verschiedenen Substanzen an ihrem Entstehen gehemmt oder gehindert werden. Diese hemmende Wirkung wurde experimentell nachgewiesen bei Injektionen von mäßigen Mengen junger Bouillonkulturen von Staphylococcus aureus, von Terpentinöl, von Aleuronat, von abgetöteten Staphylokokkenleibern, von Pyozyaneusprotein. Hierher gehören auch Jodipin und Sesamöl. Entsprechend der diesen Substanzen gemeinsamen positiv-chemotaktischen Eigenschaft muß der Satz aufgestellt werden, daß allgemeine Hyperleukozytose das Auftreten der Adrenalinnekrosen an den Gefäßen hemmt. Die gleiche Wirkung scheint auch erhöhte Lymphspülung im Organgewebe zu haben. Dagegen wird der histioide Gefäßprozeß selbst nach kurzer Injektionszeit enorm gesteigert durch subkutan eingebrachte, hauptsächlich nekrotisierend oder toxisch wirkende Körper, wie Krotonöl, Gummigutti und Staphylokokkusgift. Passagere Blutdrucksteigerung ist für das Zustandekommen der Gewebsveränderungen in der Media als prädisponierendes oder präparatorisches Moment notwendig. Es läßt sich der Effekt der Adrenalininjektion in Nachahmung der Wirkung ihrer beiden Komponenten, der blutdrucksteigernden und der toxischen, in ähnlicher Weise erzielen durch mechanische Erhöhung des arteriellen Druckes und durch gleichzeitiges Einverleiben einer schädlichen Substanz.

Herr Magnus-Alsleben-Jena: Ueber relative Insuffizienzen der Herzklappen.

Zur Erklärung der akzidentellen Herzgeräusche werden in erster Linie die relativen Klappeninsuffizienzen herangezogen. Es wurden Versuche angestellt, um zu prüfen, ob die Annahme von der Häufigkeit ihres Vorkommens experimentell gestützt werden kann oder nicht. Zu diesem Zwecke wurde die Schlußfähigkeit der Mitralis und Trikuspidalis bei Hunden und Kaninchen durch Kochsalztransfusion und durch Aortenabklemmung geprüft. Selbst bei vorher krank gemachten Tieren mißlang es fast immer. Nur in zwei Fällen (einmal frischer Aortenfehler + akute Endocarditis + Transfusion und einmal bei einem mit Adrenalin behandelten Kaninchen) trat eine funktionelle Insuffizienz der Mitralis auf. Hieraus ergibt sich, daß die relativen Klappeninsuffizienzen wohl nicht so häufig sind, um sie für die Entstehung von akzidentellen Herzgeräuschen verantwortlich zu machen.

Herr Wolffhügel: Zur Differentialdiagnose zwischen Herzbeutelergüsse und Herzvergrößerung.

Vortrag. empfiehlt zur Bestimmung der sogen. absoluten Herzdämpfung, bezüglich deren normaler Begrenzung immer noch keine Einigkeit erzielt sei, an Stelle der bisher üblichen, häufig im Stiche lassenden Technik die Anwendung der Finger-Fingerkuppen-Perkussion, einer Modifikation der von Plesch angegebenen Fingerhaltung; denn nur bei scharfer Abgrenzung der vorderen Lungenänder gelinge es, auch geringgradige Verschiebungen derselben bei Raumbeschränkung im vorderen Mittelfellraume nachzuweisen, sei es, daß sie in einer Vergrößerung des Herzens selbst oder des Herzbeutels begründet ist. Die Ergebnisse eingehender Untersuchungen an Gesunden, bezüglich der normalen Lage der Herz-Lungenränder und der physiologischen Schwankungen der Herzdämpfungsfigur werden kurz berührt. Da bei Herzvergrößerung sowohl, wie auch bei kleinen und mittelgroßen Herzbeutelergüssen die Verdrängungserscheinungen an den vorderen Lungenrändern, ihre freie Beweglichkeit vorausgesetzt, zwar charakteristisch, aber nicht ohne weiteres voneinander differenzierbar seien, empfiehlt Vortr. die schon von Karl Gerhardt 1864 angegebene vergleichende Untersuchung beim Wechsel der Körperhaltung und stellt folgende Leitsätze auf:

1. Findet man in vertikaler Körperhaltung den normalerweise abgrenzbaren zungenförmigen Fortsatz des linken Oberlappens verdrängt, den bei Gesunden links vom linken Brustbeinrande liegenden rechten Herz-Lungenrand unter den Brustbeinkörper verschoben und zeigt sich nach Einnahme der horizontalen Rückenlage der letztgenannte Lungenrand in seiner normalen Lage, der linke Oberlappen dagegen in seiner ganzen Ausdehnung auffallend weit nach oben und außen verdrängt, dann liegt ein kleiner Herzbeutelerguß vor; gleichzeitiges Bestehen einer Vergrößerung der linken Kammer ist nicht ausgeschlossen.

2. Verschwindet eine in vertikaler Körperhaltung rechts nachweisbare buckel- oder treppenförmige Verschiebung des unteren Mittellappenrandes nach Uebergang in die horizontale Rückenlage, dann kann eine Vergrößerung der rechten Kammer um so sicherer ausgeschlossen und ein Herzbeutelerguß diagnostiziert werden, wenn auch noch eine bedeutende Verdrängung des linken Oberlappens nach oben und außen einen Rückschluß auf Ueberfließen von Herzbeutelflüssigkeit aus dem höher gelegenen rechtsseitigen in den tiefer gelegenen linksseitigen Abschnitt des Herzbeutelraumes zuläßt. Doch ist beim Nichtverschwinden einer bei vertikaler Körperhaltung im rechten Herz-Leberwinkel nachweisbaren Dämpfung nach dem Uebergang in horizontale Rückenlage ein Herzbeutelerguß nicht ausgeschlossen.

3. Die als für Herzbeutelerguß charakteristisch angegebene Dreieckform der sogen. absoluten Herzdämpfung tritt erst bei hochgradiger Anfüllung des Herzbeutels mit Flüssigkeit auf.

4. Kleine und mittelgroße Herzbeutelergüsse sind viel häufiger, als man gewöhnlich anzunehmen scheint; sie lassen sich bei Anwendung der Finger-Fingerkuppenperkussion leicht erkennen und von Herzvergrößerungen unterscheiden.

Herr J. Wohlgemuth-Berlin: Experimentelle Untersuchungen über das Sekret der Bauchspeicheldrüsen des Menschen.

W. berichtet zunächst über Versuche, die er an einem Menschen mit einer Pankreasfistel angestellt hatte. Dieselben führen zu dem Resultat, daß nach Kohlenhydraten die Saftsekretion sehr stark ist, nach reiner Eiweißkost deutlich abnimmt und am geringsten nach Fettnahrung ist, daß Salzsäure die Sekretion mächtig anregt, Natron bic. dagegen hemmt. Bezüglich des Verhaltens der Fermente zeigte sich, daß das von Pawlow aufgestellte Prinzip, wonach die Fermente sich jedesmal der Nahrung anpaßten, für den Menschen nicht zutrifft. Hier stellte sich vielmehr die einfache Regel heraus, daß, je mehr Saft sezerniert wurde, um so geringer die Fermentmenge und je konzentrierter der Saft, um so größer der Fermentgehalt war. Für die Behandlung der Pankreasfistel ergab sich hieraus als geeignetes Regime eine Diät, bestehend aus Eiweiß und Fett unter Ausschluß sämtlicher Kohlehydrate, kombiniert mit häufigen mäßigen Dosen von Natron bicarbonicum. Diese Therapie wurde mit dem Erfolg angewandt, daß die Fistel sich in ganz kurzer Zeit schloß. Sodann berichtet W. über das Vorkommen eines Haemolysins im menschlichen Pankreassaft. Dasselbe ist im Stande, Blut der verschiedensten Tierarten und auch des Menschen zu lösen. Es fand sich im Saft in verschiedener Stärke, aber stets zeigte sich ein deutliches Parallelgehen zwischen Lipase und Haemolyse. Zusatz von Lezithin sensibilisiert das Haemolysin ganz beträchtlich. Ferner wurde durch Zusatz von Mangansulfat eine Verstärkung der haemolytischen Kraft erzielt. Schließlich gelang die Darstellung des entsprechenden Lezithins. Dasselbe ist in Wasser leicht löslich, bringt fast momentan eine komplette Haemolyse zu Stande und ist kochbeständig.



Herr Emil Kraus-Teplitz: Zur Behandlung des akuten und chronischen Gelenkrheumatismus.

Kr. hat bei akuten und chronischen Gelenkrheumatismen gute Erfolge erzielt durch Umschläge mit Leinensäcken, die mit Radium enthaltendem Uranerz gefüllt waren.

Herr Erich Meyer-München: Ueber einige oxydierende und reduzierende Fermentwirkungen von Körperzellen.

M. bespricht an der Hand von Beobachtungen über die Umwandlung von aromatischen Nitrokörper im Organismus, den Mechanismus dieser Reaktionen. Nitrobenzol wird über para-Nitrophenol in para-Aminophenol übergeführt. Diese Veränderung, die in einer Oxydation und Reduktion besteht, kommt durch Organfermente (intrazelluläre Fermente) zu Stande. Autolysierende Organe (Leber, Milz, Lunge) führen aromatische Nitrokörper in die entsprechenden Aminokörper über. Aus Lebern ließ sich eine biuretfreie Fermentlösung gewinnen, die ebenfalls diese Reduktionen ausführt. Die betreffenden Oxydations- und Reduktionsfermente sind in den einzelnen Organen in sehr verschiedener Menge vorhanden; in Körperflüssigkeiten (Aszites, Exsudaten etc.) fehlen sie, wenn diese nicht sehr zellreich sind.

Herr A. Bickel-Berlin: Ueber therapeutische Beeinflussung der Pankreassaftsekretion.

Die Pankreassaftsekretion untersteht nervösen Einflüssen und solchen vom Blute aus. Dadurch kann die Saftbildung gefördert und gehemmt werden. Nervöse Förderung der Sekretion findet z. B. statt nach Reizung des hungrigen Individuums durch Vorhalten von Speisen, Hemmung kann erzielt werden durch Aerger, starke sexuelle Erregung u. dergl. m. Abgesehen von diätetischen Maßnahmen kann die Sekretion durch Medikamente und Mineralwasser reguliert werden. Sekretionsfördernd wirken Sekretin, Salzsäure, Pilokarpin, Alkohol, Tinktura amara, Tinctura chinae compositae, Kochsalzwässer, Kohlensäure, die Sekretion hemmen Atropin, Morphium, Opium, Natron bicarb., Natron carb., Bitter- und Glaubersalz, Hunyadi-Janos, rein alkalische Wässer, während sich Friedrichshaller Bitterwasser und Karlsbader indifferent verhalten. Die Pankreassaftbildung ist durch das Bindeglied der Salzsäure bis zu einem gewissen Grad abhängig von der Magensaftbildung, deshalb rufen Störungen in der Salzsäureproduktion auch Störungen in der Pankreassaftbildung hervor. Diese Wechselbeziehungen zwischen Magen und Pankreassaftfunktion müssen bei der Therapie mehr berücksichtigt werden, als es bisher geschehen ist. (Autoreferat.)

Herr Ernst Meyer-Halle a. S.: Ueber Sahne-Pankreas-Klystiere.

Bei systematischen Untersuchungen über rektale Ernährung hat sich M. eingehender mit der Resorption der Fette beschäftigt und sich besonders bemüht, eine bessere Ausnützung derselben durch Zusatz von Pankreas, bezw. seiner Fermente etc. zu erzielen. Von Fettemulsion hat sich ihm eine 20- bis 25 proz. Sahne am trefflichsten bewährt. Aus Sahne-, Pepton-, Pankreatinklystieren wird hober Kalorienwert für den Körper nutzbar gemacht. Diese Klystiere sind leicht herzustellen, sehen gut aus, besitzen keine den Geruchsinn beleidigenden Eigenschaften. Sie werden gut gehalten, reizen den Darm auch bei längerer Anwendung nicht. M. hofft (auf Grund anderer Versuche mit Oelpankreasklystieren) durch Zusatz von Galle, resp. gallensaurer Salze bei gleicher Ausnutzbarkeit die Verweildauer auch dieses Klysmas noch abkürzen zu können und so noch günstigere Bedingungen zu schaffen. Letztere Untersuchungen sind noch nicht abgeschlossen.

Herr Schloß-Wiesbaden: Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß vegetabilischer Nahrung auf die Dauer der Intensität der Magensaftsekretion.

Sch. führt aus, daß es sich bei dem Krankheitsbilde der Hyperazidität nicht um die Sekretion eines Saftes mit abnorm hohem Säuregehalt handelt, sondern daß sich die Steigerung des Säuregehaltes im Mageninhalt auf die Abscheidung ungewöhnlich großer Mengen normal sauren Saftes zurückführen läßt. Es kommt deshalb bei der Therapie nicht so sehr darauf an, die in den Magen bereits abgeschiedene Säure zu binden, als vielmehr darauf, die Abscheidung überschüssiger Saftmengen einzuschränken.

Versuche an Tieren haben gezeigt, daß vegetabilische Nahrung in geeigneter Form einen viel geringeren Reiz auf die Magensaftsekretion ausübt, als Fleisch- und Eiweißnahrung. Bei Hyperazidität und Reizzuständen des Magens empfiehlt es sich deshalb, von der bisher noch herrschenden, vorwiegenden Fleisch-Eiweißdiät abzugehen und vorwiegend vegetabilische Kost, allerdings in passender Form und mit sorgfältigster Auswahl zu reichen.

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. Mai 1907.

Tagesordnung:

Marmorek, Paris (a. G.): Ueber neue Tuberkuloseforschungen.

Die wesentlichsten Punkte der Ausführungen sind: die Feststellung einer regelmäßigen Bacillaemie im Verlaufe der fortschreitenden Tuberkulose, die Abschwächung der Virulenz der Bazillen im kreisenden Blute; mit Hilfe so abgeschwächter Bazillen ließ sich die Frage nach einer hereditären Disposition in bejahendem Sinne entscheiden und bei disponierten Tieren auch eine der menschlichen Phthise gleichende Erkrankung der Lungenspitzen mit Cavernenbildung erzeugen, woraus zu schließen ist, daß bei der Lokalisierung der Tuberkulose in den Lungen, und besonders in den oberen Partieen derselben, nicht bloß anatomische, sondern auch biologische Gründe von seiten des infizierenden Agens einen wichtigen Faktor darstellen; weiter gelang es avirulente Bazillen in virulente zu verwandeln, die Aktivierung der Bazillen durch neue Experimente zu beweisen; die vaccinierenden Fähigkeiten des abgeschwächten Virus wurden geprüft und die Vaccination in Kombination mit dem Antituberkuloseserum geprüft. Der Heilwert des letzteren bei Tieren wurde erneut festgestellt. Was die Verwendung desselben beim Menschen betrifft, so sind frühere Mißerfolge wohl auf eine fehlerhafte Anwendung zurückzuführen, indem bei subkutaner Anwendung Störungen durch die nach einiger Zeit eintretende Ueberempfindlichkeit hervorgerufen werden. Seit Einführung der rektalen Anwendung sind schädliche Nebenwirkungen nicht mehr beobachtet worden. Dagegen sind in letzter Zeit zahlreichere Berichte über gute Erfolge mitgeteilt worden, namentlich bei chirurgischen Tuberkulosen. Die weniger günstigen Berichte über Anwendung bei inneren Tuberkuloseerkrankungen betreffen noch meist die subkutane Anwendung; auch dürften hier Mischinfektionen eine nicht unbedeutende Rolle spielen, weshalb M. jetzt seinem Antituberkuloseserum noch die Eigenschaft eines Antistreptococcenserums gibt. Aus der Summe der Berichte über Verwendung des Antituberkuloseserums ergibt sich bei objektivster Beurteilung, daß das Antituberkuloseserum mehr geleistet hat, als irgend eine andere bisher bekannte Art der Tuberkulosebehandlung. Deshalb erscheint eine weitere und breitere Anwendung derselben wohl erwünscht und berechtigt.

Diskussion.

Neumann hat sechzehn Kinder und zwei Erwachsene mit dem Marmoreckschen Antituberkuloseserum rektal behandelt mit Dosen von 1 bis 5 resp. 3 bis 15 ccm innerhalb von drei Wochen steigend. Die Fälle betrafen Knochen-, Gelenk-, Drüsen-, Peritonealtuberkulose, meist schwere oder mittelschwere Erkrankungen mit weit zurückliegender Infektion. Eine wesentliche Besserung wurde nicht gesehen, doch dürfte die Beobachtungszeit (drei Monate) wohl zu kurz sein. Irgend eine schädliche Wirkung wurde jedenfalls nicht beobachtet, keine Allgemeinreaktion, keine Fiebersteigerungen. Daß das Serum nicht indifferent ist, läßt sich wohl aus öfter konstatierten Gewichtsabnahmen schließen, die sich in serumfreier Zeit wieder ausgleichen. N. beabsichtigt eine ausgiebigere ambulatorische Verwendung auch bei frischeren Fällen.

Huellen berichtet über Erfahrungen mit dem Serum auf der Sonnenburgschen Abteilung. Das Serum wurde angewandt bei sicher konstatierter Tuberkulose oder bei Fällen mit positiver Tuberkulinreaktion. In jüngerer Zeit wurde dasselbe nur rektal



appliziert, seitdem wurden Nebenerscheinungen, Exantheme etc., nicht mehr beobachtet. Das Allgemeinbefinden wurde günstig beeinflußt, Gewichtszunahme, Nachlaß der Schmerzen. Der spezifische Prozeß besserte sich bei weniger vorgeschrittenen Fällen, die Sekretion von Fisteln ließ nach, gute Granulationen entwickelten sich. Wo keine Wirkung auf den lokalen Prozeß sich einstellt, spielt vielleicht die Mischinfektion, event. auch die Verschiedenheit der Tuberkelbazillenstämme eine Rolle. Akute Verschlimmerungen wurden nie beobachtet, deshalb bestehen wohl keine Kontraindikationen gegen die Anwendung des Serums.

Landau hat das Serum bei drei Fällen von tuberkulösen Fisteln verwandt, die Wirkung ließ sich objektiv durch genaue Beobachtung der Fisteln kontrollieren. Die Behandlung war eine ambulatorische, der Erfolg bei zweien ein guter, beim dritten ein verblüffender, und zwar in sehr kurzer Zeit. Exanthem und Gelenkschmerzen stellten sich bei allen dreien ein, schwanden aber bald.

Hoffa. Seine Erfahrungen erstrecken sich über einen dreijährigen Zeitraum. Bei Knochen- und Gelenktuberkulosen hat er von dem Serum zusammen mit konservativer Behandlung sehr schöne, zum Teil verblüffende Erfolge gesehen. Er demonstriert einige Kinder, die solche zeigen. Da das Serum völlig unschädlich ist, ist seine ausgiebige Verwendung als Adjuvans bei anderen Behandlungsmethoden warm zu empfehlen.

Meier hat bei einigen laryngolischen Tuberkulosefällen sehr ungünstige Erfahrungen mit dem Antituberkuloseserum gemacht. Gewichtsabnahme, Schlaflosigkeit, heftige Nachtschweiße, Verschlimmerung des Lungenbefundes; im Larynx Veränderungen im Sinne einer lokalen Reaktion, nach deren Ablauf aber die Ulcerationen sich vergrößerten.

Stadelmann hat bei einer Reihe mittelschwerer Fälle von Lungentuberkulose durchaus ungünstige Resultate gesehen; starke, sehr lästig werdende lokale Erscheinungen, Allgemeinreaktionen: bestehendes Fieber wurde gesteigert, nicht Fiebernde bekamen Temperaturerhöhungen, Schwindelanfälle, Erbrechen traten auf. Ein Nutzen wurde nie gesehen. Auch der Versuch einer einschleichenden Behandlung mißlang.

v. Pirquet, Wien: Ueber eine neue Methode der Tuberkulosediagnose.

P. ist von Beobachtungen bei der Vaccination ausgegangen; bei der Erstimpfung zeigt sich in den ersten Tagen nichts, die Erscheinungen treten erst später auf; die Revaccination bringt dagegen eine sofortige kurze Reaktion, die nur deshalb nicht bemerkt wird, weil man meist nach acht Tagen revidiert. Untersucht man schon in den ersten 24 Stunden, so findet man bei früher Geimpften in Gestalt einer kleinen Papel schwache Reaktion, die als Antikörperreaktion anzusehen ist. Bei noch nicht Geimpften tritt sie nicht auf. Die Erscheinung läßt den Schluß zu, daß der Organismus schon einmal geimpft ist, mit andern Worten, schon einmal infiziert war und Antistoffe beherbergt. Das Gleiche findet sich auch bei der Tuberkulose. Auf Applikation einer kleinen Menge Tuberkulin reagiert der Organismus, der schon einmal infiziert war, mit einer Frühreaktion, der gesunde nicht. Es ist damit ein diagnostisches Hilfsmittel für die Tuberkulose gegeben, besonders für die ersten Jahre; für spätere Jahre verliert es an Wert, da die Mehrzahl der Menschen einmal mit Tuberkulose infiziert worden sind. Der Versuch wird in der Weise angestellt, daß man zwei Tropfen Tuberkulin auf die Haut bringt und dann mit einer Lanzette diese Stelle leicht ritzt. Nach 48 Stunden entsteht eine lokale Reaktion in Gestalt einer Papel bei solchen, die infiziert sind, irgendwo Tuberkelbazillen in ihrem Körper beherbergen, die Papel blaßt in acht Tagen wieder ab. Die Spezificität der Reaktion ist noch nicht ganz sichergestellt, da geeignetes Sektionsmaterial noch fehlt. Alle Kinder aber mit klinisch sicheren Tuberkulosen zeigen die Reaktion, besonders bei Knochentuberkulose und Scrophulose; bei Miliartuberkulose, tuberkulöser Meningitis und hochgradiger Kachexie tritt sie nicht auf.

Hoffmann demonstriert von Schmorl ihm zugesandte Präparate, in denen im Schnitt Spirochaeten mit Giemsa gefärbt sind.

Periodische Literatur.

Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 13. 1907.

1. Ernst von Bergmann. **Nekrolog.**

2. Ruediger, Rydygier. **Ueber Hüftgelenksluxationen.**

Die traumatischen Hüftgelenksluxationen sind nicht allzu häufig; sie nehmen in der Häufigkeitsskala erst den dritten Platz hinter den Schulter- und Ellenbogenluxationen ein. Am häufigsten — etwa viermal auf fünf — sind die Luxationen nach hinten: Luxadio ischiadica et iliaca, Luxationen durch Beugung und Adduktion. Sie entstehen durch Einwirkung von Gewalten, welche die untere Extremität in Flexions-, Adduktions- und Innenrotationsstellung drängen, indem sie entweder das Bein an das fixierte Becken, oder das Becken an das festgestellte Bein übermäßig nähern. Je nachdem die Gelenkkapsel und die sie umgebenden Muskeln mehr oder weniger einreißen, bleibt der Kopf nahe der Incisura ischiadica major unterhalb des M. obturator internus stehen — Luxatio ischiadica —, oder weitere Kapselteile und selbst der M. obturator internus zerreißen, der Schenkelkopf rückt höher auf die Außenfläche des Os ilei — Luxatio iliaca. Für die letztere gibt es noch eine andere Entstehungsweise; bei mäßiger Flexion des Oberschenkels kann der Kopf durch Adduktion und Rotation nach innen gegen den hinteren oberen Teil der Gelenkkapsel gedrängt und bei einem Einriß hierselbst direkt auf das Darmbein gelangen, Luxatio iliaca directa; der Kapselriß befindet sich dann hinten oben, während bei der indirekten Entstehung derselbe an der hinteren unteren Umrandung der Pfanne zu suchen ist; für die Repositionsversuche kann dies von praktischer Wichtigkeit werden. Bei beiden Luxationen nach hinten steht das luxierte Bein in Beugung, Adduktion und Rotation nach innen und ist dabei verkürzt. Die reelle Verkürzung ist bei der Luxatio iliaca bedeutender als bei der ischiadica; der Trochanter major steht bei der ersteren 3 bis 7 cm, bei der letzteren nur 2 bis 3 cm oberhalb der Roser-Nélatonschen Linie. Ein sehr charakteristisches Symptom ist eine gewisse Feststellung der luxierten Extremität in der falschen Lage; passiv ist eine Steigerung der perversen Stellung unter Schmerzen möglich, aber Abduktion und Außenrotation sind völlig unmöglich. Von den subjektiven Beschwerden treten heftige Schmerzen in den Vordergrund, die umso stärker sind und bis in den Fuß ausstrahlen, wenn der Ischiadicus durch den Kopf komprimiert ist. Bei starker Kontusion findet sich auch eine Deformität der Hüftgegend, starke Schmerzhaftigkeit und behinderte Beweglichkeit, nie aber die exquisite, charakteristische falsche Stellung und die so auffallende federnde Feststellung der Extremität wie bei der Luxation; die Fractura colli femoris unterscheidet sich fast stets durch die vorhandene Außenrotation. Die Therapie kann nur in der Reposition des verrenkten Schenkelkopfes bestehen; die allgemeine Narkose ist für gewöhnlich nicht zu entbehren; am besten legt man den Patienten auf den Erdboden auf eine harte Matratze und läßt das Becken durch festen Druck auf die Spinae ilei ant. sup. fixieren; man faßt das Bein mit der einen Hand in der Kniekehle, mit der andern am Unterschenkel, beugt es langsam bis zum rechten Winkel und zieht es dann mit aller Kraft nach oben. Springt hierbei der Schenkelkopf noch nicht in die Pfanne, so fügt man zur Flexion Abduktion und Rotation nach außen hinzu; bei sehr engem Kapselriß kann es sich auch gelegentlich empfehlen, statt der Abduktion gerade umgekehrt die Adduktion auszuführen. Die gelungene Reposition macht sich durch einen fühl- und hörbaren Ruck bemerkbar. Dann wird der Oberschenkel einfach gestreckt und für zwei bis drei Wochen durch leichten Verband festgestellt. Will die Reposition absolut nicht gelingen, so kann man die Bildung einer Nearthrose, wie sie gerade bei den Hüftluxationen nach hinten sich in verhältnismäßig vollkommener Weise entwickeln kann, abwarten. Wo aber zu starke Verkürzung das Gehen erschwert, oder der Druck des Kopfes auf den Ischiadicus starke Schmerzen oder Lähmungen verursacht, da ist ein operatives Vorgehen angezeigt, blutige Reposition, Resektion, schiefe Osteotomia subtrochanterica.

Die Luxationen nach vorn sind a) Luxationes intrapubicae: Luxatio obturatoria und L. perinealis, Luxationen durch Beugung und Abduktion; sie entstehen meist dadurch, daß die untere Extremität in übertriebene Beugungs-, Abduktions- und Außen-



rotationsstellung gebracht wird. Die charakteristischen Symptome der L. obturatoria sind mäßige Flexion, Abduktion und Rotation nach außen; die Trochanterspitze steht nicht über der Roser-Nélatonschen Linie, wie bei der Fractura colli femoris, die ja auch die Außenrotation zeigt, aber die federnde Fixation vermissen läßt. Häufig ist der Schenkelkopf, in seiner abnormen Stellung unter den Adduktoren hindurchzufühlen; bei der L. perinealis fühlt man den Kopf eventuell hinter dem Skrotum; der Oberschenkel steht fast rechtwinklig zur Körperachse. Behufs Reposition dieser Luxationen muß man den Oberschenkel beugen, stark nach oben ziehen, adduzieren und nach innen rotieren. b) Luxationes suprapubicae: L. ileopectinea und L. pubica, Luxationen durch Streckung des Gelenkes. Die Symptome sind Verkürzung, Abduktion und Rotation nach außen, stimmen also mit denen der Fractura colli femoris überein; der unter der Haut fühlbare Kopf und die federnde Fixation werden die Differentialdiagnose leicht ermöglichen. Die Reposition wird unter Hyperextension, dann Flexion, Adduktion und Rotation nach innen ausgeführt.

Luxationen nach oben sowie nach unten kommen äußerst selten vor.

2. Ferrata, Berlin. **Die Unwirksamkeit der komplexen Haemolysine in salzfreien Lösungen und ihre Ursache.**

Seine Versuchsergebnisse faßt Verf. folgendermaßen zusammen:
1. In salzfreien, resp. sehr salzarmen Lösungen, deren Isotonie für die roten Blutkörperchen durch Traubenzucker oder Rohrzucker aufrecht erhalten wird, findet die Haemolyse durch ein entsprechendes komplexes Haemolysin nicht mehr statt.

2. Dieses Ausbleiben der Haemolyse beruht darauf, daß das Komplement in den salzarmen Lösungen seine Wirksamkeit verliert.

3. Es zerfällt nämlich bei Entfernung der Salze das Komplement in zwei Komponenten, deren eine in den Niederschlag des Serumglobulins übergeht, deren andere in Lösung bleibt.

4. Jede dieser Komponenten an und für sich ist unwirksam, ihre Vereinigung in salzhaltiger Lösung führt zur Wiederherstellung des wirksamen Komplements.

5. Die für die Komplemente charakteristische Thermolabilität kommt der in salzfreien Medien gelöst bleibenden Komponente zu.

3. Rauenbusch, Berlin. **Therapeutische Sauerstoffeinblasungen in das Kniegelenk.**

4. Koziczkowsky, Kissingen. **Ueber „Turgo-Sphygmographie" und ihre Verwendung für Pulsdruckbestimmungen.**

Bei Studien über Pulsdruckbestimmungen sah Strauß bei Anwendung des Oemkeschen Turgographen, der das Kleinerwerden des Pulses schärfer als es mit dem Finger möglich ist, feststellen soll, so deutliche Pulsanschläge, daß er auf den Gedanken kam, denselben für die Zwecke der Pulsschreibung zu benutzen; er änderte den Apparat deshalb um, um die Anlegung zu verbessern und noch prägnantere Ausschläge zu erzielen, und verband ihn mit einer rotierenden Trommel. Mit diesem „Turgo-Sphygmographen" hat Verf. Untersuchungen angestellt und gibt einige der dabei erhaltenen ausgezeichneten Pulskurvenbilder. Von den mancherlei Unbequemlichkeiten des gewöhnlichen Sphygmographen ist der neue Apparat frei, er kann mit Leichtigkeit und Bequemlichkeit an jeder Stelle der Extremitäten, auch der unteren, angelegt werden und bleibt auch trotz passiver Bewegung der Extremität in der für die Untersuchungen notwendigen Weise liegen. Der größere Umfang der Trommel erleichtert nicht nur die Aufnahmen von zwei bis drei Kurven nebeneinander, sondern gibt auch Gelegenheit, bei einer nur in größeren Intervallen auftretenden arrythmischen Herztätigkeit ungleichartig gestaltete Pulse festzustellen.

5. Galli, Rom. **Beitrag zur Lehre der Erblichkeit der Herzleiden im jugendlichen Alter (Myocarditismus und Endocarditismus hereditarius).**

Verf. berichtet über eine Familie, in welcher der Vater eine ausgesprochene Herzkrankheit hatte und alle vier Kinder Erscheinungen zeigen, die auf eine geringe Resistenz des Zirkulationsapparates schließen lassen. Alle zeigen einen gleichen Typus im Aeußeren; die Anamnese weist keine Momente auf, welche die Symptomatologie erklären könnten. Der Verlauf ist schleichend, und alles deutet auf eine geringe Resistenz des Myocardiums hin. Ein 13jähriges Mädchen, das in der letzten Zeit über Müdigkeit geklagt hatte, starb plötzlich durch Asystolie ohne nachweisbare Ursache. Die Autopsie ergab keine Endocarditis, dagegen starke Hypertrophie und Dilatation des ganzen Herzens. Ein 16jähriger Sohn ist schwächlich gebaut, klagt oft über Müdigkeit und Schwäche, der zweite Pulmonalton ist gespalten; die orthodiagraphische Aufnahme zeigt ein tropfenförmiges Herz. Ein 9jähriger Sohn ist kräftiger gebaut, wird aber sehr leicht kurzatmig. Der älteste schließlich, 18jährig, zeigt einen Pulsus alternans, nachweisbare Vergrößerung des Herzens, niedrigen Pulsdruck, leichte Dyspnoe und leichte Cyanose, so daß mit Sicherheit die Diagnose auf eine Herzmuskelerkrankung zu stellen ist. Der Zustand hat sich entwickelt vor einigen Jahren im Anschluß an eine Bergtour. Nach einer Angabe bei der Korrektur ist der Junge inzwischen an akuter Asystolie bei vorherigem anscheinendem Wohlbefinden gestorben. Es handelt sich bei den Kindern sicherlich um eine erbliche Anlage; es bedarf wohl nur einer Gelegenheitsursache als Anstoß, um die Erscheinungen der Herzkrankheit hervorzurufen. Man kann wohl von einem hereditären Myocarditismus sprechen, der im Gegensatz zum Aortismus hereditarius von Huchard, bei dem hoher Blutdruck vorhanden ist und ein gewisses Wohlbefinden mit Neigung zur Kraftverschwendung, hauptsächlich mit Schwächesymptomen in die Erscheinung tritt. Wie der Huchardsche Typus zu anatomischen Alternationen der Gefäße führen kann, so kann der vorliegende Typus zu greifbaren chronischen Veränderungen des Myocards führen. Will man die angeborene Anlage von Herzkrankheiten klassifizieren, so kann man von einem Aortismus, Endocardismus und Myocardismus hereditarius sprechen, die gelegentlich zu drei verschiedenen Krankheitsgruppen sich entwickeln können, zur Arteriosklerose, zu Klappenfehlern und schließlich zu Herzmuskelerkrankungen.

6. Heymann, Berlin. **Zur Lehre vom Heufieber.**

Verf. hat eine größere Anzahl von Heufieberkranken auf spezifische, für die Erkrankung charakteristische Veränderungen der Nase untersucht und gefunden, daß es solche nicht gibt. Weiter hat er sich davon überzeugt, daß keine der verschiedenen, bezüglich einer endonasalen Behandlung des Heufiebers vorgeschlagenen Maßnahmen eine spezifische Wirkung besitzt. Immerhin konnte eine Reihe von Patienten von Maßnahmen, durch welche die Durchgängigkeit der Nase hergestellt wird, also von der Entfernung adenoider Vegetationen, von der Beseitigung von Polypen und Hyperplasien, von der Korrektur des Septums, eine Abmilderung der Beschwerden herleiten; auch konnte in einigen Fällen durch die Behandlung der sehr reizbaren, leicht entzündlichen Schleimhaut der Nase die Empfänglichkeit für das Heufieber herabgesetzt, resp. aufgehoben werden; derartige Eingriffe sind aber am besten in der heufieberfreien Zeit vorzunehmen. Veranlaßt durch die günstigen persönlichen Erfahrungen eines Kollegen, hat Verf. dann Schilddrüsenpräparate bei einer Reihe von Patienten in Anwendung gebracht. Bei 5 unter 18 darauf untersuchten Fällen, also in einer für die hiesige Gegend ungewöhnlich großen Zahl, fand er eine mäßige Vergrößerung der Schilddrüse. Schilddrüsenpräparate erhielten 21 Patienten, 19 davon haben über positive Erfolge berichtet. Bei drei, die die Behandlung längere Zeit vor Eintritt der Heufieberperiode begonnen und nachher nebenbei auch alle Vorsichtsmaßregeln beobachteten, sind die Anfälle gänzlich weggeblieben. Die übrigen 16 konstatierten übereinstimmend ein erheblich milderes Auftreten des Heufiebers. Das angewandte Mittel war in allen Fällen Thyreoidin, täglich ein bis drei Stück der üblichen Tabletten (= 0,3 der Schilddrüsensubstanz); Vergiftungserscheinungen traten dabei nicht ein. Die bisherigen Erfolge fordern zu weiteren Versuchen auf.

7. Posner, Berlin. **Ueber angeborene Strikturen der Harnröhre.**

Für die Entstehung der Harnröhrenstrikturen kommen fast ausschließlich Traumen und Infektionen in Betracht; den angeborenen Strikturen gegenüber ist größte Skepsis angezeigt. Es gibt aber Entwicklungsanomalien, die im Endeffekt genau den echten Strikturen entsprechen. Angeborene Verengerungen des orificium urethrae und in der Fossa navicularis kommen gelegentlich zur Beobachtung. Aber auch an der für die erworbene Striktur klassischen Stelle, am Uebergang zwischen Pars bulbosa und membranacea, kann es durch stärkere Ausbildung klappen-

artiger Schleimhautfalten, wie sie Goldschmidt mit seinem Urethroskop als normaler Weise vorkommend nachgewiesen hat, zu strikturartigen Erscheinungen kommen. Wiederholt sind in der letzten Zeit klinische Beobachtungen gemacht worden, die nur durch solche Annahme eine Erklärung finden. Verf. selbst beobachtete einen entsprechenden Fall: Ein elfjähriger Knabe erkrankte unter den Erscheinungen einer Pyelitis, gleichzeitig stellte sich heftiger Harndrang ein, und eines Tages kam es zu einer schweren Haematurie, wonach dauernd etwas Blut in dem eitrig getrübten Urin nachweisbar blieb. Bei mehrmaligem Katheterisieren konnte P. stets sehr bedeutende Mengen eitrigen Urins entleeren; dabei stieß das Instrument regelmäßig in der Bulbusgegend auf ein leicht zu überwindendes Hindernis. Durch Einführung immer stärkerer Katheder und Blasenspülungen gelang es in wenigen Wochen den Residualharn bis auf 10 ccm herabzusetzen, denselben zu klären und das Blut zum Schwinden zu bringen. P. glaubt nach dem Symptomenbild und dem prompten Erfolg der Therapie den Fall unter die Gruppe der kongenitalen Verengerungen einreihen zu sollen und den Sitz der Verengerung an der besprochenen Stelle suchen zu können.

8. Alexander, Berlin. **Neuere Erfahrungen über Hauttuberkulose.** (Schluß aus No. 11 und 12.)

Im letzten Dezennium hat die Lehre von der Hauttuberkulose in diagnostischer Hinsicht, in Bezug auf den Ausbau der klinischen Formen und in therapeutischer Beziehung wesentliche Förderung erfahren. Die diagnostischen Fortschritte knüpfen sich im wesentlichen an die ausgedehnte Anwendung der probatorischen Tuberkulininjektionen. Injektionen kleinerer Mengen Alttuberkulin ($^1/_2$—1—5—10 mg, bei Kindern $^1/_{20}$—$^1/_{10}$—1—3 mg) bringen die allgemeine Reaktion mit der Temperaturerhöhung und die lokale mit der charakteristischen Rötung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit des tuberkulösen Herdes. Konstant findet sie sich beim Lupus vulgaris, weniger sicher bei anderen Manifestationen der Hauttuberkulose, besonders bei der Tuberculosis verrucosa cutis. Andererseits ist es sehr bemerkenswert, daß keine andere Hautaffektion, insbesondere die tertiäre Syphilis, die meist in differentiell-diagnostischer Beziehung in Betracht kommt, auf Tuberkulin reagiert.

Der klinische Begriff der Hauttuberkulose hat eine wesentliche Erweiterung erfahren. Es wurde erkannt, daß der Lupus vulgaris faciei in $^3/_4$ der Fälle von der Nasenschleimhaut seinen Ausgang nimmt und erst sekundär die Haut der Nase und der Umgebung in Mitleidenschaft zieht. Vielleicht kann man prinzipiell (nach Holländer) zwei Arten von Lupus faciei unterscheiden, eine, die von der Haut selbst ausgeht und allmählich weiterkriechend ganz langsam größere Partien des Gesichts, ohne erhebliche Zerstörungen zu setzen, in Mitleidenschaft zieht, und eine zweite, weit häufigere, die von der Nasenschleimhaut ausgehend, sehr bald die äußere Haut der Nase ergreift und rasch fortschreitend die furchtbaren Entstellungen des Gesichts zuwege bringt (Lupus centralis faciei). Neben dem wirklichen Lupuscarcinom, d. h. einem Carcinom, das sich auf frischen lupösen Infiltraten resp. auf Lupusnarben entwickelt, kommen bisweilen Fälle von „tumorbildenden Lupus" vor. die zu Verwechslung mit malignen Neoplasmen Anlaß geben können; besonders an den Nasenflügeln, Ohrläppchen kommt es zu solchen tumorartigen Wucherungen des Lupus. Der Lupus pernio mit seinen blaßblauen, polsterartig prominenten, mit Vorliebe an Nase, Ohr, Händen lokalisierten Infiltraten ist als Unterform der Hauttuberkulose anzusehen. Ebenso der Lupus follicularis disseminatus faciei mit seinen akut oder subakut auftretenden, weichen, stecknadelkopf- bis erbsgroßen Knötchen; durch seine ausschließliche Lokalisation im Gesicht unterscheidet er sich aber von dem an keine bestimmte Region gebundenen Lupus disseminatus postexanthematicus und der als Teilerscheinung der allgemeinen Miliartuberkulose überall auf der Haut verteilten Knötcheneruption der miliaren Tuberkulose der Haut.

Erst in jüngster Zeit als selbständige Formen erkannt und in enge Beziehungen zur Tuberkulose gebracht, sind die sogenannten „Tuberkulide"; die hierher gehörenden Dermatosen sind die Folliclis, der Lichen scrophulosorum, das Erythema induratum, vielleicht auch der Lupus erythematodes, die Pityriasis rubra, das Angiokeratoma. Der Charakter der Tuberkulide ist ein ganz anderer, als man es von den alten Formen der Hauttuberkulose her gewohnt war: auf der einen Seite stabile, chronisch verlaufende, mit Zerstörung weiter Hautflächen oder ausgedehnter Narbenbildung einhergehende Granulationstumoren, deren in loco reproduzierbares Virus zwar zu vorübergehendem Erlöschen, fast niemals aber zu definitiver Ausheilung neigt, auf der andern schubweise auftretende, symmetrisch verteilte, disseminierte, zu spontaner Involution tendierende Effloreszenzen von benignem Charakter und geringer Neigung zu Ulceration und Narbenbildung. Der Streit, ob die Tuberkulide den Toxinen der Tuberkelbazillen oder diesen selbst, seien sie tot oder nur abgeschwächt, ihre Entstehung verdanken, ist zur Zeit noch nicht definitiv entschieden; daß sie aber direkt oder indirekt durch Tuberkelbazillen bedingt werden, wird nicht mehr bestritten. Aus dem Auftauchen einer Tuberkulideruption auf der allgemeinen Decke kann man mit ziemlicher Sicherheit auf die Existenz eines visceralen tuberkulösen Herdes schließen, auch wenn dieser Herd gar keine klinischen Erscheinungen macht; die Tuberkulide sind also ein wichtiges Frühsymptom einer tuberkulösen Allgemeininfektion. Der Lichen scrophulosorum besteht in gruppenförmig über Brust und Bauch jugendlicher Individuen verteilten gelbroten bis kupferbraunen, leicht schuppenden Knötchen, die nur in den seltensten Fällen Neigung zur Pustulation zeigen; das Gros der Knötchen scheint durch Einwirkung toxischer Substanzen zu entstehen, hin und wieder scheinen aber auch einzelne Bazillen verschleppt zu werden, die in der Regel nicht mehr vermehrungsfähig sind, sind sie aber noch lebend, richtige örtliche Tuberkulose bedingen. Die Folliclis ist charakterisiert durch das schubweise Auftreten von hirsekorn- bis erbsgroßen, oft mehr fühl- als sichtbaren Knötchen; oft geht ihrer Entstehung ein lokalisiertes Schmerzstadium vorher; in manchen Fällen verschwinden sie nach zwei bis vier Wochen spurlos; in anderen rücken sie an die Oberfläche, es kommt zur Pustelbildung mit Substanzverlust und Abheilung unter Bildung einer von einem braunen Hof umgebenen Narbe; die Lokalisation bevorzugt die Ohren, den Ellenbogen, Hand-, Finger-, Fußrücken, das Knie. Zur Folliclis sind wohl auch zu rechnen die Acne cachecticorum, Folliculitis scrophulosorum, multiple Hautgangrän der Kachektischen. Das Erythema induratum ist charakterisiert durch kirsch- bis wallnußgroße harte Knoten, über denen die Haut hell- bis dunkelblaurot verfärbt ist; sie verlaufen meist schmerzlos und neigen im allgemeinen nicht zu klinisch wahrnehmbaren regressiven Metamorphosen; sie sind meist an den Unterschenkeln, aber auch an den oberen Extremitäten lokalisiert.

Dank dem Wirken Finsens, der gezeigt hat, daß die energische und konsequente Durchführung seiner Lichtbehandlung speziell beim Lupus Erfolge zeitigt, wie sie bisher vergeblich erhofft waren, hat die Therapie große Veränderungen und erhebliche Fortschritte erlebt. Die neueren Behandlungsmethoden umfassen wesentlich drei Gruppen: die chirurgischen, die chemischen und die radiotherapeutischen Methoden. Die Exzision lupöser Herde kann unter Zuhilfenahme der neueren Transplantationsmethoden mit gutem Erfolg den beiden Indikationen genügen, alles Kranke zu entfernen und dabei ein relativ gutes kosmetisches Resultat zu erhalten. Der chirurgische Eingriff hat den erheblichen Vorteil, daß es möglich ist, in einer Sitzung eventuell recht große Flächen mit Sicherheit zu beseitigen; wenn irgend möglich, soll $^1/_2$ bis 1 cm über das scheinbar erkrankte Gebiet hinaus im Gesunden exzidiert werden. Eine praktisch wichtige Methode ist das Holländersche Heißluftverfahren; seine Domäne ist vor allem die Schleimhauttuberkulose, insbesondere die von der Nasenschleimhaut ausgehende Form (der Lupus centralis faciei). Seine Vorzüge bestehen in der relativen Glätte und Schönheit der Narben und der Einfachheit des Armamentariums, das keine speziell chirurgische Vorbildung und kein kostspieliges Instrumentarium voraussetzt. Sehr geeignet ist es auch als Einleitung der milderen Behandlungsverfahren. Von den chemischen Methoden haben nur die einen Zweck, die eine elektive Wirkung ausüben. In besonders hartnäckigen Fällen kann man sich für kleinere Herde des Arseniks in Form der Cosmeschen Paste (Acid. arsenikos. 1,0, Hydrargyr. sulf. rubr. 3,0, Vaselin. flav. 15,0—30,0) bedienen; die Paste wird auf Läppchen gestrichen, drei Tage und länger bei zweimaligem Verbandwechsel täglich aufgelegt, dann folgen indifferente Verbände. Wegen geringer Intoxikationsgefahr auch für größere Flächen geeignet, ist die Unnasche Salbe (Acid. salicyl. Liq. stibii chlorat. āā 2,0



Kreosot, Extr. cannab. ind. āā 4,0, Adip. lanae 8,0) acht bis vierzehn Tage lang aufzulegen mit etwa vierwöchiger Nachbehandlung durch Kalidunstverband (Kali caust. 1 : 5000—10 000). Eine sehr energische elektive Wirkung übt die Pyrogallussäure aus; man verbindet die affizierten Stellen drei bis fünf Tage lang mit 10-prozentiger Pyrogallussalbe, wodurch an Stelle der Knötchen kleine Geschwürchen entstehen, die man unter indifferenten Salben oder feuchten Verbänden zugranulieren läßt. Statt Pyrogallussäure kann man auch 33-prozentige Resorcinsalben verwenden; beide Verfahren werden gern mit folgender Röntgenbestrahlung kombiniert. Eine ziemlich einfache und anscheinend erfolgreiche Behandlung ist die von Dreuw angegebene, der die erkrankten Partieen mit Aethylchlorid vereist und sie dann mit Acid. hydrochlor crutum saturatum cum chloro flächenhaft einreibt. Die größten und am meisten in die Augen fallenden Fortschritte hat die Lupusbehandlung seit der Einführung der radiotherapeutischen Methoden, speziell der Finsenschen, erfahren. Ueber 50 Prozent anscheinende Heilungen sind nie vorher erzielt worden; aber auch wo anderweitig das Finsensche Verfahren geübt wurde, sind die Erfolge nicht annähernd so gut gewesen. Das Prinzip der Finsenschen Lichtbehandlung besteht in der Einwirkung der aus einer elektrischen Bogenlampe gewonnenen chemischen (blauen bis ultravioletten) Strahlen, die nicht eine bakterizide Wirkung auf die Bazillen haben, sondern eine von der Oberfläche nach der Tiefe langsam fortschreitende, die natürliche Heiltendenz fördernde Entzündung bedingen, deren elektiver Charakter in der geringeren Widerstandsfähigkeit der kranken Gewebspartieen beruht; die Schönheit der Narben kann durch das Fehlen aller überflüssigen Zerstörung und Reizwirkung erklärt werden. Die Hauptdomäne der Finsenschen Lichtbehandlung bilden diejenigen Fälle von Lupus, bei denen es auf Erzielung einer kosmetisch möglichst schönen und glatten Narbe ankommt, also im wesentlichen der Lupus faciei. Bei größeren Herden im Gesicht, sowie bei solchen, die sich wegen ihrer Lage (Augenlid, Ohren, Nasenwinkel etc.) der Exstirpation entziehen, darf Finsen als Normalmethode betrachtet werden. Bei den „großen Fällen" mit tiefgehenden Infiltrationen empfiehlt es sich, zur Abkürzung des Verfahrens Holländer- oder Pyrogallusbehandlung vorauszuschicken. Die Finsen-Methode ist ganz ungefährlich, schädliche Nebenwirkungen irgend welcher Art sind nicht zu befürchten; aber sie ist sehr langwierig und auch teuer. Die Röntgenbestrahlung kann lupöse Herde zerstören, aber bei den meist starken Reaktionen erscheint sie nicht ganz ungefährlich; als ausschließliches und einziges Verfahren ist sie nicht zu empfehlen; als palliative Methode kann man sie benutzen bei sonst aussichtslosen Fällen und dann als Vorbehandlung für andere Methoden; auch zur Nachbehandlung wird sie gerne herangezogen. Mit dem Radium steht es ähnlich. Bei der Umständlichkeit und Kostspieligkeit der Finsen-Lichtbehandlung hat man andere Lichtarten heranzuziehen gesucht. Nicht bewährt hat sich das Eisenlicht; dagegen scheint in dem Quecksilberlicht der Quarzlampe (Kromayer) ein brauchbarer Ersatz gegeben. Hierbei ist der Stromverbrauch ein geringerer, die zu belichtende Fläche kann infolge der größeren Ausdehnung des Quarzfensters größer sein, Assistenz, resp. Wärter ist nicht erforderlich, und die Zeitdauer der Belichtung ist gegenüber dem Finsenlicht auf ein Drittel bis ein Fünftel reduziert. Ganz sichergestellt ist aber die praktische Verwendbarkeit der Quarzlampe für die Lupusbehandlung, namentlich hinsichtlich der Tiefenwirkung noch nicht.

Für die interne Behandlung des Lupus wird in letzterer Zeit wieder mehr die Tuberkulinbehandlung herangezogen, und bei systematischer Durchführung sind gute Erfolge zu erzielen. Die Tuberkulinkur empfiehlt sich für die Haut ganz besonders, da man hier nicht nur die Allgemeinreaktion beobachten, sondern auch die lokalen Veränderungen genau im Auge behalten und dosieren kann. Man beginnt zweckmäßig mit ganz geringen Dosen ($^1/_{1000}$ mg) und sucht ganz allmählich steigend immer eine ganz geringe allgemeine (Temperatursteigerung um einige zehntel Grad, etwas Kopfschmerz und Unbehagen genügen bereits) und lokale Reaktion zu erzeugen. Für die Schleimhauttuberkulose erscheint auch empfehlenswert die Holländersche Jod-Kalomel-Applikation; man gibt einen Eßlöffel einer fünfprozentigen Jodkalilösung und pudert eine Viertelstunde nachher Kalomel auf die erkrankte Stelle oder legt mit Kalomel getränkte Wattebäuschchen auf; die durch das Kalomel bewirkte Jodüberschwemmung der erkrankten Gegend ist als der heilsame Faktor anzusehen.

Feste therapeutische Regeln lassen sich für die Hauttuberkulose nicht aufstellen; in jedem Falle ist je nach Lage, Tiefe, Ausdehnung und Intensität der Krankheitsherde, sowie der auf Grund der persönlichen und sozialen Verhältnisse des Patienten die entsprechende Heilmethode, resp. eine Kombination verschiedener Verfahren zu wählen.

Balneologische Mitteilungen.

Bad Oeynhausen. Der Bau des neuen Kurhauses, für den erst kürzlich der preußische Landtag die dritte und letzte große Rate von mehr als einer halben Million Mark bewilligt hat, ist trotz der Ungunst des verflossenen Winters soweit gediehen, daß noch vor Beginn der neuen Saison die Abrüstung erfolgen kann. Der stattliche Bau wird sich also schon den diesjährigen Kurgästen in seiner äußeren Gestaltung unbeeinträchtigt durch Bauzäune und Rüststangen präsentieren. Wer vom unteren Ende der neugeschaffenen gärtnerischen Anlagen zu dem Gebäude hinaufsieht, wird es kaum glauben wollen, daß es eine Frontlänge von nicht weniger als 90 Meter hat und eine Fläche von 3380 Quadratmeter bedeckt. Es enthält einen großen, von Galerien umgebenen Konzertsaal, in dem die wöchentlichen Symphoniekonzerte der auf 60 Mann verstärkten Königl. Kapelle stattfinden, zwei große Speisesäle, Lesesaal, Billardsaal, Spielzimmer, Rauchzimmer, Damenzimmer, und vor allem eine von sämtlichen Räumen zugängliche, 60 Meter lange Wandelhalle, die an der schmalsten Stelle noch 6 Meter breit, sich zu einem 200 Quadratmeter großen Wintergarten erweitert, so daß den Kurgästen auch bei schlechter Witterung, besonders aber auch den im Winter die Oeynhauser Bäder aufsuchenden Kranken Gelegenheit zu ergiebiger Kurpromenade gegeben ist. Daß alle diese Räume zu ebener Erde liegen und dadurch auch die dauernd an den Rollstuhl gefesselten Kranken die Möglichkeit des Zutritts haben, ist für ein Bad, wie Oeynhausen, selbstverständlich. Der 4500 Quadratmeter große Konzertplatz, der vor dem Kurhause liegt und von Hallen eingefaßt ist, die 1700 Quadratmeter Fläche bedecken, wird als Hauptschmuck die von der Düsseldorfer Gewerbeausstellung her bekannten großen Lichtfontänen erhalten. So dürfte sich gediegene Pracht — das Ganze ist in reich mit Steinmetzarbeiten geschmücktem Barock gehalten — mit möglichstem Komfort vereinigen, um auch verwöhntesten Ansprüchen zu genügen. Eine weitere außerordentliche Bereicherung erhält der Badeort durch die großartigen neuen Parkanlagen am Werrefluß, an dem sogen. Siel. Auch dort wird ein neues komfortables Haus erbaut, von dessen Balkons aus der Blick weit über Park und See, Werre und Weser hinweg zur Porta Westfalika schweifen kann. Der von hier aus bis an die Stadt heranführende, bisher nur der Turbinenanlage dienende Kanal soll ebenfalls ausgebaut und für Motorbootsverkehr eingerichtet werden. Die schattige Siel-Allee mit ihrem alten Eichenbestand erhält noch in diesem Frühjahr elektrische Beleuchtung. So wird sich, zumal auch die Nachmittagskonzerte der Königl. Badekapelle an einigen Tagen der Woche am Siel stattfinden sollen, das sommerliche Gesellschaftsleben nicht auf den Kurpark allein zu beschränken brauchen, ein Umstand, der bei einigen 20 000 Badegästen, wie sie Oeynhausen allsommerlich aufzuweisen hat, vorteilhaft ins Gewicht fällt.

Harzburg. Der Frühling ist mit Brausen ins Land gezogen, an Sträuchern und Bäumen zeigen sich überall frische grüne Blätter, die ganze Natur hat sich verjüngt, da faßt auch den Menschen die Sehnsucht nach Verjüngung, er strebt hinaus aus den dumpfen Mauern der Wohnungen ins frische Grün. Aber der Großstädter hat es nicht nahe zum Walde, und „Wohin" ist oft eine brennende Frage; gibt es doch zuviel der landschaftlichen Schönheiten im lieben deutschen Vaterlande. Auf dieses „Wohin" gibt ein rechtzeitig erschienenes kleines Heftchen, der Prospekt von Bad Harzburg willkommenen Aufschluß. Sowohl wanderlustige Touristen als auch solche Kurgäste, welche Bad Harzburg für längeren Aufenthalt wählen, finden in dem vornehm ausgestatteten, reich illustrierten Prospekt eine Menge Wissenswertes über die reizende Lage inmitten von Bergen, Wäldern



und Wiesen des vielbesuchten Bades und Gebirgsluftkurortes, sowie über seine Kurmittel, wie z. B. die heilkräftige Sole und das moderne Inhalatorium. Eine wertvolle Ergänzung des Prospektes bildet das amtliche Wohnungsverzeichnis, in welchem alle zu vermietenden Sommerwohnungen mit genauer Preisangabe verzeichnet sind; danach kann jeder schon daheim berechnen, wie hoch ungefähr die Aufenthaltskosten in Bad Harzburg sind. Den Prospekt, das Wohnungsverzeichnis, sowie den Ortsplan und Sommerfahrplan versendet das Herzogliche Bade-Kommissariat in Bad Harzburg an unsere Leser kosten- und portofrei.

Bad Salzbrunn in Schlesien. Die Zahl der Kurgäste mit Begleitung beträgt bis zum 15. Mai 1907 236 Personen. Der gemeldete Fremden-Verkehr 228 Personen. Der Gesamtbesuch 464 Personen.

Bad-Nauheim. Bis zum 23. Mai 1907 sind 5891 Kurgäste angekommen, wovon am genannten Tage noch 4320 anwesend waren. Bäder wurden bis zum 23. Mai 1907 = 48,348 abgegeben.

Bad Pyrmont. Das neuerbaute Fürstliche Kurhotel, welches ca. 80 Zimmer mit über 100 Betten besitzt und mit allem modernen Komfort in vornehmster Weise ausgestattet ist, ist am 20. Mai 1907 durch ein Festessen seiner Bestimmung übergeben worden. An dieser Eröffnungsfeier nahmen die Spitzen der Behörden teil und waren alle Teilnehmer des Lobes voll über die, bei verschwenderischer effektvoller Beleuchtung, besonders glanzvoll erscheinenden Hotelräume. Der neue Direktor des Fürstlichen Kurhotels und Kurhauses, Herr Ritter, Hoflieferant, erntete für die ausgezeichnete Bedienung den wohlverdienten Beifall aller Anwesenden; Lob und Anerkennung wurde auch dem Leiter der Neubauten, Herrn Architekten G. Mogk von der Firma Karst & Fanghänel in Kassel, zu Teil, der mit unermüdlichem Eifer und künstlerischem Können in Bad Pyrmont Bade- und Kur-Etablissements geschaffen hat, die sich würdig in die Reihe der größten Weltbäder stellen können.

Der Besuch des neuen Kurhotels, welches in direkter Verbindung mit dem Oberen Badehause (Moor-, Stahl- und Soolbäder) steht, ist im steten Steigen begriffen und zählen die Besucher zu den elegantesten Badegästen Bad Pyrmonts.

Bad Pyrmont. Am 25. Mai d. J. betrug die Zahl der Kurgäste 2077.

Berlin. Die allgemeine Bäderverkehrsanstalt versendet folgende Mitteilung:

In welches Bad soll ich reisen? Nach welchem Kurort begebe ich mich, um meine Gesundheit wieder zu erlangen? Wo verbringen wir unsere Sommerferien?

Diese Fragen, welche vor Beginn der Reisezeit an Tausende herantreten und die oft nur durch schwierige und umständliche Erkundigungen beantwortet werden können, werden am besten und schnellsten dadurch gelöst, daß man sich an das Berliner Spezialbureau für Bade- und Kurorte, an die Allgemeine Bäder-Verkehrsanstalt Herm. Beyer, Unter den Linden 76a, wendet. Man findet daselbst alles Material, das man zur Auswahl eines Badeortes bedarf und es ist erfreulich, daß das Institut durch den neuen Besitzer, der es im vorigen Jahr von der G. m. b. H. erwarb, wiederum tatkräftig und zum Nutzen des Publikums und der Bäder geleitet wird.

Man erhält daselbst mündliche und schriftliche fachmännische Auskunftserteilung über deutsche und ausländische Bäder, Kurorte, Sommerfrischen, Sanatorien und Spezialheilanstalten.

Es werden ferner Prospekte für alle irgendwie bedeutenderen in- und ausländischen Bade- und Kurorte abgegeben.

Die Auskunftserteilung und Prospektausgabe, im Interesse der bei der Allgemeinen Bäder-Verkehrsanstalt abonnierten Bäder usw., sowie der meisten, bezw. aller Mitglieder nachfolgender Bäder-Verbände: Verband deutscher Nordseebäder, Verband Thüringischer Bäder, Schlesischer Bädertag, Schwarzwald-Bädertag, Harzer Verkehrs-Verband erfolgt kostenlos, brieflich nur gegen Rückporto.

Kur- und Badeliste der meisten Bäder liegen zur kostenlosen Einsicht auf.

Die Allgemeine Bäder-Verkehrsanstalt unterhält in ca 40 größeren Städten des In- und Auslandes durch Plakate gekennzeichnete Ausgabestellen, durch welche die Abgabe von Prospekten, Führern usw., ebenfalls kostenlos geschieht.

Vermischtes.

Berlin. Herr Geheimrat Bier ist nunmehr nach Berlin übergesiedelt und hat die Leitung der chirurgischen Klinik übernommen; seine erste klinische Vorlesung, in welcher er mit warmen Worten seines großen Amtsvorgängers gedachte, fand am 28. Mai statt.

München. Herr Geheimrat v. Winckel in München beabsichtigt mit dem Schluß des Sommersemesters aus seiner Lehrtätigkeit zu scheiden; wegen seiner Nachfolge wird, wie verlautet, mit Herrn Geheimrat Bumm unterhandelt.

Breslau. Als Nachfolger Garrès geht Herr Prof. Küttner-Marburg an die hiesige Universität.

Berlin. Herr Geheimrat Waldeyer ist zum korrespondierenden Mitglied der Wiener Akademie der Wissenschaften ernannt worden.

Münster a. S. Jahreshauptversammlung des Verbandes der Aerzte Deutschlands z. W. i. w. I. am 20. Juni 1907 im großen Rathaussaal zu Münster a. S. Tagesordnung: 1. Jahresbericht des Generalsekretärs. Antrag des Provinzialausschusses Westfalen. Berichterstatter: Dr. Lauffs-Paderborn. 2. Bericht des Verbandskassierers. 3. Bericht des Aufsichtsrates. 4. Bericht über die Witwengabe. Antrag der Sektion Berlin. Berichterstatter: San.-Rat. Dr. Davidsohn-Berlin. 5. Militärarztfrage. Berichterstatter: Dr. Schüller-Oels i. Schl. 6. Bericht über den jetzigen Stand der Krankenhausarztfrage. Berichterstatter: Dr. Berndt-Stralsund. 7. Wahl von sechs Mitgliedern des Vorstandes. 8. Wahl von zwei Mitgliedern des Aufsichtsrates. 9. Zur Erhöhung der Honorare in der Privatpraxis. Berichterstatter: Dr. Neuberger-Nürnberg. 10. Zur Reform der ärztlichen Krankenversicherung. Berichterstatter: Dr. Bloch-Beuthen, Oberschl.

Wir machen darauf aufmerksam, daß der Zutritt zur Jahreshauptversammlung nur gegen Vorzeigen der Mitgliedskarte gestattet ist. Die Abstimmungen regeln sich nach den Bestimmungen des § 7 Ziffer D der Satzungen. Der Vorstand.

I. A.: Kuhns, Generalsekretär.

Budapest. XVI. Internationaler Medicinischer Kongreß 1909 in Budapest. Der XV. internationale medicinische Kongreß in Lissabon hat Budapest, die Haupt- und Residenzstadt von Ungarn, zum Orte der nächsten Zusammenkunft gewählt. Die Vorarbeiten des Kongresses sind im Gange. Seine kais. und apost. königl. Majestät der König hat das Protektorat des Kongresses übernommen. Der Staat und die Hauptstadt haben zur Deckung der Auslagen je 100000 Kronen bewilligt. Die Komitees für Organisation, Exekution, Finanzierung und Empfang, sowie die Sektionen haben sich bereits konstituiert und haben die Statuten bestimmt. Die Zahl der Sektionen ist 21, da jedes Spezialfach eine eigene Sektion erhalten hat. Der Tag der Eröffnung ist auf den 29. August 1909 festgesetzt und die Sitzungen werden bis 4. September dauern. Voraussichtlich dürfte der Kongreß sehr besucht sein; die bisherigen Kongresse wiesen eine Frequenz von 3000—8000 Teilnehmern auf. In Anbetracht der geographischen Lage von Budapest ist mindestens auf 4000—5000 Teilnehmer zu rechnen. Die Leitung legt selbstverständlich auf die wissenschaftliche Tätigkeit des Kongresses das größte Gewicht und ist bestrebt, als Referenten die hervorragendsten Vertreter der medicinischen Wissenschaft zu gewinnen. Das erste Zirkular, das alles Wissenswerte, sowie die Statuten des Kongresses enthält, wird bereits im Laufe des Jahres 1907 versendet. Bis dahin gibt der Generalsekretär des Kongresses: XVI. Internationaler Medicinischer Kongreß, Budapest (Ungarn), VIII, Esterházygasse 7, den Interessenten bereitwilligst Auskunft.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Der Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P. Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 17. Juni 1907. Nr. 24.

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne vorherige Genehmigung nicht gestattet. — Nachdruck der Rundschau und der Mitteilungen ist nur mit Quellenangabe gestattet.

Originalien.

Aus dem chirurgisch-orthopädischen Institut des Dr. med. J. D. Ghiulamila in Bukarest.

Die Grundsätze der modernen tragbaren orthopädischen Apparate*).

Von Dr. **J. D. Ghiulamila**,

bisher Assistent an der Prof. Dr. A. Hoffaschen Klinik, Berlin.

Die Chirurgen aller Zeiten haben verschiedene Apparate erfunden und verschiedene mechanische Mittel angewendet, um eine pathologische Abweichung des Bewegungsapparates wieder in die richtige Lage zu bringen, um eine Mißgestaltung desselben zu verheimlichen oder sie in ihrer Entwicklung zu hindern, oder aber, um ein abgenommenes Glied zu ersetzen und ein ganz oder teilweise gelähmtes leistungsfähig zu machen.

Durchblättert man die klassischen Handbücher der Chirurgie, die älteren sowohl wie die neueren, so findet man die Abbildungen solcher Apparate, aber nur selten liest man auch nur einige Worte über ihren Mechanismus, ihren Bau und die denselben zu Grunde liegenden ärztlichen Grundsätze, — waren doch alle diese wissenschaftlichen Seiten wie die technische Ausführung der Apparate bis vor kurzem der Intelligenz und der Geschicklichkeit der Mechaniker überlassen.

Erst in letzterer Zeit, da die Chirurgie im allgemeinen zu hoher Blüte gelangt war, haben sich nicht nur die Operationstechnik und die klinischen Untersuchungsmethoden entwickelt und vervollkommnet, sondern auch die übrigen Teile der chirurgischen Therapie, die physikalischen oder mechanischen genannt — so z. B. die Massage, die Mechanotherapie, Apparatenbehandlung, medizinische Gymnastik —, die alle gepflegt und auf wissenschaftliche Grundlage gesetzt worden sind.

Tatsächlich können wir, trotz der Vollendung, zu der die operative Chirurgie gelangt ist, nicht alles mit dem Messer erreichen, da ja nicht alles von einer Operation abhängt.

Beweisend ist in dieser Hinsicht die Tatsache, daß nach der Operation das erste und einfachste mechanische Mittel angewendet wird, das das Ergebnis der Operation verteidigt und aufrecht erhält — der erste postoperative Verband, der in verschiedener Weise angebracht werden kann und von welchem der Erfolg unseres Eingriffes großenteils abhängt.

Es ergibt sich also auf Grund unserer heutigen wissenschaftlichen Kenntnisse und der therapeutischen Hilfsmittel, daß die Operation allein nicht ihren Zweck zu erfüllen, resp. daß sie allein nicht zu heilen vermag, sondern daß sie noch andere physische oder mechanische Hilfsmittel nötig habe, die umgehend oder später nachfolgen, die sie unterstützen und die Ergebnisse vervollständigen.

Außerdem haben wir in der chirurgischen Pathologie einige Krankheiten — ich will nur die Tuberkulose der Gelenke anführen —, die bei konservativer, mechanischer Behandlung viel bessere und sichere Resultate aufweisen, als nach Operationen. Es ist also notwendig, daß jeder Arzt diese therapeutischen Hilfsmittel kenne, in seinem sowohl wie im Interesse des Kranken und der Wissenschaft.

Schließlich will ich noch eine Reihe von Fällen erwähnen, einige Difformitäten, Rückgratsverkrümmungen und von Lähmungen verursachte körperliche Gebrechen, in denen, bis heute wenigstens, weder die Operationen noch Arzneien irgend etwas auszurichten imstande sind, so daß selbst hervorragende Chirurgen zu den gleichen mechanischen Hilfsmitteln greifen, um das Leiden zu heilen oder die Leiden der Kranken zu erleichtern.

Es ist also hieraus ersichtlich, daß es wichtig ist, diese Sekundärwissenschaften in der allgemeinen Chirurgie zu kennen, die aber den ersten Platz einnehmen, wenn es sich darum handelt, die Mißbildungen des Bewegungsapparates zu behandeln, sei es, daß sie kongenitalen Ursprungs oder später erworben sind.

Die Behandlung dieser chirurgischen Leiden ist sowohl in Frankreich wie in Deutschland in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts sorgfältig gepflegt worden, indem man sich zuerst mit mechanischen Hilfsmitteln begnügte. Nachdem die Asepsis und die Antiseptik in die Chirurgie eingeführt worden sind, glaubte man auf operativem Wege raschere und bessere Resultate zu erzielen, allein, nachdem man die Operationen versucht hatte, sah man, daß die unblutigen Behandlungsmethoden in vielen Fällen bessere Resultate lieferten. Diesen Methoden und ihrer Entwicklung ist dann größere Aufmerksamkeit geschenkt worden.

Die Behandlung der Difformitäten gewann wieder ihren früheren mechanischen Charakter, aber in ganz anderer Weise.

Während die früher verwendeten Mittel mehr empirisch waren und sich auf persönliche Ideen und theoretische Folgerungen gründeten, gründen sich die heutigen Hilfsmittel nur auf wissenschaftliche Grundsätze — auf Anatomie, auf Physiologie —, die vervollkommnet sind und wohlfestgestellte Indikationen haben.

Die operative Chirurgie, deren Technik vervollkommnet worden ist, hat außerdem auch ihre hervorragende, genau bestimmte Rolle in der Behandlung der Difformitäten.

Im allgemeinen sind die beiden chirurgischen Methoden, die operative und die mechanische, berufen, sich gegenseitig auszuhelfen, sich zu ersetzen und zu vervollständigen. In dieser Weise bietet die Behandlung der Difformitäten die schönsten, ja manchmal überraschende Resultate.

*) Nach einem auf dem XI. Kongreß der rumänischen Aerzte in Bukarest gehaltenen Vortrag.



Das Studium und die Behandlung der Difformitäten hat solch große Fortschritte gemacht, daß eine neue Spezialität geschaffen werden mußte, um sie zu besitzen, sich die letzteren zu eigen machen und sie anwenden zu können — es ist dies die orthopädische Chirurgie.

Seitdem diese Spezialität anerkannt und auf den Universitäten des Auslandes öffentlich gelehrt wird, haben sich auch die Hilfsmittel, deren sie sich bedient, vervollkommnet und systematisiert.

So erscheint die Apparatentherapie oder die mechanische Chirurgie als eine Tochter der allgemeinen Chirurgie. Ihre Form und ihre wissenschaftlichen Grundlagen sind würdig der Zeit, in der wir leben.

Es ist hier weder der Ort noch die Zeit, uns über die Grenzen und die Aufgaben der orthopädischen Chirurgie auszusprechen. Nur soviel wollen wir bemerken, daß vom wissenschaftlichen Gesichtspunkte keine mechanische Orthopädie allein als Spezialität bestehen kann, sondern eine orthopädische Chirurgie, die die erstere einbegreift.

Wer sich mit der Vorbeugung und der Behandlung der Difformitäten des Bewegungsapparates befaßt, muß ein guter Chirurg, ein guter Operateur, ein guter Diagnostiker sein. Er muß gründliche Kenntnisse der Mechanik besitzen, muß über Geschicklichkeit und besondere Fertigkeiten verfügen, namentlich aber muß er eine große Erfahrung besitzen, um für die verschiedenen Fälle die Indikation der verschiedenen Behandlungsmethoden gut stellen zu können, um den Fehlern, die dem Kranken schaden könnten, zu entgehen.

Er muß wissen, wo eine Operation angezeigt ist und wo mittels eines Apparates oder durch eine andere Behandlung ein besseres Resultat zu erzielen wäre. Kennt er nur eine dieser Behandlungsmethoden, so wird er nur diese verwenden, und oft hatte ich Gelegenheit, zu sehen, daß Leiden, die mittels Operation oder durch eine andere Behandlung rasche und ausgezeichnete Resultate geliefert hätten, jahrelang vergeblich mit Apparaten behandelt worden sind; umgekehrt sah ich Fälle, die resultatlos oder mit schlechtem Resultate operiert worden sind, während bei konservativer Behandlung oder bei gar keiner Behandlung wundervolle Resultate zu erzielen gewesen wären.

Viele Chirurgen verschreiben orthopädische Apparate und noch mehr Bandagisten fertigen sie an, aber wie wenige dieser Apparate ihren ärztlichen Zweck erfüllen, und wie schwer es ist, dies in der Praxis zu erreichen, darüber kann nur jener Spezialarzt berichten, der viele Apparate gesehen und angefertigt hat.

Nur, indem dieser Weg eingehalten wird, werden wir in der Wissenschaft Fortschritte machen und dem Kranken dienstbar sein können; die Spezialisierung ist gut, wenn sie gut aufgefaßt wird und mit den allgemeinen Kenntnissen der Medicin und Chirurgie übereinstimmt. Diese Lehre liefert uns die Entwicklung der modernen Apparatentherapie selbst.

Früher, als die Aerzte sich nicht mit den orthopädischen Apparaten näher befaßten, haben nur wenige Kranke von ihnen Nutzen gehabt; seitdem aber diese Wissenschaft auf wissenschaftliche Grundlagen gesetzt worden ist, ist ihr Nutzen für den Kranken auch bedeutender geworden.

Die alten orthopädischen Apparate bestanden aus Metallschienen, die untereinander mittels Gelenken verbunden und am Körper durch Schnallen und Riemen fixiert waren. Ihr Nutzen konnte nur gering sein, weil ihnen die Grundbedingung fehlte: die genaue Fixierung, dann aber, daß sie dem Körper nicht beschwerlich fallen sollen.

Bei den modernen Apparaten verhält sich die Sache ganz anders; hier hat alles seinen wissenschaftlichen Zweck; alles gründet sich auf die Anatomie, die Physiologie, die Mechanik, die Art des Leidens; alles stimmt mit dem Zweck überein, den wir verfolgen.

Hier haben wir ein metallisches Skelett des aus Schienen gebildeten Apparates, der mit verschiedenen Gelenken versehen ist, und bei dem alles auf Grund mechanischer Berechnungen und anatomischer Daten hergestellt ist. Was für ein gesundes Glied das Knochenskelett, das ist für ein krankes Glied das metallische Skelett, das genau dem ersteren entsprechend sein muß. Um dieses äußere Skelett zu fixieren, verwenden wir keine Riemen, sondern leichte, feste, elastische Hülsen, die genau die Weichteile, welche die langen Knochen zwischen den Gelenken bedecken, umfassen und sich einem Teil des Skelettes anpassen, wobei sie stets Stützpunkte an den hervorragenden Teilen haben, ohne störend zu sein. Diese Hülse und der ganze Apparat werden an Modellen gearbeitet, die genau dem kranken Gliede nachgebildet sind; manche Teile werden auch direkt am Körper modelliert.

Indem die modernen Apparate diese wissenschaftlich-ärztliche und mechanische Grundlage haben, können durch die Anfügung verschiedener Mechanismen verschiedene therapeutische Zwecke erlangt werden. So können wir einen kranken Teil des Skelettes unbeweglich machen, einen verkrümmten Teil gerade stellen; wir können ein krankes Gelenk von der Körperschwere, die es belastet, entlasten; ebenso können wir verschiedene Organe, welche fehlen oder nicht funktionieren, ersetzen.

Feuilleton.

Pyrmont in alten Zeiten.

Von **Dr. E. Roth**.

(Fortsetzung.)

Fürs vierdte und letzte verzehret und trucknet dieser Brunn aus alle flüssigen Materien, so theils vom Haubt auff die Lungen und teils in die äusserlichen Glieder fallen, davon in specie soll weiter gehandelt werden, dass aber dieser und andere Sauerbrunnen verändert werden und eine mehr oder auch die eine Zeit stärkerer als die ander seyn, solcher Umstand könne vornehmlich drey Ursachen angeführet werden: Die erste kömt her von Hitze der Sonnen. Die ander von dem Winde. Die dritte von dem Nebel, trübem und stetigem Regenwetter.

Je hitziger und truckener der Sommer ist, je stärker und kräfftiger dieser und andere Sauerbrunn seyn. Durch die starcken und rauhen Winde und vornehmlich den Südwind, werden die geistlichen Kräffte des Sauerbrunnen zerstreuet und hinweggenommen.

Die dritte Ursache ist stetiger Nebel, trüb und viel Regenwetter, dadurch die minerischen Wasser nicht allein verändert werden, sondern auch wol gar eine minderwertige Natur und Wirckung bekommen.

Obwohl dieser und andere Sauerbrunn besser und bequemer des Sommers als des Winters zu gebrauchen seyn, doch aber, wenns die Noht erfordern würde und periculum in mora vere, dass der Patient des Sommers und die warmen Zeit nicht erwarten könnte, in solchem Fall statuiren Tabernaemontanus, Sebizius und andere mehr, dass auch im Winter die Sauerbrunnen nützlich können gebrauchet werden, aber mit diesem Beding, dass es in einer warmen Stube geschehe und alle äusserliche Kälte verhindert werde.

Von den widerwertigen Würckungen des Brunnens ist auch zu melden, das ist, dass fast alle medicamenta, ob sie wol einfach scheinen, dennoch ihrer Natur nach doppelt seyen, dass sie zugleich purgiren und stopfen, dicke und dünn machen, ansetzen und ablösen, zusammenziehn und laxiren, als da seyen die Rosen, welche zugleich purgiren und stopfen, dessgleichen thut auch das Rabarbarum. . . .

So kann Niemand diese Sauerbrunnskur mit Nutzen antreten, er habe dann zuvor mit einem verständigen und erfahrenen medico geredet und demselben seine Schwachheit zu verstehen gegeben, welcher ihm sagen wird, ob er mit Nutzen den Brunnen gebrauchen könne, oder nicht, sintemal er nicht allen ohn Unterscheid dienlich und erspriesslich ist. Die rechte und beste Zeit den Brunn zu gebrauchen ist das Ende des



Nicht nur dies haben die modernen orthopädischen Chirurgen geleistet, sie haben nicht nur die wissenschaftlichen Grundlagen der Apparate festgesetzt, sondern sie haben sich auch mit den Materialien befaßt, aus welchen die Apparate hergestellt werden sollen; sie haben versucht, diese Materialien zu vereinfachen und sie so viel als möglich für den Chirurgen handlich und für den Kranken erschwinglich zu machen. Man hat mit zahlreichen verschiedenen Materialien Versuche angestellt, mit Holz, Leder, Filz, Zelluloid, Aluminium, Karton u. dgl. m.; alle diese Materialien wurden verwendet und aus allen können Apparate hergestellt werden, die mit den festgesetzten Grundsätzen übereinstimmen. Der Chirurg kann, je nach den Umständen, in denen er sich befindet, das eine oder das andere zum Nutzen des Kranken verwenden.

Der Chirurg ist heute nicht mehr an den Bandagisten gebunden, denn selbst dann, wenn wir nur über Binden und Gyps verfügen, können tragbare Apparate hergestellt werden, die den Kranken große Dienste leisten.

Es sind dies also zahlreiche Probleme, welche die moderne Orthopädie gelöst hat, Probleme, die aber eine lange, ausdauernde Arbeit erfordert haben.

Es genügt, eines der bekanntesten Gebiete dieser Forschungen zu erwähnen, die Extension, die eine der Grundsätze der Apparatentherapie bildet. Die hervorragendsten Chirurgen Europas und Amerikas, Volkmann, Koenig, Lannelongue, Morossof, Bracket, Judson, Albert, Lorenz u. a., haben lange, mühevolle Studien unternommen, um deren Wirkung auf gesunde und kranke Gelenke zu beweisen.

Der Ursprung der modernen Apparatentherapie ist in diesen Studien gelegen: Während die europäischen Chirurgen die Extension anwenden, indem sie den Kranken im Bett immobilisieren, haben die Amerikaner die ambulante Methode mittels tragbarer Apparate verwendet.

Die Amerikaner haben verschiedene Apparate zu diesem Zweck hergestellt, allein dieselben haben einen Mangel; es fehlt ihnen die Fixation, sie umhüllen das kranke Glied nicht, sondern sie suchen ihre Stützpunkte an verschiedenen Teilen des Skelettes.

Im übrigen ist dieser Zweig in Amerika sehr entwickelt; an den Universitäten finden sich Werkstätten, wo die Apparate studiert und für arme Kranke hergestellt werden können.

Die wirkliche Vollkommenheit, von allen Gesichtspunkten aus, haben die tragbaren orthopädischen Apparate in Deutschland erreicht. Hessing, ein außerordentlich begabter Mechaniker, hat den technischen Teil des modernen Systems geschaffen.

Er zeigte, wie das Skelett der verschiedenen Apparate hergestellt werden muß und hat verschiedene Mechanismen erfunden, während orthopädische Chirurgen, wie Hoffa, Lorenz, Scheede, Heusner, Vulpius u. a., die Form und die wissenschaftlichen Grundlagen der Apparatentherapie geliefert haben, sie haben die Indikationen aufgestellt und die Resultate, die mit denselben erzielt werden können, demonstriert; sie haben die Methode, die von Hessing geheim gehalten worden war, bekannt gemacht.

Da die ärztlichen Grundsätze der tragbaren orthopädischen Apparate feststehende sind, müssen die Apparate denselben entsprechend hergestellt werden.

Sämtliche tragbare Apparate, die heute in der orthopädischen Praxis verwendet werden, können in drei große Klassen, nach ihrem besonderen therapeutischen Zweck, eingeteilt werden.

Dieselben sind:

1. Retentionsapparate, deren hauptsächlichster Zweck es ist, den kranken Körperteil in einer bestimmten Lage durchaus unbeweglich zu machen, um so die Heilung zu erzielen; gleichzeitig sollen sie oft den Körperteil stützen oder entlasten.

2. Die Reduktionsapparate, die wir verwenden, um eine von der Norm abweichende Biegung und Krümmung wieder gerade zu richten.

3. Prothesen oder Ersatzapparate, die den Zweck verfolgen, fehlende oder nicht funktionierende Gliedmaßen oder Organe zu ersetzen.

Eine jede dieser drei Gruppen von Apparaten hat eine oder mehrere hauptsächliche therapeutische Grundlagen, denen ihr Erfolg zuzuschreiben ist.

(Fortsetzung folgt.)

Kongressbericht.

Sechzehnte Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft.

Die diesjährige Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft fand am 17. und 18. Mai unter dem Vorsitz von Passow-Berlin in Bremen statt. Sie wurde eröffnet durch Begrüßungsansprachen der anwesenden Vertreter des hohen Senates, der Bremischen Medizinalbehörden, des Bremer Aerztevereins und des Kollegen Winkler, der zusammen mit Kollegen Noltenius die Gesellschaft nach Bremen eingeladen und gleichfalls mit ihm dort

---

Monats May und der gantze Junius und Julius, auch wol der Augustus. Wenn nun einer an den Ort dies Brunnens kommen ist, sol er nicht alsobald denselben zu trinken anfangen. Weil nun der Brunn-Gast zuvor purgiren muss, alsso kan der Leib zum purgieren praepariret werden usw.

Gemelter Sauerbrunn kan mit grossem Nutzen sowol in morbis universalibus als auch in morbis particularibus gebrauchet werden. Vor allem werden da allerlei Fieber genannt, dann alle Hauptwehe, so aus dähnenden Dämpffen und kalten Ursachen kommend seind. Im Haupt und Hirn der Menschen tut er eben diese Wirkung und bezwingt alle böse Dämpffe, er ist nützlicher zu brauchen im Schwindel, in grosser Melancholey, bei der fallenden Sucht, die sich für den Schlag befürchten, er ist von Nutz bei Zahnweh. Er heilet die Daubheit, Sausen und Schmertzen in den Ohren, das harte Gehör, er kann vertreiben den Anfang von Staar und Fell in den Augen. Er dienet für die rote und flüssige Augen, verhütet den Menschen vor der Lungen- und Schwindsucht, er benimbt auch das Keichen, den schweren Athem. Zu Magenschwachheiten ist dieser Brunn sehr heilsam, den verharten und verstopfeten Leib erweichet und eröffnet er, dagegen, wenn er sehr flüssig were und einer sehr purgirte, stopffet er auch.

Allerhand Würme, Ungezieffer und gifftige Thiere, als Kröten, Schlangen, Eydexen, Höpffer, und dergleichen, welches in den Mund im Schlaff gekrochen oder in dem Leibe sonsten generiret, resp. tödtet der Brunn und führet sie aus dem Leibe.

Was dieser Brunn in morbis mesenterii oder in Schwachheiten des Unterleibes für Krafft und Würckung habe, ist fast nicht zu schreiben. Die verstopfet und verharte Leber erweichet er, cachexiam heilet er, er hat eine grosse Wirkung in athrophia, die jetzt allgemeine Plage, der Scharbock wird kräfftig curiret, im Anfange der Wassersucht ist er nützlich, er kompt zu Hülffe allen Schwachheiten der Nieren und Blasen, er heilet die Verstopfung der Zellen, reinigt die Mutter, dem Aufsteigen der Mutter wehret er, es vertreibet auch dieser Brunn den Saamen-Fluss und weisse Krankheit der Weiber, die Mohnkinder, mola genand, erweichet und treibet er ab, er befördert die Empfängnis und machet fruchtbar, er wird auch sehr dienlich gebraucht in der Gelben-Sucht wie Schwarzen-Sucht, er komt zu Hülffe der Arthritis oder Gliedsucht, er verzehret die podagrische und glieddrüsige Feuchtigkeiten, er heilet Ischias im Rücken und Hüfften. Herz, was begehrst Du mehr!

Keine gewisse Zahl der Tage, wieviel der Brunn zu gebrauchen sey, könne man für schreiben, weiln die Krankheiten und derselben Ursachen ungleich seyen. Man sol mit dem Trincken so lange anhalten, biss man entweder gantz curiret sey, oder eine gute Besserung, und zum wenigsten eine augenscheinliche Veränderung verspüre.

(Fortsetzung folgt.)



alles in vortrefflichster Weise vorbereitet hatte. Nachdem der Vorsitzende für die warmen Begrüßungsworte herzlich gedankt hatte, begann der wissenschaftliche Teil mit der Besprechung der beiden Referate, die bereits vorher den Mitgliedern zugestellt worden waren.

1. Hr. A. Hartmann-Berlin: Kommissionsbericht über die Methode der Ohruntersuchung bei Schulkindern.

Die Untersuchung auf Schwerhörigkeit kann in eine Voruntersuchung und eine ohrenärztliche Untersuchung zerfallen. Die letztere hat den Zweck, den Grad der Schwerhörigkeit, die Ursache und die Art der Erkrankung und die Möglichkeit der Heilung festzustellen. Etwa die Hälfte der Schwerhörigen kann durch rechtzeitige Behandlung gebessert oder geheilt werden. Die Prüfung der Schwerhörigkeit erfolgt durch beliebige, in flüsterndem Ton, ohne besondere Betonung gesprochene Wörter. Das nicht geprüfte Ohr muß von einer dritten Person verschlossen werden. Die Kinder sind einzuteilen in stark schwerhörige, wenn sie auf dem besser hörenden Ohre $^1/_2$ m und weniger, in mittelstark schwerhörige, wenn sie $^1/_2$—3 m weit, leicht schwerhörige, wenn sie 3—8 m weit Flüsterstimme hören. — Die Aufgabe der Schule bezüglich der schwerhörigen Kinder wird erörtert und ein besonderer Personalbogen für Schwerhörige empfohlen.

Die Versammlung beschließt, Abdrücke dieses Kommissionsberichtes an die Oberschulbehörden der Bundesstaaten zu übersenden.

2. Hr. Kümmel-Heidelberg: Ueber die Bakteriologie der akuten Mittelohrentzündung.

Die zahlreichen bisherigen Untersuchungen des Sekretes bei akuten Mittelohrentzündungen ermöglichen während der Ungleichartigkeit des ausgewählten Materials und der angewendeten Methoden bisher noch kein abschließendes Urteil über die relative Häufigkeit der einzelnen Entzündungserreger: neue Untersuchungen mit gleichartiger Methodik etc. sind deshalb wünschenswert. Nach einem Bericht über das, was von der Bakterienflora des Gehörgangs, der Tube und der Paukenhöhle im normalen Zustande bekannt ist, gibt K. die Resultate der Untersuchungen wieder, die Süpfle im Heidelberger Hygienischen Institut an fast 200 Otitisfällen der Heidelberger Ohrenklinik angestellt hat. Neben 14 Fällen von sterilem sog. Transsudat und 13 Fällen, in denen das Sekret von Otitiden im Frühstadium akuter allgemeiner Infektionskrankheiten sich steril erwies, wurden in 144 Fällen Mikroorganismen gefunden. Referent stellt daraufhin folgende Schlußsätze auf:

1. Von den im Referat wiedergegebenen, in Heidelberg beobachteten Mittelohrentzündungen waren rund 66 pCt. durch Streptoc. pyogenes, rund 17 pCt. durch den Str. lanceolatus, rund 11 pCt. durch den Str. mucosus, schließlich rund 6 pCt. durch den Microc. pyogenes aureus und albus hervorgerufen. Die durch Bact. pyocyaneum verursachten Otitiden sind nicht ganz einwandsfrei.

2. Eine ähnliche Verteilung der Entzündungserreger darf nicht ohne weiteres als gültig für andere Gegenden und andere Zeiten angesehen werden. Jedoch ist das in der Literatur zumeist betonte starke Ueberwiegen der Otitiden mit Str. lanceolatus wahrscheinlich dadurch bedingt, daß von diesen die beiden anderen Streptococcenarten nicht immer mit genügender Schärfe bakteriologisch gesondert wurden, speziell der St. mucosus den meisten früheren Untersuchern noch nicht bekannt sein konnte.

3. Der größte Teil der Lanceolatus-Otitiden entfällt auf die ersten beiden, vor allem das erste Lebensdecennium, die aber auch an den Fällen mit Str. pyogenes besonders stark beteiligt sind.

4. Der Verlauf der Otitis hängt von der Natur der ursächlichen Entzündungserreger insofern ab, als die Otitiden mit Microc. pyog. aureus und albus nie, die mit Streptoc. lanceolatus nur selten und unter ganz besonderen Umständen, fast immer dann im kindlichen Alter, eine Operation notwendig machen. Bei den Otitiden mit Str. pyogenes ist die Wahrscheinlichkeit, daß ein Eingriff notwendig wird, etwa 1 : 3, bei denen mit Str. mucosus etwa 1 : 1.

5. Die Staphylococcenotitiden neigen dagegen, soweit das kleine Material Schlüsse erlaubt, ein wenig zu verschlepptem Verlauf, und es ist möglich, daß die häufige Beimengung der Staphylococcen zu anderen Entzündungserregern bei verschleppten Otitiden an dieser Verlaufsart die Schuld trägt. Wahrscheinlicher ist allerdings, daß bei einem aus anderer Ursache verschleppten Verlaufe die Staphylococcen als Saprophyten in das Sekret der Otitis einwandern.

6. Chronischwerden einer akuten Otitis ist jedenfalls keine notwendige Folge der Anwesenheit von Staphylococcen in dem Sekret.

7. Der den Otitiden mit Str. lanceolatus von vielen Seiten zugeschriebene „cyklische Ablauf" konnte nur bei solchen Fällen beobachtet werden, die neben der Otitis noch anderweitige Lokalisationen, wahrscheinlich des gleichen Entzündungserregers, zeigten.

8. Dem Str. mucosus scheint, auch nach den Erfahrungen anderer, eine große Fähigkeit zu Knochenzerstörungen zuzukommen, die nicht selten erst relativ spät in die Erscheinung treten, manchmal trotz Ausheilung der Otitis selbst. Diese Eigentümlichkeit ist von früheren Untersuchern dem Str. lanceolatus wohl irrtümlich zur Last gelegt worden, weil sie ihn nicht von dem Str. mucosus differenzieren konnten.

9. Die Verlaufsweise hängt aber nicht allein von der Art der Entzündungserreger ab, sondern auch von Eigentümlichkeiten, die im Patienten selbst liegen, die uns aber nur zum kleinsten Teil bekannt sind.

10. Eine dieser Eigentümlichkeiten ist die individuelle Beschaffenheit der Verbindung zwischen Epitympanum und Mesotympanum: eine freie Verbindung zwischen beiden gibt bessere Aussichten auf Heilung der Otitis ohne chirurgisches Eingreifen. Der Unterschied in der Verlaufsweise der sog. epi- und mesotympanalen Otitiden tritt am deutlichsten bei den Fällen mit Str. pyogenes hervor, insofern fast alle zur Operation gelangenden Fälle den epitympanalen Typus aufweisen. Eine sichere pathologisch-anatomische Unterlage für diese Sonderung fehlt aber bisher.

11. Außerdem scheint es, als ob der Invasionsweg der Entzündungserreger, je nachdem eine salpingogene oder hämatogene Otitis vorliegt, die Verlaufsweise insofern beeinflußt, als die haematogenen Infektionen mehr das Bild einer schweren Allgemeinerkrankung darbieten, und dabei auch leichter die Hohlräume des Warzenfortsatzes intensiv miterkranken. Unsere Kenntnisse inbezug auf die Invasionswege der Entzündungserreger bei Otitis sind aber noch unzureichend.

12. Sog. sekundäre Otitiden können anscheinend manchmal zunächst ohne Beteiligung von Mikroorganismen, also wahrscheinlich durch toxische Einwirkungen entstehen, entweder ohne Dazutreten von organisierten Entzündungserregern rasch ausheilen, oder nachträglich mit solchen infiziert werden und dann wie andere Otitiden verlaufen.

3. Hr. Denker-Erlangen: Ueber bakteriologische Untersuchungen bei akuter Mittelohreiterung.

D. hat das dem eröffneten Proc. mastoideus entnommene Sekret von 29 in seiner Klinik operierten akuten Warzenfortsatzempyemen im Erlanger bakteriologischen Institut sorgfältig untersuchen lassen. Das Ergebnis der Untersuchungen war folgendes: Als Eitererreger wurden gefunden der Streptococcus pyogenes in 62,1 pCt., der Streptococcus mucosus in 13,8 pCt., der Staphylococcus pyogenes in 17,2 pCt., grambeständige Diplococcen, die sich nach ihren Eigenschaften weder unter die Streptococcen, noch unter die Staphylococcen einreihen ließen, in 6,9 pCt. der Fälle.

Der Diplococcus pneumoniae fehlte gänzlich, obgleich unter den Operierten sich neun Kinder befanden.

Verglichen mit den Kümmel-Süpfleschen Resultaten zeigt sich, daß die Häufigkeit des Vorkommens von Streptococcus pyogenes und Staphylococcus mucosus bei beiden Untersuchungsreihen fast die gleiche ist.

Der Staphylococcus pyogenes wurde in Erlangen annähernd doppelt so häufig als in Heidelberg festgestellt.

Sehr auffallend ist das Fehlen von Pneumococcen in D.'s Fällen, die bisher besonders bei Kindern als häufig vorkommende Eitererreger angesehen wurden. Auch Kümmel-Süpfle fanden sie noch in 18,61 pCt. sämtlicher von ihnen untersuchten Sekretproben. Wenn man aber bei den Heidelberger Untersuchungen nur die Resultate in Betracht zieht, welche gewonnen wurden ausschließlich bei dem dem Warzenfortsatz entnommenen Eiter, so



ergibt sich, daß auch dort nur in zwei Fällen Pneumococcen gefunden wurden.

Und in diesen beiden Fällen, welche an Meningitis zu Grunde gingen, wurden in der Lumbalpunktionsflüssigkeit resp. in Drüsenabsceßeiter auch Streptococcen gefunden.

In gleicher Weise geht demnach aus den Heidelberger und Erlanger Untersuchungsergebnissen hervor, daß der Diplococcus pneumoniae bei akuten Warzenfortsatzempyemen nur in seltenen Fällen als der eigentliche Krankheitserreger angesehen werden darf. (Schluß folgt.)

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Aerztlicher Verein München.

Sitzung vom 10. April 1907.

1. Herr Rommel: Ueber Reformgymnasien und hygienische Forderungen der Aerzte. Referat im Auftrag der Schulkommission des Aerztlichen Vereins München (unter Zugrundelegung eines für die Kommission selbst ausgearbeiteten Referates von Bergeat).

Referent stellt am Schlusse des Vortrags die folgenden Leitsätze auf:

1. Das Schulgebäude sollte nicht nur allen schulhygienischen Ansprüchen gerecht werden, sondern es sollte auch (bei guter Verbindung) möglichst an die Peripherie der Großstadt in eine Lage mit gesunder Luft und Waldnähe (z. B. Holzapfelkreuth) verlegt werden, um dem Ideal der „Freiluftschule" wenigstens teilweise gerecht zu werden. Für die Bereitstellung von Turnhallen und Schulbädern — womöglichst mit Schwimmbassin — größere Schulhöfe, bezw. Spielplätze für die Abhaltung der Jugendspiele, müßte natürlich Sorge getragen sein.

2. Was den Unterricht selbst anbetrifft, so ist für das Reformgymnasium die erste unerläßliche hygienische Forderung der ungeteilte Vormittagsunterricht mit „40 Minuten-Stunden" — wobei also sechs Unterrichtsstunden à 40 Minuten mit je zehn Minuten Pause in 300 Minuten gleich fünf Stunden absolviert werden könnten. Eine Verminderung der Unterrichtsstunden und der häuslichen Aufgaben ist nach Ansicht der Schulmänner wohl möglich. Wenn das auch nur durch ökonomischere Zeiteinteilung und Verkleinerung der Klassen durchführbar ist, so ist das vom hygienischen Standpunkte aus nur zu begrüßen. Auch offizielle Nachhilfe für Minderbegabte muß verlangt werden. Ganz besondere Berücksichtigung aber und Vermeidung von Ueberlastung verlangt das Pubertätsalter, worauf bisher nicht genügend geachtet wurde. Mehr als bisher werde der Unterricht einiger dazu geeigneter Fächer (wie Zeichnen, Naturkunde etc.) ins Freie verlegt oder Schulexkursionen zu Lehrzwecken unternommen. Neben einheitlichen Ferien mit den anderen Lehranstalten sind für das Reformgymnasium besonders eine Verminderung des Unterrichts im Sommer und eine völlige Freihaltung des Sonntags eine hygienische Forderung, an der nicht zu deuteln ist.

3. Die Hebung der körperlichen Ausbildung und Jugendspiele, welche wir Aerzte für die Mittelschulen überhaupt anstreben — ich erinnere an die verlesenen Leitsätze — gilt im besonderen und in verstärktem Maße für die Reformgymnasien unter Vermeidung jeden Uebermaßes und Schablonenhaften.

4. Eine wichtige und unerläßliche hygienische Forderung ist die Anstellung eines entsprechend vorgebildeten praktischen Arztes im Vollamt als Schularzt. Ohne des Näheren auf eine Dienstanweisung desselben einzugehen, müßte dem Schularzt obliegen:

a) die Beaufsichtigung der Hygiene des Schulbaues und eines hygienisch einwandfreien Betriebes (Reinigung, Lüftung, Bäder etc.);

b) fortlaufende Beaufsichtigung des Gesundheitszustandes der Schüler (Gesundheitsbogen);

c) Erteilung von Unterricht in der Hygiene als obligatorisches Lehrfach an höheren Schulen (aus den Gebieten der Ernährungslehre, Abhärtung, körperliche Ausbildung, Nerven, Zähne, Alkohol, Tabak, geschlechtliche Fragen etc.);

d) Vornahme experimenteller und statistischer Untersuchungen und Messungen an Schülern (deren Ergebnisse festere Grundlagen für Reorganisationen im Schulbetriebe abgeben würden);

e) Sitz und Stimme im Schulkuratorium.

5. Die Herstellung guter und innigerer Beziehungen zwischen Schule und Elternhaus ist eine Forderung, die gewiß nicht nur von uns Aerzten, sondern ebenso auch von einsichtigen Schulmännern erhoben wird. Vom hygienischen Standpunkt aus ist eine Annäherung und Belehrung (Elternabende) erwünscht, damit die Schäden, welche so häufig der Schule zur Last gelegt werden und die beim Reformgymnasium auf das erreichbare Minimum herabgedrückt werden sollen, auch im Elternhause nach Möglichkeit vermieden werden.

Disk. Herren Craemer, Neustätter, Graßmann, Pfaundler, Neustätter, Rommel, Craemer, Neustätter, Doernberger, Graßmann.

Die in der Diskussion hauptsächlich vorgebrachten Bedenken gelten der auf den Vormittag konzentrierten Schulzeit von sechs Kurzstunden; die Erfahrungen, die im hiesigen Theresiengymnasium gemacht wurden, lauten aber sehr gut.

Der Verein billigte die aufgestellten Leitsätze, die nun von der Schulkommission an das Ministerium weiter gegeben werden.

2. Herr Grashey: Seltene und schwer nachweisbare Frakturen.

Projektionsvortrag, zum Referat nicht geeignet.

3. Herr Grosse: Ueber improvisierte Asepsis mit Demonstration. Albert Uffenheimer.

Literarische Monatsschau.

Gynäkologie.

Die hohe Zange, früher eine beliebte und viel ausgeführte Operation, hat in neuerer Zeit, namentlich seit dem raschen Aufkommen der Pubiotomie, viel an Terrain verloren und wird von vielen Geburtshelfern schon vollkommen verworfen. Demgegenüber ist es nicht ohne Interesse, auch wieder einmal eine gegenteilige Stimme zu Wort kommen zu lassen, namentlich wenn sich das Urteil, wie das Riemanns aus der Breslauer Provinzial-Hebammen-Lehranstalt, auf das große Material von 100 klinisch beobachteten Fällen gründet. Riemann resumiert seine Ansicht in folgenden Sätzen:

1. Die hohe Zange birgt für Mutter und Kind nicht die Gefahren, daß sie im allgemeinen, wie besonders beim engen Becken zu verwerfen ist.

2. Die Kindersterblichkeit in 31% (absolut), resp. 22% (reduziert), die mütterlichen Verletzungen in 7%, die Verlängerung des Wochenbettes in 16% und die kindlichen Verletzungen in 10% der Fälle weisen jedoch darauf hin, daß die hohe Zange nicht ohne strengste Indikation, d. h. ohne daß für Mutter oder Kind eine ernste Gefahr besteht, angelegt werden darf.

3. Die besten Resultate liefert die hohe Zange:

a) bei gut konfiguriertem Kopf und frischem Kind, d. h. wenn die Indikation von der Mutter ausgeht. In solchen Fällen gelingt es bei starken Verengerungen von 8 bis $8^3/_4$ C. d. relativ starke, lebensfrische Kinder zu entwickeln;

b) bei Multiparen mit 9 bis $10^1/_2$ C. d.

4. Die Leistungsfähigkeit der hohen Zange nimmt ab mit zunehmender Beckenverengerung.

In dankenswerter Weise macht Fellner wieder einmal auf Grund einiger eigenen Beobachtungen auf die nicht seltenen Fälle von sog. paraurethraler Eiterung beim Weibe aufmerksam. Fellner unterscheidet drei Arten von Gängen, die die Lokalisationsstelle dieser Eiterungen bilden können: a) die intraurethralen. Dieselben münden in Gestalt von runden, ovalen oder spaltförmigen Oeffnungen beiderseits von der Mittellinie, einige Millimeter hinter der Harnröhrenöffnung auf der Schleimhaut der



Urethra aus und lassen eine dünne Sonde 1/2 bis 1 cm, manchmal auch 2 bis 2 1/2 cm tief eindringen.

b) Die paraurethralen münden in den Nischen zu beiden Seiten der Urethra, sind nicht konstant und verlaufen ca. 1/2 cm tief nach der Mittellinie zu konvergierend.

c) Die periurethralen gehen von kleinen Oeffnungen auf der Oberfläche des Dammes zwischen Harnröhre und Hymen aus, sind meist symmetrisch angelegt und einige Millimeter tief. Die klinische Bedeutung dieser Gänge, namentlich der intraurethralen, liegt darin, daß sie einen Schlupfwinkel für die Bakterien bilden, von dem aus immer wieder Rezidive der Urethritis entstehen können und der nicht selten zur Bildung von Pseudoabszessen Anlaß gibt. Bezüglich der Therapie empfiehlt F., bei jeder Urethritis nach sorgfältiger Reinigung der Urethra mit einer entsprechend gebogenen, feinen Kanüle die Kanäle zu reinigen und dann einige Tropfen eines Silberpräparates zu instillieren. Die Pseudoabszesse sind chirurgisch zu behandeln.

Zu einer dringenden Warnung vor dem immer noch viel verwandten Intrauterinpessar nimmt Wagner einen Fall zum Anlaß, in dem der Gebrauch dieses unheilvollen Instrumentes seiner Trägerin das Leben gekostet hat. Nachdem die Frau trotz des Tragen des Pessars — gleichzeitig eine neue Illustration für seine Wertlosigkeit — gravide geworden war, führte sie es sich anläßlich einer erneuten Kohabitation wieder ein. Während dieser wurde der Stift in die erweichte Wand des retrovertiert liegenden Uterus eingebohrt und führte außer zu der Verletzung zu einem schwer septischen Abort, dem die Patientin erlag.

Ueber Adhaesionsbildung in der Bauchhöhle hat Fromme Tierversuche angestellt, die zu folgenden Ergebnissen führen: Weder zurückgelassenes Blut mit oder ohne gleichzeitige Serosadefekte, noch Reizung mit antiseptischen Flüssigkeiten, noch auch aseptische Seidenfäden sind imstande, Adhaesionen hervorzurufen. Es gehört unter allen Umständen noch ein weiterer Faktor zur Ausbildung von Adhaesionen, d. i. der Keimimport, die Infektion des zurückgelassenen Blutes, bezw. des Peritoneums. Dabei erscheint es als wahrscheinlich, daß Infektion bei gleichzeitigem Bestehen von Serosadefekten, also einer Kommunikation von Bindegewebswunden mit der Bauchhöhle, einen stärkeren Grad von Adhaesionsbildung hervorzurufen imstande ist. Für die Praxis ergibt sich die bedeutsame Tatsache, daß der springende Punkt in der möglichsten Keimarmut des Operationsfeldes liegt, während man ruhig ergossenes Blut in der Peritonealhöhle belassen kann. Bei einer geplatzten Tubargravidität z. B. würde der Versuch, jede Spur Blut aufzutupfen, — abgesehen von seiner völligen Aussichtslosigkeit, nur eine schädliche Verlängerung der Operationsdauer und die Gefahr einer Verschleppung von Keimen aus dem Operationsgebiet in die intakte Bauchhöhle mit sich bringen und so die Adhaesionsbildung befördern, statt sie zu verhüten.

Den seltenen Fall, daß ein Blasenstein ein Geburtshindernis abgab, konnte Wagner an der Chrobakschen Klinik beobachten. Bei der Untersuchung fand sich ein ca. hühnereigroßer, steinharter, zwischen Uterus und Symphyse eingekeilter Tumor, der zunächst als Exostose imponierte und erst durch die Untersuchung mit der Steinsonde als Blasenstein erkannt wurde. Es gelang in diesem Falle, in tiefster Narkose den Kopf des Kindes zurückzudrängen, den Stein zu reponieren und dann das schon lange abgestorbene Kind mittels Kraniotomie zu extrahieren. Das Wochenbett verlief glatt und trotz der lange dauernden Einkeilung des Steines ohne Fistelbildung. Gelingt in derartigen Fällen die Reposition nicht mehr, so bleibt nur die Extraktion des Steines per urethram oder am besten mittels Kolpocystotomie übrig.

Wallart beschreibt ein Lithopädion, das sich bei der Sektion einer 85jährigen Frau als zufälliger Befund fand, mithin über 40 Jahre im Abdomen gelegen haben mußte. Dasselbe war mit Netz und Darmschlingen fest verwachsen, lag aber sonst frei in der Bauchhöhle und entsprach einem foetus von vier Monaten.

Frank in Köln, der schon auf dem Lissaboner Kongreß seine Methode der suprasymphysären Entbindung erläutert hatte, beschreibt dieselbe jetzt in einer ausführlichen Publikation und berichtet gleichzeitig über die 13 ersten Fälle, deren Verlauf ein so vorzüglicher ist, daß das Verfahren das Interesse der Kollegen in weitestem Maße verdient. Dasselbe besteht in einer suprasymphysären, extraperitonealen Eröffnung des Uterus und wird in folgender Weise ausgeführt: ca. 12 cm langer querer Schnitt durch die Bauchdecken, 2 cm oberhalb der Symphyse und Eröffnung des Peritoneums. Die Uebergangsstelle desselben wird an ihrer festen Verbindung mit der Blase quer durchtrennt und von der Unterlage so weit abgehoben, daß ein hinreichend großer Teil des unteren Uterussegmentes von Peritoneum befreit ist. Die Abhebung des Peritoneums wird nach links und rechts fortgesetzt. Dieser Peritoneallappen wird mit dem Peritoneum parietale des oberen Wundrandes vereinigt und so der Peritonealsack vollständig geschlossen. Das untere Uterussegment wird jetzt in der extraperitonealen Partie in einer Ausdehnung von ca. 8 cm quer inzidiert und durch diese Oeffnung das Kind durch Druck von außen entwickelt. Schluß der Uteruswunde bis auf eine kleine Drainage nach außen. Schluß der Bauchwunde. Die so operierten Mütter kamen sämtlich mit dem Leben davon, von den Kindern wurden nur zwei tot geboren, davon war das eine durch anderweitig vorgenommene gewaltsame Zangenversuche abgetötet worden. Gewiß ein glänzendes Ergebnis, wenn man bedenkt, daß es sich in zwölf von den dreizehn Fällen um mehr oder minder infizierte Frauen gehandelt hat, mithin um Fälle, bei denen nach unseren heutigen Anschauungen nicht mehr der klassische Kaiserschnitt, sondern nur die Perforation oder die Porrosche Operation in Betracht gekommen wäre. Das Verfahren stellt somit eine Ergänzung des Kaiserschnittes dar, indem es gestattet, auch infizierte Frauen lebenssicher von einem lebenden Kinde zu entbinden. Außer der Vermeidung der Peritonitis hat das Verfahren den Vorzug, daß man in Beckenhochlagerung, ohne Vorwälzung des Uterus mithin mit viel geringerem Blutverlust und mit an all den Vorteilen der suprasymphysären Schnittführung zu operieren in der Lage ist.

In einer Arbeit „zur Physiologie und Diätetik der Nachgeburtsperiode“ kommt Heil auf Grund einer größeren Beobachtungsreihe zu dem praktisch wichtigen Ergebnis, daß die post partum zu konstatierende antero-posteriore Abplattung des Uterus ein zuverlässiges Zeichen dafür ist, daß die gelöste Placenta die Uterushöhle verlassen hat und in den Durchtrittsschlauch hinabgestiegen ist, mindestens ebenso zuverlässig, als die von Ahlfeld am höchsten bewertete Verlängerung der Nabelschnur. In den Fällen, in denen die Abplattung ausbleibt oder undeutlich ist, lassen sich fast immer störende Momente, bezw. Verlaufsanomalien der Nachgeburtsperiode als erklärende Ursachen nachweisen. Für die Praxis empfiehlt H., sich etwa 10—15 post partum von der vorhandenen Abplattung zu überzeugen. Dieselbe ist zu dieser Zeit fast immer nachzuweisen, die Placenta ist dann exprimierbar, aber noch nicht expressionsreif, d. h. die Eihäute sind noch in einem Teil der Fälle adhaerent. Es ist aber dann mit Sicherheit anzunehmen, daß nach weiteren 15 Minuten, also 1/2 Std. post partum die Placenta auch expressionsreif ist und die Expression leicht gelingen wird. Ein längeres Abwarten hält H. unter normalen Verhältnissen für unnötig und im Interesse der Wöchnerin auch für nicht wünschenswert.

Periodische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift. Nr. 14. 1907.

1. Riedel, Jena: **Der zuverlässigste Appendixschnitt und seine Verwendung für die Ligatur der Art. iliaca ext., Beseitigung von Schenkelhernien, zu größeren intraabdominalen Operationen.**

Mehr als 1000 Appendicitiskranke hat R. mittelst des Zickzackschnittes operiert und keinen Grund gefunden, von demselben abzugehen. Je nach Lage des Appendix wird der Schnitt mehr medial oder lateral angelegt, werden Obliq. int. und transv. näher oder ferner von der Mittellinie durchtrennt, desgleichen die Fascia transversa und das Peritoneum; durch Einsetzen von stumpfen Halten in die Enden des Schnittes kann man ihn besonders bei Frauen und Kindern in fast unglaublicher Weise stumpf dehnen, ohne daß Nerven oder Muskeln geschädigt werden. Wichtig ist, daß die Obliq. ext.-Fascie dicht über dem Poupartschen Bande eingeschnitten wird; auch bei Abszessen in der Bauchhöhle empfiehlt es sich nicht, direkt auf dieselben einzuschneiden, sondern sich



vom Poupartschen Bande her extraperitoneal an den Eiterherd heranzuarbeiten, dann oberhalb des hinteren Beckenrandes einzuschneiden und von hinten her zu drainieren. Vor dem Lenanderschen Schnitt warnt R., da derselbe gute Resultate nur bei tadellosester Heilung der Wunde gibt. Die von R. operierten Kranken arbeiten sämtlich wie früher; Tragen schwerer Lasten wird ihnen nur verboten, wenn wegen eitriger Appendicitis drainiert werden mußte; dann sollen sie auch, selbst nach Korrektion der Narbe, lange eine die Narbe stützende Bandage tragen. Bei nicht eitriger Appendicitis kann die Bandage nach sechs Monaten fortgelassen werden; das von andrer Seite befürwortete frühe Aufstehen (am fünften Tage) erlaubt R. nicht; da die Obliq. ext.-Fascie nach der Ablösung wohl immer etwas geschwächt ist, läßt er die Kranken zwei bis drei Wochen liegen.

Der Zickzackschnitt eignet sich auch zu verschiedenen andern Operationen in der Beckenschaufel und im kleinen Becken sowohl extra- wie intraperitoneal. Der laterale Teil des großen Beckens läßt sich weithin übersehen mit diesem Schnitt, der mit gutem Erfolg angewandt wurde zur Exstirpation tuberkulöser Drüsen und zur Unterbindung der Arteria iliaca externa. Intraperitoneal fand er öfters Anwendung zu diagnostischen Zwecken, namentlich wenn ganz akut ein Darmleiden einsetzte, dessen Charakter nicht ganz feststand, aber schnelle Entscheidung forderte. Weiter wurde er zur Radikaloperation von Schenkelhernien herangezogen und zu gynaekologischen Operationen (kleine gedrehte Ovarialtumoren, geplatzte Zysten, Extrauteringravidität etc.). Nicht geeignet ist er bei größeren vereiterten Adnextumoren, auch nicht zur Anlegung des künstlichen Afters. Wo man ihn aber anwendet, hat man das beruhigende Gefühl, daß man keinen Schaden tun kann, daß der Patient mit sicherer Narbe entlassen werden wird. Adhaerentwerden des Netzes, das beim Schnitt in der Linea alba unvermeidlich ist, kommt beim Zickzackschnitt kaum vor; er muß aber genau nach R.'s Vorschrift (Deutsch. m. W. 1905, Nr. 37 und 38) gemacht werden; die Spaltung der Obl. ext.-Fascie soll 1—1½ cm oberhalb des Lig. Poupartii vorgenommen werden, nicht höher hinauf.

2. Lange, München. **Was kann der praktische Arzt zur Linderung des Krüppelelends tun?**

(Nicht abgeschlossen.)

3. Janssen, Düsseldorf. **Die Verhütung und Behandlung der Kotfisteln nach Appendicitisoperationen.**

Das Zustandekommen einer Kotfistel muß bei der Appendicitis simplex, bei Intervalloperationen und auch bei Frühoperation akuter Fälle mit Tendenz zur Destruktion der Appendix sicher vermieden werden. Anders liegt es bei den komplizierten Appendicitiden, die eine schablonenhafte Beendigung der Operation nicht zulassen. Klare Uebersicht des Operationsgebietes muß hier unbedingt geschaffen werden.

Nur bei genügender Bloßlegung der Teile kann man es vermeiden, in brüsker Weise, allein unter Führung des Fingers, Verwachsungen zu trennen, die oft genug derber sind, als die Darmwand selbst; man soll mit der Lösung nicht beliebig beginnen, sondern da, wo das normale Bauchfell an sie herantritt; das Ganze soll allmählich aus der Umgebung gelöst, aus der Wunde herausgehoben — extraperitonealisiert werden; treten dann doch Verletzungen benachbarter Darmschlingen ein, so kann man diese Laesionen sofort unschädlich machen durch die Naht, die auch da auszuführen ist, wo es sich nur um ein Décollement der Serosa handelt. Bei solchem Umgehen mit Adhaesionen werden sich die Kotfisteln vermeiden lassen, die dadurch bedingt werden, daß die in die Wand des Coecums eingebettete Appendix aus ihrem Bett so herausgerissen wird, daß ein Defekt in der Coecalwand bestehen bleibt. Häufiger entstehen Kotfisteln aus dem Stumpfe der Appendix selbst, wenn diese zu dicht an ihrem Ansatz abgetragen wurde; das ist ein Fehler, der zu vermeiden ist. Falsch ist es auch, einen etwa notwendigen Gazestreifen zur Drainage direkt auf die Einstülpungsnaht des Processus zu führen, da es leicht zu einer Verfilzung der Gaze mit den Nahtfäden kommt und dann beim Herausziehen der Gaze auch Fäden mit beseitigt und so eine Insuffizienz der Naht herbeigeführt wird. Die meisten Kotfisteln entstehen im Anschluß an diejenigen operativen Fälle, bei denen destruktive Veränderungen am Processus bestanden, und zwar nicht nur mit bereits erfolgtem Durchbruch, sondern auch da, wo hochgradige Wandveränderungen der Appendix vorlagen, einer Perforation jedoch durch den frühzeitigen Eingriff zuvorgekommen wurde. Besonders prädestiniert zur Bildung einer Kotfistel sind die Fälle von foudroyanter Gangrän des Processus, wobei die Wandveränderungen oft am Ansatz des Appendix nicht Halt machen, sondern auf das Coecum übergreifen und eine regelrechte Einstülpungsnaht unmöglich machen, und dann die Fälle, wo es nach mehreren Anfällen zur Ausbildung eines eitrigen Exsudates gekommen ist, in dem dann zwischen verklebten Darmschlingen eine morsche, bei jedem Isolierungsversuch einreißende Appendix flottiert. In anderen, den letzteren ähnlichen Fällen findet man den peripheren Teil der Appendix nicht mehr, sie ist zum größten Teil sequestriert, das zentrale Ende in der Abszesswand verlötet: eine Eröffnung des Appendixlumens muß hier stattgefunden haben, und doch sieht man relativ selten im Anschluß hieran eine Kotfistel entstehen; der Umstand, daß diese sich selbst überlassene perforierte Appendix nicht zu einer Kotfistel führt, zeigt, daß ein Selbstverschluß des Lumens zentralwärts eingetreten ist. Diese Erfahrung dürfte geeignet sein, in entsprechenden Fällen die Ansichten über die Versorgung des Appendixstumpfes zu modifizieren. Da, wo die Brüchigkeit des Gewebes die Anlegung der kunstgerechten Einstülpungsnaht unmöglich macht, gleichgültig, ob es sich handelt um eine Appendix, die noch vor der Perforation getroffen wird, oder um eine perforierende Drucknekrose der Wand oder Gangrän derselben, müßte die Stumpfversorgung in der Weise vorgenommen werden, daß die künstlichen Maßnahmen dem Vorgange des Selbstverschlusses entsprechend eingerichtet werden. Unter Verzichtleistung auf jede Einstülpungsnaht wird der periphere Teil der Appendix, in dem der eigentliche Infektionsherd sich befindet, zwischen zwei Klemmen, etwa 2 bis 3 cm vom Ansatz an das Coecum entfernt, abgetragen, dann mit einer Darmquetsche die Wandschichten des Wurmfortsatzrestes unter Erhaltung der Serosa durchgequetscht; der Serosaüberzug wird dadurch in eine allseitige feste Verbindung gebracht, ohne daß die Ernährung dieser gegen Insulte recht widerstandsfähigen Wandschicht in nennenswerter Weise beeinträchtigt würde; um die gequetschte Partie wird zur Sicherung noch eine Katgutligatur gelegt. Der Effekt wird sein: Narbige Umänderung der durch den Druck lädierten Mucosa und Muskularisschichten, die alsbald zur Obliteration des Lumens führt, während der Serosaschlauch erhalten bleibt und am distalen Ende eine feste, allseitige Verklebung zeigt.

Die Bedingungen für das Ausheilen einer Appendicitiskotfistel sind nicht sehr günstige. Mit dem Durchprobieren all der kleineren operativen Eingriffe, die eventuell zur Beseitigung des unangenehmen Leidens führen könnten, soll man nicht lange sich aufhalten; gelingt es nicht, die Fistel, die sich nicht von selbst schließen kann, durch Tamponade trichterförmig zu gestalten und durch Ausfüllen des Trichters mit Granulationen zum Verschluß zu bringen, so nimmt man alsbald eine größere Nachoperation vor, mit der man, da sie mit Erfolg nur in intaktem Gewebe gemacht werden kann, in den meisten Fällen den Schluß eines etwa bestehenden Bauchbruches verbindet.

4. Haenisch, Hamburg: **Ueber die Röntgenbehandlung der Prostatahypertrophie und ihre Technik.**

5. Goldschmidt, Berlin: **Eigenschaften und Ziele einer neuen Methode der Harnröhrenbesichtigung.**

Die Hauptprinzipien der neuen Methode sind: Dilatation durch Wassereinlauf, dadurch geschaffener gleichmäßiger „physiologischer" Hohlraum, Betrachtung dieses Hohlraums mit optischen Hilfsmitteln, die eine „Gesichtsfelderweiterung" erlauben. Die Wasserausdehnung ist nicht nur für die vordere, sondern auch für die hintere Harnröhre zu ermöglichen gewesen. Die Instrumente (von Löwenstein angefertigt) werden an Abbildungen kurz erläutert.

Die normale vordere Harnröhre bei physiologischer Dilatation bildet ohne Andeutung von Längsfalten ein gleichmäßig rundes Rohr, in dem man jedoch Ringe hervortreten sieht; die Gleichmäßigkeit der Schleimhaut wird nur durch Papillen und die Lakunen, die scharfe, runde Löcher darstellen, unterbrochen. Bei entzündlichen Prozessen sind dieselben vertieft und erscheinen oft wie kleine Divertikel; aus ihnen sieht man einen Teil der Abson-

derungen dringen, die die Urethralfäden bilden; die Ringe geben bei den Entzündungen den Rahmen für die Infiltrationen und Strikturen; bei chronischen Gonorrhoen springen sie oft wie die dicken Balken in der Blase vor. In der hinteren Harnröhre läßt sich die ganze Konfiguration übersehen; der normale und gestörte Hergang der Urinentleerung läßt sich genau verfolgen. Oft findet man, daß der sog. „Sphinkter" nicht schließt, sondern unregelmäßig klafft; dann besteht eine Kommunikation zwischen Blase und hinterer Harnröhre; der Mund der Blase steht häufig offen, oft sieht man ihn nach einer Seite verzogen und klaffend, auch dann, wenn kein Wasser durch Injektion in die Blase getrieben wird. Diesem Zustand ist wichtige pathologische Bedeutung beizumessen; dysurische Erscheinungen, Funktionsstörungen, gegenseitige Infektionsgefahren entstehen daraus, andererseits gesteigerte Inanspruchnahme des Sphinkter externus. Schließt der Mund der Blase vollständig, so läßt sich leicht erproben, ob der Sphinkter prompt funktioniert; der Mensch ist imstande, den Blasenmund willkürlich nach unten zu öffnen, sobald er beabsichtigt, die Blase zu entleeren. Vielfache Ursachen für Störungen und Schwierigkeiten lassen sich durch direkte Beobachtung beim Urinieren erkennen; namentlich durch Veränderungen der Prostata treten mannigfaltige Verschiebungen ein. Auch ohne Erkrankung der Prostata wird der hintere Harnröhrenteil durch alte entzündliche Prozesse verändert, namentlich die Seitenwände erscheinen dann granuliert, gepolstert, starr und unelastisch. Der Samenhügel bietet schon in der Norm große Verschiedenheiten dar, bezüglich Aussehen und Größe; bei Erkrankungen tieferer Teile zeigt er Unregelmäßigkeiten verschiedenster Art. Schleimhautveränderungen des Hügels und der Crista sieht man bei vielen Leiden, die jetzt unter den Begriff der sexuellen Neurasthenie oder auch der Prostatitis fallen. Palpiert man bei Ausübung der Methode gleichzeitig vom Rektum aus, so kann man alle Teile des Hügels ins Gesichtsfeld bringen; man sieht dann auch aus den Oeffnungen desselben Sekret dringen; aus dem Sinus prostaticus dringt öfter trübe Masse, aus den Ausführungsgängen der Prostata Sekret, das sehr verschiedene Bestandteile enthalten kann; bei großer Reizbarkeit erscheint der Hügel manchmal wie ein kleiner Krater, der aus vielen Oeffnungen speit. Die Bestandteile dieser Sekretion finden sich in der injizierten Flüssigkeit, nachdem der Patient sie wieder entleert hat; man kann sie zentrifugieren und mikroskopisch untersuchen; so wird eine speziellere Diagnostik möglich werden. Oft findet man nach solcher manuellen Expression nicht ein einziges rotes Blutkörperchen im Zentrifugat, ein Zeichen, daß diese Teile nicht so leicht bluten, wie man denkt; keineswegs oft findet man Leukozyten nach dieser Massage der Prostata, was dafür spricht, daß die Häufigkeit der gonorrhoischen und postgonorrhoischen Prostatitis bei weitem überschätzt wird.

6. Röpke, Jena: **Aktive Hyperaemie in der Behandlung arteriosklerotischer Gangrän.**

Bei einem Fall von arteriosklerotischer Gangrän blieb zunächst nach der Exartikulation der befallenen Zehe der gangränöse Prozeß noch langsam im Fortschreiten; in den Hauptarterien des Fußes war in dieser Zeit eine Pulsation nicht zu fühlen; auch wurde aus der Wunde kein Bluten bemerkbar. Erst nachdem mehrere Tage hintereinander Hyperaemisierung des Fußes durch ein leicht antiseptisches heißes Fußbad bewirkt war, wobei jedesmal eine leichte Blutung aus der Wunde eintrat, konnte eine anfangs unbeständige, mit wechselnder Intensität auftretende, schließlich eine dauernde Pulsation der Arteria dorsalis pedis nachgewiesen werden. Von der Zeit an heilte die Wunde, und die übrigen durch die Ernährungsstörung vorher bedingten Veränderungen der Gewebe des Fußes schwanden bis auf leichte Paraesthesien. Die öfter hervorgerufene aktive Hyperaemie hat also hier eine bedeutende Rolle gespielt; ihr Auftreten und die danach einsetzende Blutung aus der bis dahin blutleeren Wunde bewies, daß die Gewebe des Fußes bis an die Wundfläche hinan wieder von Blut durchströmt wurden. Diese Art der Hyperaemieerzeugung birgt daher die Möglichkeit, die Grenze erkennen zu lassen, wo noch, wenn auch nur annähernd gut genährtes Gewebe beginnt; damit ist ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel an die Hand gegeben, welches auf das chirurgische Handeln bestimmend einwirken kann, indem es anzeigt, ob man noch mit der möglichst gering verstümmelnden Operation auskommen kann. Die von dem Patienten auch nach der Behandlung noch öfter wiederholte Hyperaemisierung des Fußes ist von nachhaltiger Wirkung geblieben, da der Fuß nach Jahresfrist noch gute Funktion und normales Aussehen behalten hat.

7. Landwehr, Köln: **Heilungsergebnisse von Patellarfrakturen.**

L. hat eine Kontrolle der Dauerresultate bei 37 Patellarfrakturen, die im Kölner Bürgerhospital während der Jahre 1898 bis 1905 behandelt sind, vorgenommen. Die Behandlung war eine individualisierende; bei den leichtesten Fällen wurde einfache Ruhigstellung der verletzten Extremität im Gipsverband oder auf Volkmannscher Schiene mit baldiger Massage vorgenommen; bei ausgiebigerer Zerstörung des Streckapparates wurde die Naht mit Eröffnung des Gelenks, in der Regel acht bis zehn Tage nach der Verletzung, ausgeführt, wobei Katgut als Nähmaterial diente; in letzter Zeit wurde mehr prinzipiell zur Extensionsbehandlung nach den von Bardenheuer angegebenen Regeln gegriffen; dabei waren meist drei bis vier Wochen Bettruhe und Verband ausreichend. Die Resultate, die nach Mitteilungen von Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften und nach eigenen Nachuntersuchungen zusammengestellt werden, zeigen, daß das individualisierende Vorgehen in der Behandlung der Kniescheibenbrüche berechtigte Rücksichtnahme verdient, da mit den unblutigen Maßnahmen in zahlreichen Fällen von Patellarfraktur gleich gute Erfolge zu erzielen sind, wie mittels der Operation, zugleich aber die Gefahren der letzteren, die auf absolute Zuverlässigkeit keinen Anspruch machen kann, vermieden werden.

8. Bogen, Heidelberg: **Zur Kasuistik der kongenitalen Luxation der Patella.**

Ein fünfjähriges Mädchen zeigt am linken, etwas atrophischen Bein eine kleinere, sehr bewegliche Patella, einen stark abgeflachten Condylus externus femoris, einen übermäßig entwickelten Condyl. externus. Beugt man das Knie, so gleitet bei einem Winkel von 90 bis 120° die Patella mit sichtbarem Ruck über den flachen Cond. internus nach außen, versucht man sie bei der Beugung an normaler Stelle festzuhalten, so gelingt die Flexion nicht weiter als bis zu dem angegebenen Winkel. Die Luxation kann man auch bei nicht angespanntem Muskel leicht in Extensionsstellung erzeugen. Eine aktive Streckung kann das Kind im Liegen nur bei stark nach außen rotiertem Oberschenkel mühsam vollziehen, stehend vermag es das gehobene Bein nicht zu strecken. Beim Gehen in der Ebene zieht es das Bein manchmal etwas nach, ohne aber weitere Beschwerden zu haben; Treppensteigen kann es ohne Unterstützung nur, wenn stets das rechte Bein vorgesetzt wird.

9. Vörner, Leipzig: **Ueber Onychia pigmentosa.**

Bei einem Patienten, der wegen Lues eine Inunktionskur durchmachte, traten an den Nägeln Rötung des Falzes, Trübung und Rauhigkeit und schließlich schwärzliche Pigmentierung auf; da mehrere der Nägel von der Unterlage sich etwas abgehoben hatten, kann hier die Verfärbung durch Verunreinigungen bedingt sein; bei einem aber, der fest blieb, auch nicht aufgerauht wurde, zeigte sich die Pigmentierung bis tief in die Substanz des Nagels reichend; danach ist wohl anzunehmen, daß durch den luetischen Prozeß der Nagelmatrix mitunter Pigment zugeführt werden kann, welches dann auch in die Substanz des Nagels gelangen und denselben mehr oder weniger intensiv färben kann.

10. Erdmann, Altona: **Ueber eine erfolgreiche Behandlung von Tuberkulose des Auges mit Tuberkulin.**

Die Patientin kam mit einer leichten Iridocyclitis in Behandlung, an die sich eine tiefliegende Keratitis anschloß; da alle gewöhnlichen Mittel erfolglos blieben, entschloß sich E., als schon die Sehfähigkeit bis auf Sehen von Handbewegungen gesunken war, zu einer Tuberkulinkur; er benutzte Neutuberkulin-Koch, zur Verdünnung nicht Glyzerin, sondern physiologische Kochsalzlösung. Jeden zweiten Tag injizierte er an Oberarm oder Rücken, beginnend mit $^{2}/_{1000}$ mg, jedesmal um $^{2}/_{1000}$ mg steigend. Bei $^{10}/_{1000}$ mg trat eine lebhafte allgemeine und lokale Reaktion auf, die ein Zurückgehen in der Dosis und weiteres Ansteigen um $^{1}/_{1000}$ mg notwendig machte; dann wurde von $^{10}/_{1000}$ mg um $^{1}/_{100}$ mg, von $^{10}/_{100}$ mg um $^{1}/_{10}$ mg gestiegen bis auf $^{8}/_{10}$ mg. Drei Wochen

nach Beginn der Tuberkulinbehandlung fing eine starke Vaskularisation der Hornhaut an einzusetzen; allmählich ließen die entzündlichen Erscheinungen nach, das Auge wurde reizfrei, die Iris ließ sich leichter durch Atropin erweitern, ein Exsudat der vorderen Kammer verschwand, die brechenden Medien hellten sich langsam auf, und schließlich war nach 60 Injektionen innerhalb von vier Monaten halbe Sehschärfe erreicht.

11. Reichard, Weißenburg: **Ein Fall von penetrierenden Schußverletzungen des Abdomens.**

Dem betr. Patienten, einem 15jährigen Jungen, drang beim Spielen eine kleine Revolverkugel in den Leib; da keinerlei bedrohliche Erscheinungen sich einstellten, wurde zunächst abwartend mit Eisblase, Opium verfahren; am andern Morgen trat Erbrechen ein, die Temperatur stieg an, der Puls war beschleunigter, der Leib gespannt und kahnförmig eingezogen. Bei der sofort vorgenommenen Laparotomie fand sich reichlich Blut in der Bauchhöhle, ein penetrierendes Loch in der Leber, das schon verklebt war, eine serös-muskuläre Laesion des Magens an der vorderen Wand und vier Verletzungen am Dünndarm, aus denen etwas Darminhalt sickerte. Sorgfältige Vernähung, Toilette der Bauchhöhle, Tamponade führte zur Heilung. Trotzdem also anfangs der Fall den Eindruck der Gutartigkeit machte, fanden sich doch sehr schwere Verletzungen der intraabdominalen Organe. Verf. hält es deshalb für ratsam, bei jeglicher Schußverletzung des Abdomens die Eröffnung der Bauchhöhle vorzunehmen.

12. Prym, Bonn: **Zur Blutentnahme aus dem Kaninchenohr.**

Um die Schwierigkeiten, aus den Venen des Kaninchenohres genügend Blut zu entnehmen, zu umgehen, empfiehlt P. das Kaninchen in einen den Bierschen Heizkästen ähnlichen Kasten zu setzen, so daß nur der Kopf herausragt; heizt man dann den Kasten an auf 40 bis 70°, so schwellen die Ohrvenen enorm an, und man kann dann leicht punktieren, ohne jemand zum Festhalten des Tieres zu gebrauchen.

13. Auerbach, Frankfurt a. M.: **Ein neuer Sensibilitätsprüfer.**

An der Hand einer Abbildung wird das handliche Instrument beschrieben; es besteht aus zwei Teilen. Der eine enthält einen Pinsel, eine Nadel, einen Dermatographen und eine Feder, deren Kraft sich in Abstufungen durch Gewichte bestimmen läßt; hiermit kann man die Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit und den Drucksinn prüfen und gleichzeitig die gefundenen Grenzen markieren. Der zweite Teil dient zur Untersuchung des Temperatursinnes; er hat auf der einen Seite einen Metallzylinder, der nach Art der Thermophore mit essigsaurem Natrium gefüllt ist, das sich durch kurzes Erwärmen über einer Flamme löst, die freiwerdende Wärme an die Umgebung abgibt und sich beim Erkalten wieder ausscheidet, so daß für zahlreiche Untersuchungen keine Neufüllung erforderlich ist; auf der andern Seite ist ein Zylinder, der mit Wasser oder Eisstückchen gefüllt werden kann.

14. Schmidt, Berlin: **Ueber intratumorale Röntgenbestrahlung.** Bemerkungen zu dem Artikel von Strebeld. W. Nr. 11.

Sch. hält es für technisch schwierig und nicht ungefährlich, dünne, spitz zulaufende Glasröhren, an deren Spitze die diffus sich ausbreitenden Röntgenstrahlen entstehen, in maligne Tumoren einzuführen. Weiter glaubt er, daß die Wirksamkeit der an der Glasspitze durch den Aufprall der Kathodenstrahlen produzierten Röntgenstrahlen sehr gering sein wird, weil wegen der Gefahr des Schmelzens des Glases die Belastung derartiger Röhren nur minimal sein kann. Drittens muß vor allem die Empfindlichkeit des bestrahlten Gewebes in Betracht gezogen werden; die spezifische Reaktionsfähigkeit des Tumorgewebes ist die Hauptsache. Bei massigen Tumoren, welche auf die übliche Bestrahlungsart nicht reagieren, wird wohl auch die intratumorale Bestrahlung versagen.

15. zum Busch, London: **Zum 80. Geburtstage Lord Listers.**

16. Weckerling, Friedberg: **Semmelweiß oder Lister?**

Balneologische Mitteilungen.

Nordseebad Borkum. Illustrierter Führer mit Ortsplan und Inselkarte. Jahrgang 1907. Alljährlich gibt die Borkumer Badedirektion den vorliegenden, handlichen Führer, der von W. Schwalbes Buchhandlung in Emden und der Badedirektion in Borkum kostenlos verabfolgt wird, neu heraus; der diesjährige ist soeben erschienen. Er enthält in gedrängter und übersichtlicher Form alles Wissenswerte über das Bad und die Insel, wie auch Ratschläge für die Reise, und kann allen, die zum Zweck der Orientierung über eins unserer bedeutendsten Nordseebäder erfahren wollen, bestens empfohlen werden. Das reich illustrierte und elegant ausgestattete 50 Seiten starke Heft erhebt sich weit über die landläufigen Badeprojekte; unter anderm wird in dem sehr lesenswerten Kapitel „Seeluft und Seebad" die Bedeutung der Nordseebäder als klimatische Kurorte und Badeorte auf wissenschaftlicher Basis eingehend begründet, und sowohl die Seeluft, wie auch das Seebad als hervorragende Kurmittel nachgewiesen, die entweder einzeln für sich, oder beide vereint zur Anwendung zu bringen sind. Interessant ist die Bemerkung, daß Borkum mit zu den sonnenscheinreichsten Gebieten Deutschlands gehört, wie sich aus mehrjährigen Aufzeichnungen mittelst eines Heliographen ergeben hat. Im Vorwort wird darauf aufmerksam gemacht, daß der Anfang der Saison, speziell der Monat Juni sich in hervorragendem Maße zu einem Aufenthalt an der Nordsee eignet; ähnliches gilt für die Herbstmonate. Unter den zahlreichen Illustrationen findet sich neben den Darstellungen über das Bad und seine Einrichtungen mancherlei, was Anspruch auf allgemeineres Interesse hat, z. B. die lebendigen Bildchen über das Rettungswesen zur See, die hochinteressante Vogelkolonie, Leuchttürme, Seehundjagd, ferner See- und Strandbilder. Ein 50 Seiten starker Anhang, unter anderem enthaltend Einwohnerverzeichnis, Literatur über das Bad und die Insel, Reisewege, gibt vielerlei praktisch verwertbare Winke und Auskünfte. Die Bedeutung des Bades geht aus der hohen Besucherzahl im Sommer 1906 hervor, nämlich 21611, die höchste Zahl, die während des mehr als 50jährigen Bestehens des Bades bisher erreicht wurde; eine statistische Uebersicht der Frequenz zeigt ein Wachstum in den verflossenen drei Jahrzehnten auf mehr als das achtzehnfache. Der textlich wie illustrativ interessante Führer dürfte bei Erörterung der Reisepläne für den Sommer mit Gewinn zu Rate zu ziehen sein.

Münster am Stein. Ueber die Gewinnungsart der Salinenprodukte wird von der Badeverwaltung folgendes mitgeteilt.

Bad Münster a. Stein — 3 km von Kreuznach gelegen — besitzt 6 den Kreuznacher Quellen gleichartige Soolquellen und in seinem Hauptbrunnen eine Therme, die mit 31° Wärme aus der Erde steigt.

Auf seiner Saline, deren Gradierwerke den Kurpark einschließen — Inhalatorium im großen — wird aus der gradierten Soole in großen Sudpfannen Kochsalz, Viehsalz, Badesalz und Mutterlauge hergestellt.

A. Die Mutterlauge wird auf folgende Weise gewonnen: Der in den Soolquellen enthaltene Salzgehalt wird dadurch erhöht, daß die rohe Soole über die Gradierwerke geleitet wird und beim Herunterfallen zwischen den Dornwänden durch die herantretende Luft einen Verdunstungsprozeß durchmacht. Hierdurch wird der Salzgehalt der rohen Soole so bedeutend verstärkt, daß dieselbe zum Salzsieden verwendet werden kann; sie wird „sudwürdig".

Diese hochprozentige — gute Soole genannt — wird in die Sudpfannen geleitet und macht hier einen 8—9 tägigen Sudprozeß durch. Bei diesem beginnt dann das Salz sich zu kristallisieren, sinkt durch seine eigene Schwere auf den Boden und wird von dort als Kochsalz und schließlich als Badesalz herausgeholt.

Der Rückstand aus dieser guten Soole, der nach dem Herauskochen des Salzes in der Pfanne übrig bleibt, der also die konzentrierten chemischen Bestandteile, welche in der Soolquelle sich befinden, enthält, ist die Mutterlauge.

Die vom Laboratorium Fresenius, Wiesbaden, im Jahre 1907 hergestellte Analyse der Kreuznacher Mutterlauge, gewonnen auf der Saline Bad Münster a. Stein ergab folgende Zusammensetzung:

1000 Teile Mutterlauge enthalten:

Kaliumchlorid	33,71
Natriumchlorid	25,07
Natriumbromid	9,686
Natriumjodid	0,01801
Lithiumchlorid	8,931
Ammoniumchlorid	0,05510
Calciumchlorid	211,1
Calciumetaborat	0,5755



Strontiumchlorid	6,270
Strontiumsulfat	0,2440
Strontiumhydrokarbonat	0,0681
Magnesiumchlorid	31,07
Magnesiumkarbonat	0,0445
Magnesiumhydroxyd	0,0190
Borsäure (meta)	2,767

Summa aller Bestandteile: 329,6.

Spezifisches Gewicht bei 15° C., bezogen auf Wasser von 4° C., 1,3057.

Die Mutterlauge ist eine klare, bräunliche, fettige Flüssigkeit, die beim Umrühren schäumt. Bei dieser Gelegenheit sei darauf hingewiesen, daß häufig Mutterlauge als Kreuznacher verkauft wird, die nicht die heilkräftigen chemischen Bestandteile derselben hat; ja, es wird von einigen Drogisten selbst Mutterlauge hergestellt, die willkürliche und zum Teil ganz andere Bestandteile als unsere Kreuznacher Mutterlauge aufweist.

Die Herren Aerzte werden daher gebeten, im Interesse ihrer Patienten die letzteren auf das oben erwähnte Aussehen unserer Mutterlauge, sowie darauf hinweisen zu wollen, daß auf allen Gefäßen, die sie kaufen, unser Original-Etikett mit der Schutzmarke sich befinden muß.

Die Kreuznacher Mutterlauge wird hergestellt auf den beiden Salinen Bad Münster a. Stein und der benachbarten Saline Theodorshalle (Städtische Saline von Kreuznach).

B. Das Münsterer Badesalz ist der letzte Rest des Salzes, das in der Sudpfanne liegen bleibt und sich mit der zurückbleibenden Mutterlauge vermischt hat. Hierdurch bekommt das Badesalz eine schmutzige Färbung, durch welche Patienten und auch Aerzte oft zu der Annahme verleitet werden, als wenn dieses Salz mit Schmutzbestandteilen vermischt wäre. Vermischt ist es allerdings, aber mit den chemischen Bestandteilen der Mutterlauge, wodurch es einen viel größeren Heilwert als andere Salze bekommt, denn indem es alle Bestandteile unserer Quellen in konzentriertem Maße besitzt, entspricht es am meisten den hier verabreichten Bädern. Die Schmutzbestandteile dagegen, die in der „sudwürdigen" Soole sich durch den Uebergang über die Gradierwerke befanden, sind beim Kochen der Soole in einem schmutzigen Schaume an der Oberfläche geblieben und entfernt worden.

C. Der Münsterer Hauptbrunnen, der mit 31° Wärme aus der Erde steigt und dessen Wasser durch Röhrenleitungen in sämtliche Hotels und Pensionen geleitet wird, wird von den hiesigen Aerzten auch zur Trinkkur empfohlen und in Flaschen zur Fortsetzung der Kur verschickt. Die Flaschen sind mit tadellosem Verschluß versehen, so daß der Brunnen jahrelang in gutem Zustand aufbewahrt werden kann. Da unser Brunnen keine stark reizende, sondern eine nur gelind anregende Wirkung hat, und das Soolwasser infolge der fehlenden Gypse leicht verdaulich ist, wird dasselbe gern getrunken. Der Münsterer Hauptbrunnen hat nach der 1905 ausgeführten Analyse des Laboratoriums Fresenius, Wiesbaden, folgende chemische Zusammensetzung:

1000 Teile Soolwasser enthalten:

Chlornatrium	5,718 910
Bromnatrium	0,030 657
Jodnatrium	0,000 347
Chlorkalium	0,122 315
Chlorlithium	0,030 482
Chlorammonium	0,013 009
Chlorkalzium	0,765 333
Schwefelsaurer Baryt	0,003 762
Schwefelsauer Strontian	0,003 893
Saurer phosphorsaurer Kalk	0,000 041
Doppelt kohlensaurer Kalk	0,223 578
Doppelt kohlensaurer Strontian	0,055 969
Doppelt kohlensaurer Magnesia	0,148 906
Doppelt kohlensaurer Eisenoxydul	0,005 957
Doppelt kohlensaurer Manganoxydul	0,000 951
Borsäure	0,011 660
Kieselsäure	0,023 407
Kohlensäure, freie	0,019 637

Summa aller Bestandteile 7,178814

Temperatur 31° Celsius.

Vermischtes.

München. Das Denkmal für H. v. Ziemssen ist am 25. Mai in München in der Krankenhausanlage feierlich enthüllt worden; es zeigt — wie die Münchener med. Wochenschrift meldet — die überlebensgroße wohlgetroffene Bronzebüste auf einem Marmorunterbau, der gleichzeitig als Ruhebank dient und an beiden Seiten durch wasserspeiende Löwenköpfe abgeschlossen wird. An der Feier nahmen u. a. die Herren Bäumler-Freiburg, Stintzing-Jena, Moritz-Gießen teil; Hofrat Schmid-Reichenhall hielt die Festrede.

Berlin. Herrn Priv.-Doz. Dr. Felix Klemperer ist der Professortitel beigelegt worden.

Hamburg. Dr. Albers-Schönberg in Hamburg ist vom preußischen Kultusministerium zum Professor ernannt.

Marburg. Mit der Vertretung des nach Breslau berufenen Prof. Küttner ist Prof. Anschütz in Breslau beauftragt worden.

München. Franz v. Winckel feierte am 5. d. M. seinen 70. Geburtstag.

Berlin. Für den XIV. Internationalen Kongreß für Hygiene und Demographie hat sich in Berlin ein Damenkomitee gebildet, das sich zur Aufgabe gestellt hat, den zahlreich aus dem In- und Auslande zum Kongresse zu erwartenden Damen Unterhaltung und Anregung zu bieten, gemeinsame Besichtigungen von Wohlfahrtseinrichtungen, Kunstsammlungen und sonstigen Sehenswürdigkeiten Berlins mit ihnen auszuführen, während die Herren durch die wissenschaftlichen Arbeiten des Kongresses in Anspruch genommen sind. Als Geschäftsführer wird Geheimer Regierungsrat Dr. Eilsberger, der Vorsitzende des Ortskomitees des Kongresses, tätig sein. — Für den Kongreß war folgendes allgemeine Programm aufgestellt worden: Sonntag, den 22. September, abends 8 Uhr: Begrüßung der Kongreßteilnehmer im Neuen Königlichen Operntheater (Kroll). Montag, den 23. September, vormittags 11 Uhr: Eröffnungssitzung im Neuen Königlichen Operntheater (Kroll). Im Anschluß: Eröffnung der Ausstellung im Reichstagsgebäude und Konstituierung der Sektionen. (Die Sektionssitzungen finden im Reichstagsgebäude statt). Nachmittags: Besichtigungen. Dienstag, den 24. September, vormittags 9 Uhr: Sektionssitzungen. Nachmittags: Sektionssitzungen oder Besichtigungen. Abends: Empfang seitens der Stadt Berlin im Rathause. Mittwoch, den 25. September, vormittags 9 Uhr: Sektionssitzungen. Nachmittags: Sektionssitzungen oder Besichtigungen Abends: Festmahl. Donnerstag, den 26. September, vormittags 9 Uhr: Plenarsitzung im Reichstagsgebäude. Nachmittags: Sektionssitzungen oder Besichtigungen. Abends: Festvorstellungen in den Königlichen Theatern. Freitag, den 27. September, vormittags 9 Uhr: Sektionssitzungen. Nachmittags: Ausflug. Sonnabend, den 28. September, vormittags 9 Uhr: Sektionssitzungen. Nachmittags: Sektionssitzungen oder Besichtigungen. Abends: Gartenfest. Sonntag, den 29. September, vormittags 10 Uhr: Schlußsitzung im Reichstagsgebäude. Nachmittags: Fahrt nach Hamburg. Abends: Geselliges Zusammensein in Hamburg. Montag, den 30. September: Besichtigung der hygienischen Einrichtungen und Anstalten in Hamburg. Empfang seitens der Freien und Hansestadt Hamburg im Rathause. In der Plenarsitzung am 26. September werden sprechen: Prof. Dr. Chantemesse über die Serotherapie des Typhus; Dr. Haldane über neue Forschungen über die Hygiene unterirdischer und submariner Arbeiten; Prof. Schattenfroh über die Grundlagen der hygienischen Wasserbegutachtung.

Berlin. Am 4. Juni starb Professor M. Litten, der bekannte und beliebte innere Kliniker. Ein Schüler und Assistent Frerichs war er vom Jahre 1897 leitender Arzt des Krankenhauses Gitschinerstraße. Litten hat viele bedeutsame Arbeiten veröffentlicht.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Der Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. **A. Dührssen**, Berlin. **A. Hoffa**, Berlin. **E. Jacobi**, Freiburg i. Br. **H. Senator**, Berlin. **R. Sommer**, Giessen.
R. Kobert, Rostock. **M. Koeppen**, Berlin. **K. Partsch**, Breslau. **H. Rosin**, Berlin. **H. Schlange**, Hannover. **H. Unverricht**, Magdeburg. **A. Vossius**, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 24. Juni 1907. **Nr. 25.**

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Aus dem chirurgisch-orthopädischen Institut des Dr. med. J. D. Ghiulamila in Bukarest.

Die Grundsätze der modernen tragbaren orthopädischen Apparate.

Von Dr. **J. D. Ghiulamila,**
bisher Assistent an der Prof. Dr. A. Hoffaschen Klinik, Berlin.

(Fortsetzung.)

Wir wollen jetzt die Grundsätze dieser drei Gruppen gesondert besprechen.

I.

Bei den **Retentionsapparaten** haben wir folgende Grundsätze zu beachten: die Fixation, die Entlastung und die Extension.

Die Fixation. Der Zweck der Fixation ist wesentlich der, ein Gelenk, eine Reihe von Gelenken oder die zwischen den Gelenken liegenden Skeletteile unbeweglich zu machen, weil in denselben ein Krankheitsprozeß, eine Kontinuitätstrennung oder andere Gewebsläsionen vorhanden sind, wobei der Zweck verfolgt wird, den Kranken zu heilen, während er seinen Geschäften nachgeht, d. h. ohne daß er an das Bett gefesselt ist; es bleibt sich hierbei gleich, an welchem Skeletteile sich der Krankheitsprozess befindet.

Die wesentlichen Bedingungen der Fixation sind: Sie muß absolut sicher, dauernd sein, sie darf dem Kranken weder lokal noch anderweit beschwerlich sein, sie darf nicht allzu beträchtlich die Bewegung und den Gang des Kranken behindern und weder die Eingeweide, noch den Blutlauf oder die Nerven schädigen.

Um diese Fixation mittels der modernen tragbaren Apparate zu erreichen, benutzen wir die aus festem, aber biegsamen Stoff hergestellten Hülsen. Dieselben sind nach Modellen, die genau dem kranken Körperteil entsprechen, gearbeitet; ihre innere Fläche muß in genauester Weise passen, ohne zu drücken oder sonstige Störungen zu verursachen.

Diese Hülsen, die durch metallische Schienen verstärkt sind, können einfach sein, d. h. sie können das Gelenk wie eine Scheide von allen Seiten umfassen, oder aber sie können von mehreren Hülsen gebildet sein, die miteinander mittels Schienen und Gelenken verbunden sind. Die ersteren können wir verwenden, wenn das kranke Gelenk von allen Seiten gestützt werden muß, wenn, wenigstens solange als der Apparat verwendet wird, keinerlei Bewegungen im Gelenke gemacht werden; die anderen finden dann ihre Verwendung, wenn nach einer bestimmten Dauer der Fixation Bewegungen des Gelenkes gestattet werden, oder wenn neben dem kranken Teile auch gesunde Gelenke im Apparate einbegriffen sind, die nicht unbeweglich gemacht werden dürfen. Im übrigen können in der Technik beide Systeme kombiniert werden. Es ergibt sich also, daß die Fixation im allgemeinen nicht dadurch erzielt wird, daß der Apparat das kranke Gelenk oder den kranken Körperteil eng einhüllt, sondern durch die Stützen, die er in gesunden Nachbarteilen, an der Oberfläche der Weichteile und besonders an knöchernen Hervorragungen des Skelettes findet, so z. B. an den Rändern des Darmbeines, am Sitzbein, an den Gelenkknochen des Femur, die solide und fixe Stützpunkte abgeben.

Die Entlastung. Im allgemeinen ist die Fixation eines kranken Gelenkes oder eines kranken Skeletteiles mit einer Entlastung vergesellschaftet, da es sich darum handelt, jeden Druck zu vermeiden, den die Last des Körpers ausüben könnte.

Jedes Gelenk der unteren Gliedmaßen oder des Körpers ist gezwungen, die Schwere des über ihr befindlichen Körperteils und den Druck des unter ihr befindlichen Bodens zu ertragen. Wenn wir stehen, so ist dieser doppelte Druck klein, aber während des Gehens, da die ganze Schwere bald auf dem einen, bald auf dem anderen Gliede lastet, ist der Druck beträchtlich.

Ist ein Gelenk krank und muß diesen Druck ertragen, so treten Schmerzen auf, die erkrankten Knochen werden mechanisch zerstört, es entsteht eine kontinuierliche Reizung, so daß der Kranke verschiedene Stellungen einnimmt, um diesen Druck zu vermeiden, — jene sogenannten falschen Stellungen, die für jedes Gelenk beinahe charakteristisch sind, und mit denen der Chirurg später viel zu kämpfen hat. Man muß deshalb in vielen Fällen außer der Fixation auch darum besorgt sein, daß das Gelenk diesem Drucke nicht ausgesetzt sei, — das Gelenk muß, wie der wissenschaftliche und technische Ausdruck lautet, entlastet werden.

Diese Entlastung wird manchmal in einfacher Weise erreicht, so z. B. geschieht dies von selbst bei den oberen Gliedmaßen; bei den unteren Gliedmaßen wird dasselbe erzielt, wenn man den Patienten liegen läßt, oder in mechanischer Weise, beispielsweise beim Knie, indem das Becken und das Sitzbein auf dem Apparate reitet, dieser mit dem Fußboden in Berührung kommt und die gesamte Schwere trägt, während die Extremität im Apparate fixiert und freihängend bleibt. Schwieriger gestalten sich die Verhältnisse bei der Wirbelsäule, allein auch hier ist eine Entlastung zu erzielen.

Die Extension. Oft muß man, um auf den kranken Teil einen größeren Einfluß auszuüben, zu diesen zwei Faktoren, der Fixation und der Entlastung, einen dritten gesellen, die Extension. Ebenso wie das Gelenk die Schwere und den Druck von den beiden Knochen empfängt, die es bilden, können wir in entgegengesetztem Sinne wirken, indem das eine Ende fixiert oder beispielsweise auf der einen Seite des

Apparates gestützt wird, während auf das andere Ende ein Druck ausgeübt wird, daß es von dem ersteren entfernt wird: es wird somit im Apparat eine Extension ausgeübt. Auf diese Weise erzielen wir ziemlich leicht die Entlastung des Gelenkes und dessen Fixation, ja noch mehr, wir entfernen manchmal die Gelenkflächen voneinander, wodurch deren Heilung begünstigt wird. Die Extension hat außerdem einen Einfluß auf die Muskeln, welche die Gelenkbewegung bewirken: sie kämpft gegen deren Krampf, da sie eine Berührung der kranken Knochen verhindert, und damit auch die Ursachen, die den Schmerz und die Muskelkontraktur auslösen. Um also therapeutisch diese Retention zu erzielen, haben wir diese drei Elemente, die sich für gewöhnlich in günstigster Weise vereinigen und sich vom mechanisch, anatomisch und therapeutisch wirkenden Gesichtspunkte vervollständigen.

Die Amerikaner haben sich in ihrer Apparatentherapie mehr von diesen beiden letzten Grundsätzen leiten lassen, der Entlastung und der Extension, ohne der absoluten Fixation zu große Bedeutung geschenkt zu haben. Sie haben den bekannten Grundsatz „motion without friction“ aufgestellt, d. h. das Gelenk soll sich bewegen, ohne daß die Gelenkflächen aneinander reiben. Die Praxis aber hat gelehrt, daß auf die Distraktion nicht viel gerechnet werden darf und daß der wohltätige Einfluß mehr der Fixation zuzuschreiben sei. Damit aber dieser Erfolg größer sei, vereinigen wir sämtliche drei Prinzipien in den portativen Apparaten, was übrigens leicht erreichbar ist; die erste Stelle wird der Fixation eingeräumt, da ohne dieselbe auch die anderen nicht zu erreichen sind.

Es ist die Behauptung aufgestellt worden, daß bei den tragbaren Apparaten keine absolute Fixation erzielt werden kann. Dies ist allerdings der Fall bei den alten Apparaten und bei jenen der Amerikaner, welche mehr durch die Extension als durch andere Mittel wirken. Wohl aber ist die Fixation bei den nach deutschem System hergestellten Apparaten in vorzüglicher Weise zu erzielen.

Viele glauben, und ich selbst hatte Gelegenheit, mich hiervon persönlich zu überzeugen, daß eine genaue, ich möchte sagen mathematische Fixation nur in einem Gipsverband zu haben sei, der nach dem Körper genau modelliert sein muß. Nun ist das letztere aber nicht leicht, da hierzu langjährige Uebung gehört; man muß zehnfach, ja hundertfach derartige Apparate gemacht haben. Mit Hessingschen Apparaten läßt sich diese Fixation nicht nur ausführen, sondern es geschieht dies auch in leichterer Weise, denn der ganze Apparat ist genau nach dem Modell des kranken Gliedmaßes angefertigt; dann aber wird er vor der Fertigstellung anprobiert, abgeändert, so daß er vollkommen paßt, während man bei dem Gipsverband oft nicht weiß, wie die Fixation ist, da sie nicht kontrolliert und vorhandene Fehler nur durch Herstellung eines neuen Verbandes zu beseitigen sind.

Im übrigen sind die Gipsverbände, die teilweise auf denselben Grundsätzen wie die anderen Apparate beruhen, nicht mit den letzteren zu vergleichen, denn jede dieser beiden Kategorien hat eine besondere Verwendung und Indikation, je nach dem Falle, und selten, wenn wir durch materielle Umstände gezwungen sind, ersetzen wir die einen durch die anderen, das heißt da, wo es möglich ist, nach den wesentlichen Grundsätzen der Apparatentherapie.

Die Fixation in portativen orthopädischen Apparaten ist angezeigt bei verschiedenen Erkrankungen der Gelenke, bei Brüchen, Verrenkungen und Pseudarthrosen, in den verschiedenen Fällen von Arthritis usw. Allein die bedeutendste Rolle spielt die Apparatentherapie in der ambulanten Behandlung der Gelenktuberkulose. Es ist soviel über die Vorteile und die Resultate dieser Behandlungsart geschrieben worden, daß ich auf jede weitere Ausführung verzichten kann. Bekannt ist, daß neben der lokalen Behandlung die physische allgemeine und moralische Behandlung eine große Rolle spielt, und ich glaube nicht, daß ein Chirurg, nachdem er sich von den Resultaten der modernen Apparate überzeugt hat, die ja die Basis der Lokalbehandlung der Gelenktuberkulose bilden, noch darauf bestehen würde, den Kranken ins Bett zu stecken, womit nur eine minder gute Immobilisierung, wie sie die Apparate ermöglichen, erzielt wird, und die Kinder der Luft und dem täglichen Leben entzogen werden.

Ueber die Art, wie die Fixation wirkt, habe ich mich bereits oben ausgesprochen; sie ist einfach und allgemeinverständlich. Jedes Gelenk, wie jedes kranke Organ, muß zunächst in Ruhestellung, in eine passende Lage gebracht werden. Dies lehrt uns die Natur selbst, die durch ihre anatomischen Mittel das kranke Gelenk immobilisiert, über die Wirkung der Entlastung belehrt uns der bedeutende Unterschied zwischen der Gelenktuberkulose der oberen Extremität und anderer Körperteile.

Wir suchen demgemäß mittels unserer Apparate diese Fixation zu erzielen, und gleichzeitig dem Kranken die Möglichkeit zu geben, sich von der Stelle zu bewegen.

II.

Auch bei den **Reduktionsapparaten** haben wir auf verschiedene Grundsätze Rücksicht zu nehmen.

Feuilleton.

Pyrmont in alten Zeiten.

Von **Dr. E. Roth.**

(Fortsetzung.)

Was anlanget die Dosin, in was Quantität man den Brunn gebrauchen sol, dass, obwohl schwerlich eine gewisse Maß des Wassers könne fürgeschrieben werden, dennoch wegen Unterschied der Personen und deren Alter, eine Quantität etztlicher Maßen zu determiniren nötig ist.

Man sol nicht alsbald aus dem Bette zum Brunnen lauffen, sondern den Leib mit spatzieren gehn ermuntern und, da die Sonne zwo Stund über dem Horizont gewesen, etwa um sechs Uhr zum Brunn gehen.

Ein Kind von zwölf oder mehr Jahren kan mit einem Glase, so sechs auf eine Quart gehn, den Anfang machen. . . Sechs ist die höchste Dosis. . . .

Die mit 18 bis 30 Jahren müssen mit zwei solcher Gläser beginnen und alle Tage so viel hinzu thun, bis sie auf zwölf Gläser kommen, dabey sie sechs Tage verbleiben, darnach auch allgemehlich wieder absteigen.

Erwachsene Personen (mit 30 Jahren damals noch nicht!!) biss auf 50 Jahr müssen Gläser haben, deren fünff auff eine Quart gehen und biss auf 15 kommen.

Weibes-Personen, sonderlich so schwacher Constitution seyn, und das Wasser nicht viel gebrauchen können, sollen in geringer Dosis anfangen.

Es soll ferner in Acht genommen werden, dass einer nicht nötig habe, uff einmal das gantze Wasser einzutrinken, es ist genug, wenn einer in $1^1/_2$ Stunde die gantze Dosis des Wassers trincket.

Morsellen zur Stärckung des Magens zu nehmen, ist anzurathen.

Bei manchem menschlichen Gebrechen ist der Sauerbrunn contraindiciret, so ist er allen blöden und schwachen wie verzehreten Leuten zu widerraten, denen, die Blut ausspeyen, die engbrüstig seyen oder Wassersüchtig oder verwundete Nieren haben. Schwangere Weiber sollen nicht in die Sauerbrunn ziehen. Man soll keine Spiritus oder Elixir mit dem Sauerbrunn mischen. Missbrauch geschieht, wann unter den Mahlzeiten der Brunn entweder bloss getruncken oder mit dem Weine vermischet wird. Dito, wann man den Sauerbrunn zugleich trincket und darin badet, die Trinkkur ist eben ein solch Universalmittel, dass dadurch der gantze Leib alteriret und evacuiret wird, das Baden ist aber allein ein particular oder topicum und insonderheit auff die äusserlichen Glieder gerichtet. Auch warm darf der Brunn nicht getruncken werden, durch



Die Redression verfolgt den Zweck, ein Gelenk, einen Knochen oder einen Teil des Skelettes, wie es die Wirbelsäule ist, die disloziert oder deren Lage von der normalen abweicht, in eine normale Lage zu versetzen, oder doch in eine Lage, die die Funktion erleichtert.

Diese Redression, wie sie durch die portativen orthopädischen Apparate erzielt wird, muß kontinuierlich und gradativ auf die dislozierten oder von der normalen Lage abgewichenen Teile Einfluß ausüben, allerdings so, daß sie nicht stört, keine Schmerzen verursacht, also ohne große, brüske Störungen. Vielmehr muß die Dehnung der kontrahierten oder retrahierten Teile langsam vor sich gehen, und zwar durch Druck oder Zug auf die Knochen, die noch gerade gestellt werden können, oder auf die Weichteile.

Die Redression in den Apparaten hat nicht nur diese Grundlage, sondern sie muß auch während der Behandlung das Gehen gestatten. Für gewöhnlich beanspruchen diese Difformitäten außer der Redression auch noch die Möglichkeit der Behandlung; sie verlangen, daß die Ursache, die sie hervorgerufen, und nicht nur die Wirkung, die Deviation, in Angriff genommen werde; von diesem Gesichtspunkte aus genügt die Redression in den Apparaten sämtlichen Anforderungen. Die Redression in den portativen Apparaten ist um so wertvoller, als sie manchmal bei unblutiger Behandlung viel Zeit beansprucht, bis sich die Aenderungen in der Struktur und der Form der redressierten Knochen einstellen. Während dieser Zeit halten wir den Patienten nicht im Bett, sondern lassen ihn vielmehr herumgehen, da das Gehen, die Bewegung und die Belastung des Gelenkes manchmal diese Aenderungen der Struktur und Form beschleunigt.

Die Mittel, durch die wir die Redression erzielen, sind verschiedene einfache oder komplizierte Apparate, die ein Fixationsskelett zur Grundlage haben. Die Grundbedingungen sind für gewöhnlich die gleichen bei den Redressions- wie bei den Retentionsapparaten. Sie bestehen aus Hülsen und Metallschienen, die dieselben Stütz- oder Fixationspunkte haben; sie sind durch Gelenke miteinander verbunden, in deren Umgebung sich gewöhnlich die Redressionsbewegung abspielt, oder sie sind mit soliden, festen Teilen versehen, insbesondere für die langen Knochen, an die der zu redressierende Teil angedrückt oder angezogen wird. Hier begegnen wir manchmal Schwierigkeiten, denn der fundamentale mechanische Teil der Apparate muß derart hergestellt werden, daß der Lagewechsel der Extremität nicht störend wirkt, der Apparat muß also sich allen Lagen anzupassen vermögen. (Fortsetzung folgt.)

---

das Wärmen wird die spiritualische Krafft und die subtilitäten so gar entzogen.

Wichtig ist die Diaet, wie man sich im Essen und Trinken, auch in anderen Sachen verhalten soll. Man soll sich derjenigen Speisen befleissigen, welche leichtdäuig und gut Geblut machen, dagegen seyn harte, grobe, undäuliche, sehr gesaltzen und blasende Speisen zu vermeiden, alle Milch-Speisen seyn verbotten, dessgleichen auch Gänse und Enten und allerley Gevögel, so in Wassern sich auffhält. Salat und rohes Obst — aussgenommen saure Kirschen, können ein wenig zugelassen werden.

Man muss nicht so viel essen, als man zu essen Lust hat, . . . der Trunck sol bei vermögenen Leuten seyn ein guter Reinscher Wein, . . . es wird aber ein Trunck Bier nicht verbotten. . . . Leute, so eine hitzige Leber haben und den Durst mit dem Weine nicht leschen könne, mögen wol unter der Mahlzeit ein Trunck Bier trinken. Man muss sich aber um hämlisch (Hameln) oder lüdische Biere bemühen, andere Breyhane wollen sich beim Brunn nicht schicken.

Bey dieser Brunnenkur seyn starcke Bewegung des Leibes sehr schädlich. . . Im Wachen und Schlaffen sol man gleichfalls eine gute Ordnung halten, der Tagesschlaff ist schädlich. . . . Die Ehlichen Wercke sollten in wärender Cur eingestellt werden. (Schluss folgt.)

Kongressbericht.

Sechzehnte Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft.

(Fortsetzung.)

4. Hr. Fr. Kobrak-Breslau: Erreger und Wege der Infektion bei der akuten Otitis media.

K. faßt die Ergebnisse seiner Untersuchungen in den folgenden Schlußsätzen zusammen.

1. Die Entwicklung der im Mittelohr zur Invasion gelangten Erreger kann, ebenso wie klinisch in einer mehr oder weniger prägnant charakterisierten Allgemeinreaktion, bakteriologisch im Verhalten des Blutes zum Ausdruck kommen. Positive Blutbefunde zeigen nur solche Fälle, in denen ausgeprägte Allgemeinerscheinungen den Mittelohrprozeß begleiten.

2. Im Blute sind die Erreger selbst nur in einem kleinen Prozentsatz auch der schweren Fälle nachweisbar. Die Fälle mit positivem Blutbefund sind durch einen mehr oder weniger pyaemischen Verlaufstypus charakterisiert. Am häufigsten sind bei Otitiden, welche durch Strept. longus bedingt sind, nur ausnahmsweise bei Infektionen mit Strept. mucosus, Pneumococcus oder Staphylococcus aureus, die Erreger in der Blutbahn nachzuweisen.

3. Nur bei einer verhältnismäßig kleinen Anzahl akuter Mittelohrentzündungen ist eine deutliche Serumreaktion — Agglutination der aus dem Ohrsekret gezüchteten Erreger durch das Serum der Kranken — nachweisbar. Das Agglutinationsphänomen stellt sich besonders bei Pneumococcenotitiden ein. Es scheint zur Schwere der Infektion und zur zyklischen Form des Krankheitsablaufs in Beziehung zu stehen. Andere Serumreaktionen waren bisher im Serum der von akuter Mittelohrentzündung betroffenen Individuen nicht nachweisbar.

4. Tiervirulenz der Erreger der Mittelohrentzündung und Schwere der durch die Erreger hervorgerufenen Infektion beim befallenen Individuum zeigen kein korrespondierendes Verhalten.

5. Unter den Verlaufsformen der akuten Mittelohrentzündung scheint, nach Maßgabe der bisher gewonnenen Befunde, die zyklische Form am häufigsten durch den Pneumococcus, eine mehr protrahierte (meist pyaemisch-septische) Form überwiegend durch den Strept. longus, und eine „Intervallform" durch den Str. mucosus bedingt zu sein. Diese letztere Form, bei der zwischen der ersten Attacke der Otitis media und der später zutage tretenden Komplikation kein kontinuierlicher Uebergang sich vollzieht, sondern ein mehr oder weniger freies Intervall liegt, kommt dadurch zustande, daß die Infektion die Tendenz hat, im Primärherde entweder unmittelbar oder nach wiederholten Schüben abzulaufen, während sie in den Nachbargebieten zunächst latent fortschreitet.

6. Die Ergebnisse der bisherigen bakteriologischen Untersuchungen rechtfertigen zunächst folgende praktische Schlußfolgerungen:

a) Auch Streptococcen-Bakteriaemie nach akuter Mittelohrentzündung scheint — nach dem bisherigen Ergebnis der Untersuchungen in der Hälfte der Fälle — der Heilung zugänglich zu sein.

b) Bei otogener Sepsis spricht Abnahme der Kolonienzahl im Blut und der Haemolyse durchaus nicht ohne weiteres für eine günstige schnelle Zunahme der Keimzahl und der Haemolyse, aber immer für eine ungünstige Prognose.

c) Mucosusbefunde mahnen zur weiteren Beobachtung der Kranken auch nach scheinbarem Abklingen der ersten Attacke im Mittelohr.

7. Hr. H. Neumann-Wien: Zur Bakteriologie der akuten Mittelohreiterungen.

N. hält für die Entstehung der Komplikationen bei akuter Otitis die Art der ursächlichen Entzündungserreger für wenig bedeutungsvoll, mißt vielmehr der pneumatischen Struktur des Warzenfortsatzes die wesentliche Bedeutung dafür bei. Dagegen verschulden die Kapselcoccen wesentlich leichter als die nicht kapseltragenden ein Fortkriechen des Entzündungsprozesses in die Umgebung, und insofern erscheint die Art der Entzündungserreger von großer Bedeutung für den Verlauf dieser Komplikationen.



Diskussion.

Hr. Wittmaak-Greifswald betont die weit größere Häufigkeit der Mastoiditiden bei Mukosusinfektionen und die Neigung dieses Entzündungserregers, Extraduralabszesse u. dgl. zu produzieren, auch wenn in der Paukenhöhle die Entzündung relativ abläuft, hält deshalb seinen Nachweis für klinisch sehr wichtig. Rotfärbung der Kapseln mit Thionin ermöglicht oft schon ohne Kulturverfahren die Unterscheidung des Str. mucosus vom Lanceolatus und pyogenes.

Weiter beteiligten sich an der Diskussion noch die Herren Scheibe, Siebenmann, Leutert, Brieger, Winckler, Hoffmann, Joël und Dahmer, die alle über eigene Untersuchungen berichten konnten.

5. Hr. Hermann Dennert-Berlin: Akustisch-physiologische Untersuchungen, das Gehörorgan betreffend.

Obgleich sich experimentell zeigen läßt, daß der Schall auf allen drei in Frage kommenden Wegen, dem Paukenhöhlenapparat, dem Knochen, speziell dem Promontorium, auch dem runden Fenster ins Labyrinth gelangt, so ist physikalisch der Paukenhöhlenapparat am zweckmäßigsten für diese Aufgabe von der Natur entwickelt, und kommt ihm auch der Hauptanteil für die Schallübertragung zu. In Bezug auf den Modus der Schallübertragung durch denselben stehen sich zwei Theorien gegenüber, die molekuläre von Joh. Müller und den vergleichenden Anatomen und die massale von Ed. Weber. Die Schallübertragung auf molekulärem Wege macht nach den vom Verfasser mitgeteilten Untersuchungen, sobald man Resonatoren im Ohr voraussetzt, keine physikalischen Schwierigkeiten, da die Vibrationen schwingender Körper oder Systeme sich vom Orte ihrer Entstehung mehr oder weniger durch jedes Medium fortpflanzen, und, wo sie auf ihrem Wege auf einen Körper gleicher Schwingungsperiode mit dem Erreger der Schwingungen stoßen, diesen in demselben Sinne erregen müssen. Die Hauptschwierigkeit liege darin, zu entscheiden, ob der molekuläre Modus der einzig mögliche Weg der Schallübertragung ist, oder ob nicht der massale Vorgang der zweckmäßigere sei. Dann könnten sich auch beide Vorgänge, der molekuläre und der massale miteinander kombinieren. Zur Lösung dieser jedenfalls schwierigsten Aufgabe der ganzen Frage der Schallübertragung wird man sich zuerst klar werden müssen über das Wesen molekulärer und massaler Schwingungsvorgänge, dann müsse man die Wirkungen molekular und massal schwingender Körper und Systeme auf kleine Flüssigkeitsmengen, so klein, wie sie den flüssigen Inhalt des Labyrinths bilden, studieren, und drittens wird es sich darum handeln, diese Wirkungen auf kleine Flüssigkeiten zu deuten und für die in Rede stehende Frage zu verwerten. Es ist dem Vortragenden nun als sehr wichtiges Ergebnis der Untersuchungen durch Beobachtung der Wirkungen massal schwingender Körper und Systeme auf kleine Flüssigkeitsmengen gelungen, ein wohlcharakterisiertes Reagens für solche Schwingungsvorgänge zu finden, das je nach der Wahl schwingender Körper oder Systeme und je nach der Bewegungsgröße und der Intensität der Schwingungen derselben ein verschiedenes Verhalten zeigt. Durch Verwertung dieser Momente und der objektiven experimentellen Wahrnehmungen der Wirkungen der Schwingungsvorgänge im Tropfen Flüssigkeit auf Resonatoren, wie die kritische Beleuchtung der Einrichtungen im Gehörorgan für diese Frage und der einschlägigen Beobachtungen an Ohrenkranken kommt er zu dem Schluß, daß die massalen Wirkungen der Schallbewegungen in Bezug auf den Hörakt accidentelle Erscheinungen sind, die, wenn sie von großer Intensität sind, auf das Ohr schädlich wirken, bei mäßiger Intensität, wie sie gewöhnlich unser Ohr treffen, durch Einrichtungen im Ohr eliminiert werden. Es muß somit die Theorie von Ed. Weber, wonach der Vorgang der Schallübertragung ein massaler sei, als nicht zu Recht bestehend angesehen werden; dagegen sprechen alle Momente dafür, daß der normale Vorgang beim Hören ein molekulärer ist.

6. Hr. Karl L. Schaefer-Berlin: Ueber neuere Untersuchungen zu Gunsten der Helmholtzschen Resonanzhypothese.

Die Helmholtzsche Resonanzhypothese ist in den letzten Dezennien namentlich auf dem Gebiete der sekundären Klangerscheinungen vielfach lebhaft angegriffen worden. Vortr. setzt für die verschiedenen Arten der sekundären Klangerscheinungen, d. h. für die Schwebungen, die Kombinationstöne, die Variationstöne und die Unterbrechungstöne, im einzelnen auseinander, von wem und welche Einwände gegen Helmholtz erhoben wurden und erörtert Punkt für Punkt die Gründe sowie die Beobachtungen, die zur Entkräftung dieser Einwände ins Feld zu führen sind. Redner selbst hat, zumeist im Verein mit O. Abraham, eine Reihe von Untersuchungen verschiedener Art über diesen Gegenstand ausgeführt und kommt zu dem Resultate, daß die Resonanzhypothese allen erwähnten Anfechtungen Stand hält.

Diskussion: Hr. Dennert.

7. Hr. Wagner-Berlin: Kristalle und Riesenzellenbildung bei Mittelohreiterungen.

Bei der Ausheilung von Warzenfortsatzeiterungen, die ohne Operation zur Resorption gelangen, kommt es häufig zur Bildung von Cholestearinkristallen im eingedickten Eiter. Um diese ordnet sich das Bindegewebe in bestimmter Form an, häufig unter Bildung von Riesenzellen. Es ist dies ein typischer Heilungsvorgang von sogenannten Warzenfortsatzempyemen.

Diskussion: HHr. Siebenmann, Manasse, Brieger.

8. Hr. Manasse-Straßburg: Demonstration eines Falles von angeborenem Defekt der Ohrmuschel.

Es handelt sich um die seltene Mißbildung von totaler angeborener linksseitiger Anotie; dabei bestand kongenitale beiderseitige Taubheit. Genauere Untersuchung steht noch aus.

(Fortsetzung folgt.)

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Aerztlicher Verein München.

Sitzung vom 8. Mai 1907.

1. Anträge der Herren Grashey und Oberndorfer: Abänderungsvorschlag betr. die Organisation der Sitzungsabende.

Es wird beschlossen, 14tägige Vortragsabende einzurichten, die nur 2 Stunden dauern sollen und bei denen Demonstrationen und Vorträge gleichmäßiger wie bisher wechseln sollen.

2. Besprechung über den Pettenkoferhausfonds.

3. Herr Ach: Ueber Lumbalanaesthesie.

Vortragender gibt auf Grund von 450 in Lumbalanaesthesie operierten Fällen Bericht über die in der hiesigen chirurgischen Klinik erzielten Erfolge. Er macht darauf aufmerksam, daß das Instrumentarium in Wasser, nicht in Sodalösung ausgekocht werden muß, damit Nachschmerzen und ein Unwirksamwerden des Anaesthetikums vermieden werden. Als Anaesthetikum wird jetzt Tropacocain mit gutem Erfolge genommen. Mit der genau ausgearbeiteten jetzigen Technik haben sich die Resultate gegen früher ganz bedeutend gebessert. Eine Inhalationsnarkose kann in einer großen Anzahl von Fällen vermieden werden, insbesondere bei Operationen an den unteren Extremitäten und im Abdomen.

Diskussion: Herr Schmitt ist kein so begeisterter Anhänger der Lumbalanaesthesie. Er hat auch mit Tropacocain Mißerfolge gesehen, insbesondere erst kürzlich einen ganz schweren Kollaps, nach der Erholung langwöchentliche Nacherscheinungen. Bei schweren Herzkranken, bei Mastdarmoperationen wendet er die Lumbalanästhesie gerne an. Die nervöse Erregbarkeit der zu Operierenden ist auch dabei sehr in Betracht zu ziehen.

Herr Klein empfiehlt für gynäkologische Operationen die Kombination von Skopolamin-Dämmerschlaf mit der Lumbalanaesthesie. In manchen Fällen langdauernder Laparotomien wird die Kombination von Lumbalanaesthesie mit später bei Nachlassen derselben nachfolgender Chloroformnarkose empfohlen. Man kommt dann mit außerordentlich niedrigen Chloroformdosen aus.

Herr Gilmer hält ebenfalls möglichste Ausbildung der Technik für notwendig, um die besten Erfolge zu erzielen und gibt detaillierte technische Vorschriften.

Herr Baum berichtet über günstige Erfahrungen aus der Kreckeschen Klinik mit Stovain und Novocain. Mit Tropacocain wurden dort ebenfalls günstige Erfahrungen gemacht.

Die Herren Grosse, Schmitt, Amann, Gebele besprechen hauptsächlich technische Details.



Herr L. Seitz: In der Frauenklinik wurde auch bei Kreißenden die Lumbalanaesthesie angewendet. Dabei wurde einigemal Fieber beobachtet, ohne daß sich am Uterus etwas Krankhaftes nachweisen ließ.

Herr Perutz. Herr Ach: Schlußwort.

Albert Uffenheimer-München.

Oesterreich.

K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 15. März 1907.

Eigener Bericht.

Die Gesellschaft hielt an diesem Tage ihre Hauptversammlung ab. Der bevorstehenden Vollendung des 80. Lebensjahres Lord Josef Listers und dem 100jährigen Stiftungsfeste des Wiener k. k. Operationsinstitutes war der von „Alexander Fränkel" gehaltene Festvortrag „Vincenz von Keru — Josef Lister" gewidmet. In demselben zog der Vortr. eine Parallele des Entwicklungsganges der beiden großen Chirurgen und schilderte in anschaulichen Worten die Chirurgie der vorantiseptischen Zeit, sowie den Kampf, den jene Großen gegen Mißgunst und Unverstand der Zeitgenossen zu kämpfen gehabt. Der tiefen Einsicht in das Wesen der Wundinfektionskrankheiten, die Keru mit Lister verband, sei es zu danken, daß beide nach Mitteln strebten, diese Krankheiten zu bekämpfen, was in erfolgreicher Weise allerdings erst Lister gelang, nachdem ihm Semmelweiß und Pasteur die Bahn zeigten, auf der so schöne Erfolge zu erzielen waren.

Sitzung vom 12. April 1907.

Eigener Bericht.

Ferd. Alt stellte eine Frau vor, bei welcher er einen großen otitischen Gehirnabsceß im Schläfenlappen eröffnet hat. Im Eiter befanden sich Stäbchen und Kokken. Nach der Entleerung des Eiterherds sind die bestehenden Gehirnsymptome (Facialislähmung, Somnolenz und Kopfschmerz) alsbald geschwunden.

E. Glas demonstrierte einen 19jährigen Schlosser, bei dem ein invertierter, in die Nasenhöhle durchgebrochener Zahn, nachdem er durch ein Trauma unter die untere Nasenmuschel gelangt war, zu jauchiger Sekretion Veranlassung gab, da der Kranke das verschluckte eitrige Sekret häufig erbrach, wurde eine Erkrankung des Magens vorgetäuscht, die nach Entfernung des Fremdkörpers aus der Nase sofort verschwand.

L. Freund stellt einen durch Röntgenbestrahlung dauernd geheilten Fall von Lupus exulcereans der Nase vor.

L. Moskovics hielt einen Vortrag „Ersatz des Glutäus durch Sehnenplastik". Die erwähnte Operation wurde an einem Knaben ausgeführt, dessen rechtes Bein vollkommen gelähmt war und dem beide Glutäi fehlten. Das Kind konnte infolgedessen weder gehen noch ohne Mithilfe der Hände sitzen. M. hat das rechte Bein im Hüft- und Kniegelenk in Streckstellung ankylosiert, das Sprunggelenk durch Sehnenverkürzung federnd gemacht. Die Funktion der Glutäi wurde durch diejenige des Mon. semitendinosus, semimembranosus und Bicep. cruris ersetzt, welche an ihrem oberen Ansatze abgelöst und zunächst mittels einer Seitensehne ans Kreuzbein fixiert wurden. Nach Abstoßung dieser Sehne durch Eiterung wurde nun der um dieselbe entstandene Narbenzug als Sehne verwendet. Der Knabe ist jetzt schon imstande, mit Unterstützung von Krücken sich fortzubewegen und ohne Krücken aufrecht zu stehen. Zum Ersatz des Glutäus maxinus können in passenden Fällen auch das Latissimus dorsi, der Quadratus lumborum oder die Bauchmuskeln nach künstlicher Verlagerung ihrer Sehnen verwendet werden.

Sitzung vom 26. April 1907.

Eigener Bericht.

Saxl demonstrierte ein hochgradig fettleibiges achtjähriges Kind mit einem Körpergewichte von 40 kg und sehr starker Verkrümmung des rechten Unterschenkels.

Paschkis zeigte Präparate von einer eigentümlichen, wahrscheinlich durch Anwendung eines scharfen Staubkammes entstandenen Haarspaltung, bei welcher das Haar in der Richtung von der Wurzel gegen die Peripherie federkielartig geschlissen ist.

Falta hielt einen Vortrag „Respirationsversuche beim pankreasdiabetischen Hunde". Die Untersuchungen haben ergeben, daß die Eiweißzersetzung im Hunger beim pankreasdiabetischen Hunde um das drei- bis vierfache gegenüber dem normalen Tiere gesteigert ist und zwar parallel der Zuckerausscheidung. Die Befunde scheinen darauf hinzuweisen, daß das Pankreas einen Stoff produziert, welcher unter normalen Verhältnissen die Fettverbrennung und Eiweißeinschmelzung einschränkt.

Weiß demonstrierte einen Sterilisierapparat für urologische Instrumente und Katheter, aus einem zylindrischen Gefäß bestehend, in welchem Formaldehyddämpfe aus Autan und Wasser entwickelt werden.

Sitzung vom 9. Mai 1907.

Eigener Bericht.

v. Zeißl demonstrierte ein knötchenförmiges Exanthem an einem Kinde. Ursache unklar, vielleicht Influenza.

Urbantschitsch stellte zwei Patienten mit Mittelohraffektionen, die zu sensiblen und motorischen aphasischen Störungen geführt haben, vor.

Sternberg zeigte einen Knaben mit einer posttetanischen, spastischen Gehstörung. Sternberg hielt die Tetanie für ansteckend, was Escherich bestreitet, Frankl-Hochwart aber befürwortet.

Ehrmann zeigte mehrere mittels Uviollicht erfolgreich behandelte Psoriasisfälle.

Spigler zeigte einen Fall von Pemphigus mit Erythema multiforma.

Foges berichtete über Versuche von Transplantation von Ovarien und Hoden in die Milz nach der Bayerschen Methode.

W. H.

Periodische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift. Nr. 15. 1907.

1. Geigel, Würzburg: **Endocardiales Reibegeräusch.**

Bei frischer Endocarditis hört man bisweilen ein Geräusch, das rauh ist, absatzweise auftritt, nicht streng auf eine Herzphase beschränkt bleibt und dem pericardialen Reibegeräusch zum Verwechseln ähnlich ist. G. glaubt derartige Geräusche auf ein Reiben von rauhen Klappensegeln gegeneinander beziehen zu sollen. Das würde es auch erklären, daß dieses endocardiale Reiben nur dann gehört wird, wenn die Vorhofsklappen, Mitralis oder Tricuspidalis, von einer Endocarditis acuta befallen sind. Die Zipfel dieser Klappen sind ungleich, auch in ihrer Länge; deshalb findet sich hier eine verschieden weite Bewegung und die Möglichkeit einer Verschiebung der Klappensegel gegeneinander zu Beginn der Systole, während dieses bei den gleichmäßiger geformten und in gleicherem Maße gespannten, in gleichem Tempo schwingenden halbmondförmigen Klappen nicht möglich ist.

2. Strasburger, Bonn: **Ueber die Elastizität der Aorta bei beginnender Arteriosklerose.**

Auf Grund zahlreicher Experimente zur Prüfung der Elastizität der Aorta bei beginnender Arteriosklerose kommt St. zu dem Schluß, daß, soweit die Meinung von Thoma von der primären Gefäßschwäche als Ausgangspunkt der Schlagaderverhärtung sich auf Bestimmungen der Arterien-Elastizität stützt, die von ihm und seinen Schülern gegebenen Beweise der Kritik und der experimentellen Nachprüfung nicht standhalten. Die letztere ergibt, daß auch bei den ersten Anfängen der Arteriosklerose die Dehnbarkeit der Aorta bereits abnimmt; ein Stadium vermehrter Dehnbarkeit konnte Verf. ebensowenig auffinden, als ein solches mit geringerer Vollkommenheit der Elastizität.

3. Zacharias, Erlangen: **Die Behandlung der Mastitis mit Bierscher Stauung.**

4. Deutschländer, Hamburg: **Die Hyperaemiebehandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose.**

(Nicht abgeschlossen.)



5. Thorel, Nürnberg: **Ein Fall von primärem melanotischem Sarkom der Rückenmarksmeningen.**

Das außerordentlich seltene Vorkommen von melanotischen Geschwülsten des Zentralnervensystems und die traditionelle Ansicht, daß dieselben in der Regel als metastatische Tumoren aufzufassen seien, die von normaler Weise pigmentierten oder wenigstens zur Pigmentbildung befähigten Organen, wie Haut, Bulbus, Nebennieren, ihren Ausgang nehmen, hat dazu geführt, das Vorkommen von primären Melanomen an Gehirn und Rückenmark zum mindesten mit großem Skeptizismus zu betrachten. Und doch sind die pigmentierten Zellen der Pia mater in entwicklungsgeschichtlicher Beziehung mit den Chromatophoren der Haut und der Chorioidea identisch, so daß es nicht wunderbar erscheinen kann, wenn auch von ihnen unter Umständen genau so wie von denen der Haut die Entwicklung einer melanotischen Geschwulst zustande kommt. Der vorliegende Fall betrifft einen dreiundvierzigjährigen Mann, der unter den Symptomen einer Kompressionsmyelitis zugrunde ging. Bei der Obduktion wurde nirgends im ganzen Körper auch nur die geringste Spur von anderweitigen malanotischen Pigmentierungen angetroffen. Am Gehirn fanden sich am Chiasma, der ventralen Fläche der Brücke und Medulla oblongata, an der Unterseite des Schläfenlappens und Kleinhirns und an den Abgangsstellen einiger Nerven zahlreiche linsengroße, tintenschwarze Pigmentablagerungen; nach dem Rückenmark zu nahmen diese immer größere. Grade an; schon am Dorsalmark zeigte sich allseitig varicenähnlich eine kontinuierliche Kette tiefschwarzer Flecken und Knötchen; nach der Conda equina zu nahm die knotige Pigmentablagerung einen ausgesprochenen geschwulstartigen Charakter an, so daß hier über dem stark abgeplatteten Mark eine fast daumendicke schwarze Pigmentschicht lag; die Nervenbündel der Cauda konnten erst durch Präparation aus der Pigmentgeschwulst sichtbar gemacht werden. Mikroskopisch fand sich zwischen den Bindegewebsfasern der Pia und Arachnoidea spinalis eine dichte Tumormasse, die sich der Hauptsache nach aus verschlungenen breiten Zügen und Bändern von großen, langgestreckten Spindelzellen zusammensetzte, während an anderen Stellen mehr rundliche und polygonale Zellen den Aufbau der Geschwulst übernahmen. Die Ablagerung des Pigmentes zeigte ungeachtet der großen Reichlichkeit außerordentliche Schwankungen und war keineswegs an die Umgebung der Gefäßverzweigungen gebunden; auch die großen Spindelzellen waren mehr oder minder mit Pigmentkörnchen durchsprenkelt.

6. Barlach, Neumünster: **Ueber Milzbrand und seine Behandlung.**

7. Runck, Bundenheim: **Bromural, ein neues Nervinum.**

8. Grünewald, Baden-Baden: **Zum Nachweis von Kohlehydraten im Harn.**

Als absolute und zuverlässige Methode, die unter allen Umständen noch bestimmt 0,03 Zucker nachweisen läßt, empfiehlt G. folgende: 10 ccm Harn werden mit einer Lösung von 1,2 g essigsauren Natron in 6 ccm erwärmtem destilliertem Wasser unter Zutat von zwei Tropfen Essigsäure versetzt; dann werden 0,6 g salzsauren Phenylhydrazins zugegeben und auf dem Dampfbade bis zum Rückstande von 5 bis 6 ccm Flüssigkeit allmählich erhitzt und sofort abgekühlt. Man erhält so die Abscheidung der Kristalle in großen Mengen, während die Kristalle bei allmählichem Abkühlen in schönen Formen auftreten. Auf die zugleich sich ausscheidende Glycuronsäure ist bei diesen Vorgängen zu achten; geschieht die mikroskopische Untersuchung sofort nach dem Auskristallisieren bei 250 bis 300facher Vergrößerung, so sind die gelben Nadeln der Phenylglukosazonkristalle deutlich zu erkennen, eine Verwechselung mit den amorph sich abscheidenden braungelben Niederschlägen der Glukoronsäure ist ausgeschlossen. Anschließend gibt Verf. dann noch kurz einige Methoden zum Nachweis von Laevulose, Pentosen und Glukuronsäure an.

9. Maurer: **Polyneuritis der Hühner und Beri-Beri, eine chronische Oxalsäurevergiftung?**

Bemerkungen zu dem Artikel von Eijkmann in Nr. 3 d. W.

Verf. hatte bei Hühnern unter Verfütterung von Oxalsäure bei einer Nahrung, die an sich niemals Polyneuritis macht (Reis mit Schale) in kurzer Zeit Lähmungen auftreten sehen, und daraus geschlossen, daß die Oxalsäure die Ursache dieser Lähmungen sei; als er weiterhin auf Oxalsäure produzierende Organismen fahndete und im Darm der Hühner Schimmel, Hefen, Bakterien fand, die in zuckerhaltigen Nährböden reichlich Oxalsäure bilden, schloß er weiter, daß die Polyneuritis gallinarum Eijkmanns in letzter Instanz eine Oxalsäurevergiftung sei, die dann auftritt, wenn man den Tieren eine Nahrung zuführt, aus welcher im Darmkanal Zucker gebildet wird (Amylumnahrung) und der das natürliche Antidot gegen Oxalsäure — der Kalk — fehlt; eine solche Nahrung ist der enthülste Reis. Der Befund von reichlich Oxalsäure im Harn von Beri-Beri-Kranken und von Oxalsäurebildnern in den Faeces legte dann den Gedanken nahe, auch die Beri-Beri als Oxalsäureintoxikation anzusprechen.

10. Lange, München: **Was kann der praktische Arzt zur Linderung des Krüppelelends tun?**

(Schluß aus Nr. 14.)

Für den Kampf gegen das Krüppeltum ist von größter Wichtigkeit die Mitarbeit der praktischen Aerzte, deren Eingreifen viele der in Frage kommenden Deformitäten, namentlich in früheren Stadien, zugänglich sind. Die wichtigsten derartigen Deformitäten sind: Der angeborene Klumpfuß ist absolut sicher heilbar, falls die Behandlung in den ersten Lebensjahren begonnen und gewissenhaft durchgeführt wird. Die Methode, die in der Regel sogar die Tenotomie der Achillessehne überflüssig macht, besteht in dem modellierenden Redressement; der Fuß wird in einem einfachen Apparat, der eine Schraubenklammer darstellt, fixiert, dann werden die verkürzten Bänder und Sehnen an der Innenseite durch Händedruck so weit gedehnt, daß der Fuß weich wie Butter wird, worauf man aus der weichen Masse eine normale Fußform modellieren kann; bei Kindern in den ersten Lebensmonaten dauert ein solches Redressement nur fünf bis fünfzehn Minuten. Ein Gipsverband wird nur für wenige Tage angelegt; dann muß man zu abnehmbaren Bandagen übergehen, die noch ein Jahr zu benutzen sind; ein brauchbares Schienenmodell, das leicht und billig herzustellen ist, wird an Abbildungen beschrieben. Bei älteren Kindern und Erwachsenen ist die Behandlung nur insofern anders, als der Gipsverband einige Wochen liegen bleibt. Unter den erworbenen Deformitäten stehen an erster Stelle die Skoliosen und die Plattfüße; an Stelle der Skoliosenbehandlung mittels Korsett ist die orthopaedische Gymnastik getreten, die eine Skoliosenbehandlung im Rahmen der Schule und des Hauses gestattet. Die Plattfußschmerzen lassen sich durch richtige Einlage in 98 Prozent der Fälle beseitigen; als solche eignen sich besonders die aus Zelluloidstahldraht, wie sie Verf. (Münch. m. W. 1903 Nr. 7) angegeben hat. Die Behandlung des Schiefhalses, eine seltenere Deformität, muß eine chirurgische sein, sie eignet sich weniger für die allgemeine Praxis; an Stelle der entstellenden völligen Exstirpation des verkürzten Muskels empfiehlt L. die Durchschneidung am oberen Ende, am Processus mastoideus. Gemeingut der Aerzte dagegen kann werden, die unblutige Einrenkung der angeborenen Hüftverrenkung, die dank der durch Röntgenstrahlen möglichen Kontrolle jetzt Heilungszahlen von 90 bis 100 Prozent bringt. Ein ganz besonderes Interesse sollte der praktische Arzt den tuberkulösen Knochen- und Gelenkentzündungen entgegenbringen; die Diagnose wird im allgemeinen viel zu spät gestellt und eine spezialistische Behandlung häufig erst eingeleitet, wenn schwere Kontrakturen entstanden sind. Im Anfang kann es schwierig sein, eine Gelenkreizung infolge Traumas von einer echten tuberkulösen Gelenkentzündung zu unterscheiden; im Zweifelfalle lasse man den Patienten ein bis zwei Wochen liegen, mache Umschläge um das Gelenk; schwinden dabei die Schmerzen nicht, treten sie beim Aufstehen stärker auf, so versäume man keine Zeit, sondern lege einen Gipsverband an. L. glaubt, daß, wenn die tuberkulösen Gelenkentzündungen frühzeitig, ehe Kontrakturen eingetreten sind, mit einem richtigen Gehverband behandelt werden, wenigstens 90 Prozent so zu heilen sind, daß die Funktion der Gelenke wieder normal wird. Die monatelange Behandlung im Bett mit einem Streckverband verwirft die moderne Orthopaedie; der Gehverband soll in ausgiebigem Maße gleichzeitige Freiluftbehandlung ermöglichen. Gegenüber den rachitischen Verbiegungen ist die Auffassung, daß, wenn ein Kind bis zum sechsten Jahr in normaler Weise wächst, dann die Verbiegungen sich verwachsen, daß ein Geramachen durch Osteotomie nur nötig ist, wenn das Kind im Wachstum zurückbleibt, nicht mehr berechtigt. Eine rachitische



Deformität soll gerade gerichtet werden im ersten und zweiten Lebensjahr, solange der Knochen noch weich ist; dann genügen dazu einfache Nachtschienen; sind die Knochen schon härter geworden, so müssen sie in Narkose gerade gebogen oder gebrochen werden; wartet man mit der Behandlung bis zum sechsten Jahr, so ist in der Regel Durchmeißelung der Knochen notwendig. An der Hand von Abbildungen wird gezeigt, welche schönen Resultate sich auch bei hochgradigsten rachitischen Deformitäten durch event. mehrfache Osteotomie erzielen lassen; aber das Erstrebenswerte soll doch sein, die Entstehung derselben durch frühzeitig einsetzende Behandlung zu verhüten. Auch bei der spinalen Kinderlähmung, der Poliomyelitis, läßt sich der Ausbildung der schweren Deformitäten, die gewöhnlich die Folge der Lähmung einzelner Muskeln ist, vorbeugen, wenn rechtzeitig eine einfache Schienenbehandlung eingeleitet wird; bei leichten Fällen von Kontrakturen wird man stets ideale Heilungen erzielen können.

11. Eschle: Ottomar Rosenbach. **Nekrolog.**

12. Praussnitz, London: **Allen Macfayden. Nekrolog.**

Deutsche med. Wochenschrift. No. 14. 1907.

1. Sonnenburg, Berlin: **Enteritis und Appendicitis.**

Eine Gastroenteritis, wie diese z. B. nach Infektionen aller Art, besonders auch nach Influenza, akut auftritt, sofort von einer Appendicitis zu unterscheiden, kann oft auch dem Geübtesten Schwierigkeit machen. Die Influenza-Darmkatarrhe setzen oft plötzlich ein und wachsen oft langsam an; selbst bei Befallensein nur einiger Darmabschnitte werden die begleitenden Schmerzen wegen ihrer Stärke meist über das ganze Abdomen hin empfunden. Die Druckschmerzhaftigkeit überdauert die Koliken; das Fieber, häufig durch Schüttelfrost eingeleitet, ist hoch, der Puls dementsprechend frequent. Durch die Anwesenheit zersetzter Massen im Darm werden toxische und septische Erscheinungen ausgelöst. Der Wurmfortsatz kann mehr oder weniger an allen Erkrankungen des Darmes teilnehmen, so auch an den Darmkatarrhen, besonders den infektiösen; man findet dabei regelmäßig auch eine erhöhte Druckempfindlichkeit in der Ileocoecalgegend. Diejenigen, die möglichst früh zu operieren pflegen, werden unter solchen Umständen und bei so hochgradigen Störungen die Diagnose auf akute Appendicitis stellen und dann bei der Appendektomie einen nicht entzündeten Wurmfortsatz und ein intaktes Peritoneum vorfinden. Die echte Appendicitis, die sich sekundär an eine Enterocolitis anschließt und die meist von recht schlechter Prognose ist und sofort operiert werden muß, ist selten; sie unterscheidet sich durch starke örtliche Symptome wesentlich von der einfachen (sekundären) Beteiligung des Wurmfortsatzes an dem Darmkatarrh. Die Lehre, daß stürmisch und plötzlich einsetzende Entzündungen innerhalb der Bauchhöhle fast ausnahmslos vom Wurmfortsatze ausgehen, hat bei Aerzten und Publikum eine beständige Furcht vor einer Appendicitis gezüchtet; Hand in Hand damit ist auch die Angst vor Abführmitteln gestiegen, so daß heutzutage bei plötzlich auftretenden Leibschmerzen es kaum noch gewagt wird, Rizinusöl zu geben, aus Angst, daß eine akute Appendicitis vorliegen könnte; so kommt es, daß bei einer infektiösen Gastroenteritis trotz Fehlens deutlicher lokaler, auf Appendicitis deutender Symptome die künstliche Entleerung des Darmes unterbleibt. Und doch würde es gerade, wenn die Diagnose zwischen Gastroenteritis und Appendicitis auf Schwierigkeiten stößt, angezeigt sein, den Darm durch Abführmittel zu entleeren. Die Furcht, daß durch die stärker angeregte Peristaltik des Darmes eine Verschlimmerung des pathologischen Prozesses am Wurmfortsatze, sei es durch Perforation oder Gangrän, eintreten könnte, ist unnötig, wenn man in der Lage ist, bei dennoch sich bemerkbar machender Verschlechterung sofort die Operation auszuführen und weitere Gefahren damit zu verhindern. Für die Nachbehandlung ist ein vorher entleerter Darm von großer Bedeutung. S. hat neuerdings in Fällen schwieriger Differentialdiagnose und auch im Frühstadium bei appendicitischen Attacken mäßigen Grades Rizinus verabreicht unter gleichzeitiger Vorbereitung zur sofortigen Operation. Es kam aber nicht dazu, der Anfall klang schnell ab, der operative Eingriff war nicht mehr nötig. Einige Beispiele entsprechender Fälle werden kurz angeführt. Es handelte sich um leichte katarrhalische Appendicitiden oder Empyeme des Wurmfortsatzes; bei allen brachte das sofort gegebene Rizinus schnellen Abfall der Erscheinungen und rasche Besserung; bei mehreren der Fälle wurde nachher bei der Intervalloperation konstatiert, daß Veränderungen am Wurmfortsatz vorlagen. S. will nicht empfehlen, bei allen Fällen akuter Appendicitis ein Abführmittel zu geben; bei einer großen Anzahl schwerer einsetzender Anfälle wird man nach den allgemeinen und örtlichen Symptomen lieber sofort zum Messer greifen; wo aber eine starke Belastung des Darmes zu vermuten ist, wo es sich um eine Differentialdiagnose oder weiter um Katarrhe oder Empyeme des Wurmfortsatzes handelt, da kann Rizinusöl dreist gegeben werden, ohne zu schaden, und wird im entsprechenden Falle prompte Besserung herbeiführen.

2. Hoffa, Berlin: **Zur Lehre vom chronischen Gelenkrheumatismus und der Arthritis deformans.**

H. unterscheidet drei Gruppen von chronischen Gelenkerkrankungen: 1. die typische Arthritis deformans, 2. die Polyarthritis chronica progressiva primitiva oder Polyarthritis destruens, 3. den chronischen (sekundären) Gelenkrheumatismus. Das Charakteristikum für die Arthritis deformans ist: Knochen- und Knorpelschwund auf der einen Seite, Knochen- und Knorpelwucherung auf der anderen. Bei der progressiven Polyarthritis ist neben der hochgradigen Knochenatrophie eine Destruktion des Knochengewebes vorhanden: die Kraft, welche die Veränderungen der Gelenke hervorbringt, ist die Schrumpfung der Kapseln, der die Wirkung der Muskeln noch zu Hilfe kommt. Bei der Arthritis deformans liegt eine primäre Erkrankung der Skelettanteile des Gelenkes, bei der Polyarthritis progressiva dagegen eine primäre Erkrankung der Gelenkweichteile vor. Diese beiden Erkrankungsformen sind deshalb grundsätzlich voneinander zu trennen. Der chronische Gelenkrheumatismus geht aus einem akuten hervor, der nicht ausheilt oder mit häufigeren Nachschuben wiederkehrt. Die Erkrankung kann schließlich zu denselben Erscheinungen an den Gelenken führen, wie die progressive Polyarthritis; von ihr unterscheidet sich aber der chronische Gelenkrheumatismus durch die große Neigungzu Verwachsungen der Gelenk-Enden miteinander (Rheumatisme fibreux der Franzosen), weiter durch Anamnese (akuter Beginn) und durch die relative Häufigkeit von Klappenfehlern. Bezüglich der Aetiologie dürften wohl die chronischen Gelenkerkrankungen in infektiöse und nichtinfektiöse zu trennen sein. Auf aetiologischer Basis würde sich folgende Einteilung der chronischen Gelenkerkrankungen aufstellen lassen:

A. Nichtinfektiöse chronische Gelenkerkrankungen.
   1. Traumatische Arthritis chronica.
   2. Irritative Arthritis chronica (Hydarthos chronicus).
   3. Konstitutionelle oder dyskrasische Arthritis chronica: a) Gicht, b) Haemophilie.
   4. Arthritis deformans: a) spontane, b) reaktive, c) neuropathische.
   5. Funktionelle Arthritis chronica (Gelenkneuralgien, Hydrops intermittens).

B. Infektiöse chronische Gelenkerkrankungen.
   1. Primär infektiöse chronische Gelenkerkrankungen. Polyarthritis chronica progressiva primitiva oder destruens.
   2. Sekundär infektiöse chronische Gelenkerkrankungen.
      a) Sekundär chronischer Gelenkrheumatismus im Anschluß an einen akuten Gelenkrheumatismus; b) chronische Gelenkerkrankungen nach akuten Infektionskrankheiten: Gonorrhoe, Scharlach, Masern etc.; c) Tuberkulose; d) Syphilis.

Was die Therapie betrifft, so erreicht man bei diesen chronischen Erkrankungen mit den internen Mitteln und den physikalischen Methoden (Heißluft, Massage, Gymnastik, Umschläge, Bäder) in der Regel nicht viel. Bei der Arthritis deformans hat H. oft mit Stützapparaten gute Erfolge erzielt, bisweilen auch durch Resektion der Gelenk-Enden brauchbare Resultate gezeitigt. Bei der Polyarthritis chronica destruens hat er mit der Arthrektomie keine Erfolge erzielt, dagegen öfters durch Stützapparate die Patienten selbst bei hochgradigen Kontrakturen, nachdem diese ganz allmählich gestreckt waren, zum Gehen gebracht; die Apparatbehandlung kann durch Moorbadekuren erfolgreich unterstützt werden.

3. Wollenberg, Berlin: **Pathologisch-anatomische Beiträge zur Lehre des chronischen Gelenkrheumatismus und der Arthritis deformans.**

Die Resultate der makro- und mikroskopischen Untersuchungen sind folgende: Bei der Arthritis deformans äußert sich der Krankheitsprozeß zuerst im Knorpel und Knochen, während die Synovialis anfangs nur ganz unbedeutende Veränderungen aufweist. Wenn die Auffaserung und die Proliferationserscheinungen am Knorpel schon sehr ausgesprochen sind, zeigt die Synovialis nur eine geringe Zottenhyperplasie. Erst wenn die knorpeligen und knöchernen Bestandteile des Gelenks hochgradig verändert sind, wenn Usuren und Schliffflächen, drusige Randwucherungen vorhanden sind, werden auch die Synovialisveränderungen stärker ausgeprägt, und in den späteren Stadien der Arthritis deformans treten degenerative Veränderungen der Synovialis in den Vordergrund. Bei der primär chronischen progressiven Polyarthritis beginnt im Gegensatz dazu der Krankheitsprozeß in der Synovialis, während der Knorpel zunächst keine Veränderungen aufweist; schon in frühen Stadien zeigt diese starke Zottenwucherung reichere Gefäßneubildung; besonders charakteristisch aber sind mächtige Anhäufungen von Rundzellen, die meist zirkumscripte, perivaskuläre, lymphomartige Gebilde darstellen. Veränderungen der Knorpel und Knochen sind entweder noch gar nicht vorhanden oder rein regressiver Natur; erst in späteren Stadien können geringe Proliferationserscheinungen auftreten. In ganz alten Stadien der Affektion findet sich eine starke, bindegewebige Verdickung und Schrumpfung der Gelenkkapsel, mehr oder minder totale Verwachsung der gegenüberliegenden Synovialispartieen und der Gelenk-Enden: die Knorpel sind fast ganz verschwunden, die Corticalis des Knochens stark zerstört, die knöchernen Gelenk-Enden bedeutend verkleinert. Knorpel- oder Knochenwucherungen sind nicht zu finden. Die Synovialislaesionen sind sehr ähnlich denen bei infektiösen Arthritiden bekannter Aetiologie, z. B. mit der gonorrhoischen Arthritis. Die Veränderungen beim sekundär chronischen Gelenkrheumatismus sind denen bei der primär chronischen progressiven Polyarthritis durchaus analog. Die Untersuchungen beweisen danach, daß Arthritis deformans und die beiden Formen der chronischen Polyarthritis sich auch anatomisch scharf voneinander unterscheiden, sowohl in frühen wie in späten Stadien. Das eventuelle Auftreten deformierender Prozesse bei einer der beiden chronischen progressiven Polyarthritiden dürfte lediglich eine sekundäre Komplikation, die Reaktion des Knorpels und Knochens auf die durch die Synovitis bedingte Ernährungsstörung darstellen.

4. Tilmann, Köln: **Zur Behandlung des Tetanus.**

5. Papaïoannon, Athen: **Eine Modifikation der Bassinischen Radikaloperation der Hernien.**

Die an der Hand von Abbildungen beschriebene Modifikation hat folgende Vorteile: 1. Durch Fixierung des Stumpfsackes in Höhe von $2^1/_2$ bis 3 cm oberhalb der am inneren Leistenring stattfindenden Austrittsstelle des Samenstrangs und durch vier oberhalb und unterhalb gemachte Sicherheitsnähte wird eine starke, feste Muskelwand gebildet, hinter welcher der Stumpfsack fest anliegt, die eigentliche Stumpfmuskelwand. 2. Der Hauptvorteil der Bassinischen Methode, d. h. die Verlagerung des Samenstranges durch die Bildung einer festen hinteren Muskelwand, wird beibehalten. 3. Dadurch, daß die Aponeurose des Obliquus externus $2^1/_2$ bis 3 cm oberhalb und parallel dem Poupartschen Band gespalten wird, kommt die Naht der Aponeurose nicht über die innere zwischen den Muskeln und dem Poupartschen Band zu liegen, so daß bei einer Lockerung dieser nicht zugleich auch eine Lockerung der Aponeurosennaht eintritt. 4. Da bei dieser Schnittführung durch die Aponeurose der untere Lappen das Crus superius enthält und der obere gut präpariert wird, bildet sich keine Verengerung am äußeren Leistenring, man entgeht so einer Infiltration des Samenstranges, die sonst oft nach Radikaloperationen vorkommt. Bisher hat Verf. nach dieser Methode stets primäre Heilung ohne Schädigung des Samenstrangs erzielt, Rezidive stellten sich bis jetzt nicht ein.

6. Ehrhardt, Königsberg: **Zur Aetiologie der Rezidive und Pseudorezidive nach Gallensteinoperationen.**

Die interne Therapie der Cholelithiasis mit Kataplasmen, Karlsbader Wasser, läuft im wesentlichen darauf hinaus, das Leiden in ein Latenzstadium hinüberzuführen; der Kranke bleibt Träger seiner Gallensteine, aber die entzündlichen Erscheinungen schwinden und mit ihnen die Beschwerden, die Cholelithiasis kommt zur Ruhe; auf internem Wege die Konkremente zur Lösung zu bringen und die gelösten Stoffe durch cholagoge Mittel in den Darm zu treiben, ist bisher nicht möglich gewesen. Rezidive sind deshalb in vielen Fällen zu erwarten. Aber auch die operative Behandlung kann fehlschlagen und macht den Patienten nicht immer beschwerdefrei. Für das Wiederauftreten von Beschwerden nach Gallensteinoperationen sind hauptsächlich drei Ursachen heranzuziehen: 1. Das Uebersehen und Zurücklassen von Steinen in den Gallenwegen, 2. die Bildung ausgedehnter Verwachsungen an der Operationsstelle, 3. das Fortbestehen hysterischer Beschwerden. Gegen das Zurückbleiben von Steinen in der Gallenblase oder im Cysticus kann man sich durch die Cystektomie schützen, die man deshalb jetzt auch meist an Stelle der Cystotomie macht; gegen das Zurückbleiben von Steinen im Choledochus können alle Fortschritte der Technik noch nicht sicher schützen; nach größeren Statistiken von Gallensteinoperationen kann man heutzutage ein Zurückbleiben von Steinen in höchstens 2% der Fälle annehmen. Die klinische Bedeutung der Adhaesionen nach Gallensteinoperationen ist im ganzen sehr überschätzt worden. Was die hysterischen Beschwerden betrifft, so werden sie durch die Entfernung der Steine nicht immer beseitigt; ist der Patient über seinen Steinen erst hysterisch geworden, dann hilft die Operation in subjektiver Beziehung oft wenig. Gelegentlich kommen Pseudorezidive mit typischen Koliken vor; eine erneute Laparotomie stellt in solchen Fällen fest, daß keine Steine vorliegen, daß die Kolik durch andere Ursachen bedingt sein muß, als welche hauptsächlich infektiöse Schleimpfröpfe im Gallengang in Betracht kommen. Selten sind echte Rezidive, wirkliche Steinneubildungen. Die Ursache dieser Rezidive und Pseudorezidive ist in gewissen anatomischen Eigenschaften der steinkranken Gallenblase zu suchen; die drüsigen Elemente der Schleimhaut sind gegenüber der Norm stark vermehrt, besonders die Luschkaschen Gänge sind häufig so gewuchert, daß sie durch Muscularis und Fibrosa bis unter den peritonealen Ueberzug der Gallenblase reichen. Sie sind Sitz der Entzündung, in ihnen liegen außer Schleimansammlungen, Entzündungsprodukten auch gelegentlich kleine Gallenkonkremente. Bleiben solche Entzündungsherde in den Rezessus bestehen, so wird eine schleimhaltigere, leicht infizierte Galle durch die Gallengänge gedrängt, wobei es zu typischen Koliken kommen kann; aus den Konkrementen können sich neue Gallensteine entwickeln. Die echten Rezidive sind nur beobachtet, wenn die Gallenblase erhalten blieb, und auch die Pseudorezidive treten fast ausnahmslos nur dann auf, wenn die Gallenblase oder ein Teil ihres Halses oder der Cystikus zurückgelassen wurde. Daraus ergibt sich die klinische Folgerung, daß man sich gegen die Rezidive schützen kann, wenn man die Gallenblase radikal exstirpiert und die tiefen Gallengänge drainiert.

7. Bilerfeld, Breslau: **Ueber die Dosierung des in den Wirbelkanal gespritzten Suprarenins.**

Bei Kaninchen ist intradural ein gespritztes Suprarenin ungefähr zehnmal giftiger als subkutan gegebenes. Nimmt man an, daß dieses Verhältnis der Giftigkeit bei subkutaner und medullarer Anwendung auch für andere Tierarten und den Menschen gilt, so würde man dazu kommen, für den Menschen, bei dem 0,5 mg als höchste zulässige Dosis des subkutan verabfolgten Suprarenins gilt, etwa 0,05 bis 0,075 mg Suprarenin als die in der Lumbalanaesthesie eben noch erlaubte Dosis anzusehen. Tatsächlich sind aber die in der Praxis angewendeten Dosen viel größer. Der Einwand, daß die Ergebnisse des Tierversuchs bezüglich der Lumbalanaesthesie bedeutungslos seien, da die klinische Erfahrung in Tausenden von Fällen gezeigt habe, daß der Mensch eben Suprarenin besser vertrage, liegt nahe. Es erscheint aber keineswegs ausgeschlossen, daß die vielerlei unliebsamen Nebenwirkungen, über die in vielen Publikationen über Rückenmarksanaesthesie berichtet wird und die meistens auf das benutzte Lokalanaesthetikum bezogen wurden, auf das Konto der mitinjizierten Nebennierenpräparate gesetzt werden müssen. Man kann deshalb das Suprarenin in den Dosen, in denen es bisher zur Lumbalanaesthesie verwendet wird und die bei den bisher gebräuchlichen Lokalanaestheticis auch anscheinend notwendig sind, nicht als unbedingt

ungefährlich gelten lassen. Weniger giftig als Suprarenin hat sich Verf. ein synthetisch hergestelltes Suprareninderivat (ein Suprarenin, in dem die am Stickstoff hängende Methylgruppe fehlt) erwiesen; sowohl bei subkutaner und intravenöser Beibringung als auch bei medullarer Injektion wurden erheblich größere Dosen als vom natürlichen Suprarenin vertragen; dabei war seine sonstige Einwirkung, auf Blutdruck etc., ebenso energisch wie das Suprarenin. Eine klinische Erprobung des Präparates in der Lokalanaesthesie, besonders in der medullaren, erscheint wünschenswert.

8. Arndt, Erlangen: **Haemolytische Untersuchungen, insbesondere bei Staphylococcenerkrankungen.**

A. faßt seine Untersuchungen folgendermaßen zusammen:

1. Die haemolytische Untersuchung ist als wichtiges Hilfsmittel zur Feststellung der Staphylococcenerkrankung anzusehen, gewährt aber bisher für Prognose und Indikationsstellung noch keinen sicheren Anhalt.
2. Die natürliche Widerstandskraft des Menschen gegenüber dem Staphylolysin ist angeboren.
3. Antistaphylolysin findet sich außer im Blutserum auch im Exsudat und entzündlichen Oedem, es kann auch längere Zeit nach Ablauf der Erkrankung noch im Blut vorhanden sein.
4. Aller Wahrscheinlichkeit nach kann die Bildung des Antitoxins unabhängig von den blutbereitenden Organen, am Ort der Infektion selbst erfolgen, wo seine Ansammlung durch Stauung begünstigt wird.

9. Fromme, Halle: **Ueber das Fieber beim Carcinom.**

Die von Alexander (d. W. No. 15) für die Erklärung des Fiebers bei Carcinomatösen herangezogene „Autointoxikation durch Stoffwechselprodukte des Carcinoms“ hält Verf. für reine Hypothese. Er verweist auf seine Untersuchungen über die häufige bakterielle Infektion benachbarter Drüsen bei ulcerierenden Carcinomen und vertritt danach die Annahme, daß Fieber dann eintritt, wenn infolge starken Zerfalls des Primärtumors oder durch mechanische Schädigungen desselben größere Lymphwege eröffnet und nun reichliche Mengen von Bakterien in die Drüsen eingebracht werden, welche die Drüsenbarrikaden überwinden und nun selbst oder mittels ihrer Toxine das Blut überschwemmen.

10. Hoffmann und Brüning, Berlin: **Gelungene Uebertragung der Syphilis auf Hunde.**

Zwei Hunden wurden gequetschte Stückchen menschlicher Primäraffekte in die vordere Augenkammer gebracht; darauf entstand zunächst eine starke Reaktion, nach deren Abklingen eine vom Limbus beginnende und nach dem Zentrum fortschreitende Keratitis auftrat. Die Inkubation betrug 16, resp. 21 Tage. Klinisch entsprach die Hornhautentzündung ganz und gar der von mehreren Autoren beschriebenen Keratitisprofunda der Kaninchen und Affen. Die lange Inkubationszeit, der typische klinische Befund und Verlauf und der Befund typischer Spirochaetae pallidae im zweiten Falle (Ausstrich und Giemsafärbung) beweisen die syphilitische Natur der Erkrankung. Damit dürfte die Möglichkeit der Uebertragung der Syphilitis auf Hunde, also auf Carnivoren, bewiesen sein.

11. Herzfeld, Berlin: **Referat über die Eisenbahnhygiene im Jahre 1906.**

12. Fischer, Breslau: **Zu Listers 80. Geburtstag.**

Bücherbesprechung.

Zehn Jahre Orthopädie und Röntgenologie 1896—1906. Von Dr. Immelmann. In dem vorliegenden Bande gibt der Verfasser einen Bericht über die in seiner Anstalt angewendeten und mit Erfolg durchgeführten Methoden und Kurmittel. Fünf Abteilungen umfaßt die Anstalt: Orthopädie und Heilgymnastik, Inhalatorium, Orthopädische Werkstatt, das Röntgen- und Photographische Laboratorium. Die Fortschritte auf allen diesen Gebieten, die gerade im letzten Jahrzehnt erreicht sind, kommen im Text und den beigegebenen Röntgentafeln in erfreulicher Weise zum Ausdruck. Die Wertschätzung, welche die Anstaltsbehandlung in den Kreisen der Aerzte und des Publikums immer mehr gewinnt, durch die Erfolge, die in einem spezialärztlich geleiteten orthopädischen Institute erzielt werden können, klingt durch das ganze hübsch ausgestattete Buch. Muskat-Berlin.

Fortschritte in der Anwendung der Röntgenstrahlen. Von Dr. phil. Josef Rosenthal, München. 22 Abb. München, Lehmann. 1906.

In einer auch für den Laien fesselnden und verständlichen Weise spricht Verf. in dem Heftchen über die wunderbaren Erscheinungen der Röntgenstrahlen. Die Abbildungen sind z. T. sehr interessant, so die Darstellung echter und unechter Perlen und Edelsteine.

Echte Perlen und unechte Glassteine geben dunkle Schatten, während unechte Perlen und echte Diamanten helle geben. Es beruht dies auf dem physikalischen Gesetze, daß das höhere Atomgewicht für die Dichte des Schattens in Betracht kommt. Auch die Bilder aus dem Inneren des Körpers sind recht anregend. In kurzen Worten ist auch der therapeutischen Wirkung gedacht.

Muskat-Berlin.

Balneologische Mitteilungen.

Bad Ems. Die Kur ist nunmehr in vollem Gange. Täglich finden Konzerte statt, die anstelle des Philharmonischen Orchesters Hamburg jetzt das Mozartorchester aus Berlin unter Leitung des Kgl. Musikdirektors Laube ausführt. Die Malbergbahn und die Motorboote auf der Lahn haben ebenfalls ihre Fahrten wieder aufgenommen. Trotz der seither wenig einladenden Witterung ist die Zahl der hier weilenden Fremden, namentlich der Ausländer schon eine recht beträchtliche. Die große Anzahl der Erkältungskrankheiten, welche der lange Winter im Gefolge hatte, werden ja erfahrungsgemäß am besten bekämpft durch die reichen natürlichen Heilschätze der Emser Quellen. Aber auch die in verschwenderischer Fülle sich bietenden Naturschönheiten locken viele Fremden nach dem altberühmten Kaiserbad an der Lahn, das durch seine steten großen Aufwendungen für Kurzwecke, für hygienische und sanitäre Einrichtungen bestrebt ist, sich dauernd einen ersten Platz unter den deutschen Badeorten zu sichern.

Charlottenbrunn. Der Winterverkehr vom 1. Oktober 1906 bis 1. Mai 1907 umfaßte: Kurgäste 176 Familien mit 268 Personen, gegen 88 Familien mit 121 Personen im Vorjahre; Fremdenverkehr 284 Familien mit 322 Personen, gegen 181 Familien mit 242 Personen im Vorjahre; Gesamtzahl: 460 Familien mit 590 Personen, gegen 269 Familien mit 363 Personen im Vorjahre, mithin gegen das Vorjahr mehr Kurgäste: 88 Familien mit 147 Personen, Fremdenverkehr 103 Familien mit 80 Personen; Gesamtzahl: 191 Familien mit 227 Personen.

Verkehr vom 1. bis 27. Mai 1907: Kurgäste 151 Familien mit 267 Personen, gegen 74 Familien mit 151 Personen im Vorjahre, Fremdenverkehr 180 Familien mit 268 Personen, gegen 85 Familien mit 96 Personen im Vorjahre; Gesamtzahl: 331 Familien mit 535 Personen, gegen 159 Familien mit 247 Personen im Vorjahre, mithin 1907 mehr Kurgäste: 77 Familien mit 116 Personen, Fremdenverkehr 95 Familien mit 172 Personen; Gesamtzahl: 172 Familien mit 288 Personen.

Bad Salzbrunn zeigt in der Besucherzahl auch in diesem Jahre einen bedeutenden Fortschritt gegenüber den Vorjahren, die Zahl der Kurgäste betrug am 31. Mai 1196 Personen, die Zahl der Durchreisenden 1083 Personen, zusammen 2279 Personen. Die erste Beleuchtung der Kuranlagen fand am Sonnabend, den 1. Juni statt. Am gleichen Tage öffnete auch das Theater seine Pforten. Die Vorbereitungen für das vom 21. bis 23. Juni hierselbst stattfindende internationale Tennis-Turnier, das eine zahlreiche Beteiligung verspricht, sind in vollem Gange. Für die Teilnehmer sind an Vergnügungen eine große Beleuchtung der Anlagen unter Verwendung von über 30000 Flammen, ein Festball, ein „bunter Abend“ und andere Veranstaltungen vorgesehen. — Auf den Turnierplätzen wird fleißig trainiert. Nennungsschluß ist 16. Juni.

Wildbad Schlangenbad. Im Verlage von H. Rauch-Wiesbaden ist soeben eine Broschüre über das Wildbad Schlangenbad erschienen. Der Verfasser, ein seit 1893, also über zehn Jahre in Schlangenbad praktizierender Arzt, Dr. von Niesen-Wiesbaden, hat auf Grund seiner langjährigen Erfahrungen mit ebensoviel

fachmännischer Sach- und Ortskenntnis, als liebevoller Anteilnahme an den Förderungsbestrebungen der Kurinteressen Schlangenbads ein Werk geschaffen, das sowohl dem Kurgast, wie dem auswärtigen Arzt sicher ein sehr willkommenes Orientierungsmittel über alles bezüglich Schlangenbads, seiner altbewährten Heilerfolge und Eigenart als Wildbad Wissenswerte sein wird. Speziell bemerkenswert ist bei der Beschreibung die originelle Auffassung und wissenschaftlich gründliche Erklärung der für viele so merkwürdigen, rätselhaften Wildbadwirkung. Anregend und verständlich in der Schreibweise und in dem z. T. poetisch gefärbten Inhalt kann die Lektüre auch Schlangenbad ferner Stehenden warm empfohlen werden. Sie wird sich lohnen und dem lieblichen Taunusidyll gewiß manchen neuen Freund zu den getreuen alten werben. Die Ausstattung ist eine geschmackvoll gediegene. Der Preis ist mäßig und beträgt 1 Mark.

Vermischtes.

Berlin. Eine Trauerfeier für Ernst von Bergmann wird am Sonnabend, den 29. Juni im Kaiserin Friedrich-Hause stattfinden; die Aerzteschaft will hier derjenigen unvergänglichen Verdienste noch einmal gedenken, die sich Ernst von Bergmann als Arzt und Standesgenosse um seine Kollegen erworben hat. Zu der von den Vereinigungen für das ärztliche Fortbildungswesen, für das Rettungswesen und der Aerztekammer Berlin-Brandenburg veranstalteten Feier werden Einladungen zur Beteiligung an alle wissenschaftlichen Gesellschaften und sonstige Vereinigungen ergehen, denen der Dahingeschiedene nahegestanden hat.

Giessen. Der Gynaekologe Prof. Pfannenstiel hat eine Berufung nach Kiel als Nachfolger Werths angenommen.

Wien. Als Nachfolger des in den Ruhestand tretenden Prof. Chrobak ist Prof. von Rosthorn in Aussicht genommen.

Berlin. Der soeben erschienene Geschäftsbericht des deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, erstattet vom Generalsekretär Dr. Nietner, weist für das abgelaufene Jahr erfreuliche Fortschritte auf. Danach bestehen zur Zeit in Deutschland 87 Volksheilstätten mit 8422 Betten und 35 Privatheilstätten mit 2118 Betten, eine Anzahl, welche die Gesamtheit aller in ganz Europa bestehenden Volksheilstätten übertrifft. Im Bau sind weitere 11 Volksheilstätten, mit 800 Betten. Auch die Einrichtungen zur Unterbringung tuberkulöser Kinder haben eine Erweiterung erfahren, es bestehen an Heilstätten für Kinder mit ausgesprochener Tuberkulose 17 Anstalten mit 650 Betten, und für skrophulöse Kinder 67 Anstalten mit 6092 Betten. Als besonders erfreulich ist die schnelle Entwicklung der Auskunfts- und Fürsorgestellen zu bezeichnen. Im Laufe weniger Jahre sind 117 derartige Stellen, von denen 31 von Gemeinden bestritten werden, errichtet, in der Mehrzahl nach dem von Pütter und Kayserling für Berlin organisierten System. Auch die Fürsorge für Schwerkranke ist im stetigen Fortschritt begriffen. Es gibt bis jetzt 10 besondere Pflegeheime und 2 weitere sind im Bau. Dazu kommen noch 67 Walderholungsstätten und 2 ländliche Kolonien. Der Geschäftsbericht des Zentralkomitees ist für Interessenten unentgeltlich beim Generalsekretär, Eichhornstraße 9, zu erhalten.

Rom. Der am 13.—16. Oktober d. J. in Rom tagende II. internationale Kongreß für physikalische Therapie, wird in Gegenwart des Königs von Italien auf dem Kapitol mit einer Festsitzung eröffnet werden. Die Meldungen zur Teilnahme an dem Kongreß sind aus allen Ländern so zahlreich eingetroffen, daß schon jetzt ein vollständiges Gelingen desselben vorhergesagt werden kann. Die italienische Regierung gewährt bedeutende Ermäßigung für die Bahnfahrt nach Rom, sowie für den Besuch anderer Städte, Badeorte und klimatischen Kurorte Italiens. Nähere Auskunft erteilt der Schriftführer des deutschen Komitees, Dr. Immelmann, Berlin W. 35.

Berlin. Die Einladungen für den Internationalen Kongreß für Rettungswesen, welcher in der Pfingstwoche 1908 zu Frankfurt a. M. stattfindet, sind jetzt ausgesendet worden. In dem Organisationsausschuß, dessen Ehrenvorsitzender Exzellenz Moritz Schmidt in Frankfurt a. M. ist, sind: Vorsitzende: Oberbürgermeister Dr. Adickes, Geheimer Obermedizinalrat Dr. Dietrich, Generalarzt Dr. Diems; Stellvertretende Vorsitzende: Stadtrat Lautenschläger, Stadtarzt Dr. König, Professor Dr. Rehn; Generalsekretär: Professor Dr. George Meyer-Berlin; Stellvertreter: Sanitätsrat Dr. Roediger-Frankfurt a. M.; Schatzmeister: Konsul Siebert. Außerdem sind Sekretäre: Dr. Ettlinger, Dr. Fromm, Ingenieur Charles A. Scharff (Frankfurt a. M.), Dr. Kohler-München, Dr. Kormann, Dr. Streffer (Leipzig), Direktor Dr. Schlemmer. Es sind 10 Abteilungen vorgesehen, deren vorliegender Arbeitsplan in genau durchdachter Weise die großen Gebiete des Rettungswesens umfaßt. Eine Fülle bemerkenswerten und wichtigen Materiales wird hier zusammenfließen.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P. Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 1. Juli 1907. Nr. 26.

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Zur Krebsfrage.

Von Dr. **Paul Ludwig Edel** in Berlin.

Vor etwa 3 Jahren veröffentlichte ich eine kleine Arbeit über die Aetiologie und Therapie des Karzinoms (Berliner klinisch-therapeutische Wochenschrift 1904 No. 10), die ich als „theoretische Erwägung" bezeichnete, da sie keine neuen Tatsachen brachte, sondern nur deduktive Schlüsse von früheren Erfahrungen, die zu neuen Experimenten, die ich selbst in Ermangelung des notwendigen Materials nicht anstellen konnte, anregen sollten. Es ist für den Mediciner immer etwas mißlich, eine heuristische Idee zu veröffentlichen und anderen Leuten die Arbeit des Experiments zu überlassen, und ich durfte mich daher nicht wundern, daß meine Publikation keine Beachtung fand. Wenn ich es nun trotzdem wage, mit derselben Idee zum zweiten Mal an die Oeffentlichkeit zu treten, so geschieht es, weil inzwischen von anderer Seite Erfahrungen gesammelt sind, die, wenn sie auch keinen endgültigen Beweis für die Richtigkeit meiner Anschauung liefern, derselben doch eine sehr wesentliche Stütze zu bieten vermögen.

Ich verglich das Wachstum des Karzinoms mit dem des Embryos. Während hier sich ursprünglich gleichförmige Zellen differenzieren und zu verschiedenartigen Geweben werden, ist beim Karzinom gerade das Gegenteil der Fall: ein Gewebe wuchert schrankenlos weiter und bringt die übrigen zum Schwinden. Mich stützend auf die Lehre von den Cytotoxinen sprach ich nun die Vermutung aus, daß sich im Serum des Embryos Stoffe befänden, die das Wachstum der Epithelzellen über ein gewisses Maß hinaus hinderten und den ersten Anlaß zur Differenzierung der Gewebe gäben und daß diese selben Stoffe auch später im postembryonalen Leben die Funktion erfüllten, das Epithelgewebe in seinen normalen Grenzen zu halten. In dem Schwinden dieser problematischen Stoffe suchte ich nun die Disposition zur Krebserkrankung: ein (z. B. durch ein Trauma) zum Wuchern gereiztes Epithelgewebe findet in diesem Falle nicht mehr seine normalen Schranken, sondern greift auf die umgebenden Gewebe über. Ich beendete dann meine Ausführungen mit dem Vorschlage, Krebskranken normales menschliches Serum bezw. krebskranken Tieren normales Serum derselben Spezies einzuspritzen, um auf diese Weise den für das Epithel wachstumhemmenden Faktor dem erkrankten Organismus wieder zuzuführen.

Wie ich nun dem sehr interessanten Artikel von Schöne in No. 51, 1906 der Münch. Med. Wochenschrift entnehme, sind von ihm inzwischen im Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt und ferner auch von Bashford in London Versuche gemacht, die meinen früheren Vorschlägen entsprechen. Bei den Autoren ist es gelungen, durch Injektion von normalem Gewebe — Bashford verwendete Mäuseblut, Schöne zerriebene Mäuseembryonen — bei Mäusen Immunität gegen Karzinom zu erzeugen. Aus Schönes Bemerkung „es muß der Zukunft überlassen bleiben, zu entscheiden, ob es sich hier überhaupt um eine durch das Serum vermittelte Antikörperwirkung des Blutes handelt oder ob die in Frage stehende Immunität nicht etwa als eine zelluläre oder histogene zu verstehen ist" scheint mir auch hervorzugehen, daß dem Verfasser ähnliche Gedanken, wie mir, vorgeschwebt haben.

Rebus sic stantibus komme ich auf meinen früheren Vorschlag zurück, Personen, die an inoperabelem Karzinom leiden, normales menschliches Blutserum einzuspritzen. Vor vier Jahren hatte ich einen derartigen Versuch schon begonnen. Aber obgleich ich mir selbst und einigen hilfsbereiten Freunden ziemliche Quantitäten Blut abgezapft hatte, konnte ich doch auf die Dauer keine ausreichenden Mengen Serum beschaffen, um die Behandlung genügend lange fortzuführen. Meines Erachtens ließe sich das Experiment am besten an einer größeren Entbindungsanstalt ausführen. Bei der Geburt läßt sich aus dem zentralen Ende der Nabelschnur nach Abnabelung des Kindes bequem und ohne Schädigung für die Mutter etwas Blut steril abfangen und zur Serumbereitung benutzen. Und da gerade den Gynäkologen am ehesten zweifellose, d. h. mittels mikroskopischer Untersuchung diagnostizierte Krebsfälle zu Gebote stehen und unter diesen auch leider genug solche, denen das Messer keine Hilfe mehr bringen kann, so erscheinen sie mir am meisten berufen zu sein, das vorgeschlagene Mittel zu erproben.

Aus dem chirurgisch-orthopädischen Institut des Dr. med. J. D. Ghiulamila in Bukarest.

Die Grundsätze der modernen tragbaren orthopädischen Apparate.

Von Dr. **J. D. Ghiulamila,**
bisher Assistent an der Prof. Dr. A. Hoffaschen Klinik, Berlin.

(Fortsetzung.)

Der Apparat muß solid und auf den Stützpunkten des Körpers gut fixiert sein, denn hier soll er oft, außer der Fixation eines kranken Gelenkes während der ganzen Dauer der Redression, auch noch Greifpunkte der verschiedenen Mechanismen und Kräfte liefern, die die Redression ausführen.

Es wäre viel über diese Redressionsmechanismen zu sagen, allein die wesentlichste Tatsache ist, daß sie durch Zug oder Druck wirken, die kontinuierlich oder intermittent sein können. Die materiellen Mittel, durch die Zug und Druck ausgeübt wird, sind verschieden; heute werden an fast sämtlichen modernen Apparaten elastische Mechanismen angebracht, so z. B. ein Gummiband oder eine biegsame Schlägerklinge, sobald es sich um die Erzielung einer kontinuierlichen Wirkung handelt.



Oft wird der Zug mit dem Druck vereinigt. Die Redression ist auch durch starre, nicht elastische Kräfte zu erzielen, und zwar durch verschiedene Mechanismen, die in der Höhe des zu redressierenden Gelenkes angebracht werden, woselbst sie eine kontinuierliche oder intermittente Wirkung ausüben. Diese Mechanismen sind manchmal von großem Nutzen, denn sie bestimmen die Richtung, in welcher sich die abgewichenen, zu redressierenden Knochen bewegen sollen. Es muß also bei der Verwendung dieser Apparate auf die normalen Bewegungen der Gelenke und der im Skelett zustandegekommenen pathologischen Veränderungen, die diese Bewegungen beeinflussen, Rücksicht genommen werden.

Für die Redression haben wir noch einen sehr wertvollen Hilfsfaktor: es ist dies die Extension. Während in den stabilen, fixen Redressionsverbänden diese letztere allein die Redression ausübt, verwenden wir sie hier bei den portativen Apparaten nur, wenn wir ihrer bedürfen; sie kann auch hier die Redression ausüben, wenn auch schwieriger, indem wir mit Abweichungen in verschiedenen Richtungen zu tun haben, die von mehreren Kräften beeinflußt werden müssen. Allerdings gibt es Umstände, wie z. B. bei der Wirbelsäule, in denen die Extension sehr wohl zur Redression verwendet werden kann.

Schwer vertragen wird die Extension mittels starrer Hilfsmittel; man verwendet deshalb mit großem Vorteil elastische Mittel, die von den Kranken besser ertragen werden.

Die Redression in portativen Apparaten hat keine weiteren Unannehmlichkeiten, nur lassen sich solche Apparate sehr schwer herstellen; und daher sind dieselben, wenigstens auf den ersten Anblick, teurer, allein vergleicht man sie mit den anderen Behandlungsmethoden, sowohl vom materiellen wie vom Standpunkte der Gefahren, so ist sie die am wenigsten kostspielige. Man braucht weder Anaesthesie, noch Operationen. Dann gibt es Fälle, wo die Redression wirksam ist, das Messer aber nicht verwendet werden kann, so z. B. bei Skoliose.

Die Redression in den Apparaten ist bei vielen Gelenkleiden angezeigt, die verschiedene fehlerhafte Stellungen, fibriöse Ankylosen etc. hervorrufen. Unter diesen befinden sich in erster Reihe die Gelenktuberkulose, der Rheumatismus und alle Infektionskrankheiten, die Gelenkentzündungen im Gefolge haben, die pathologischen Deviationen der Wirbelsäule oder der Gliedmaßen durch knöcherne oder Muskel-Veränderungen, wie Torticollis, Skoliosis, Genu Valgum, Pes varus und andere Fälle von Dislokation, die alle mittels Redressionsapparaten behandelt werden können.

Die Art der Redression hängt aber von dem **Kranken ab** und von der Behandlungsmethode, die von der Natur des Leidens indiziert wird.

Verfügt der Kranke um die nötigen Mittel für die Behandlung und kann die Behandlung des Leidens weiter durch Apparate fortgesetzt werden, so soll dies geschehen. Wenn aber der Kranke mittellos ist, so kann die Redression auf andere Weise vorgenommen werden, z. B. als Redressement forcé in der Narkose, oder mittels verschiedener operativer Verfahren, worauf wir die Retention durch einen einfachen Gipsverband erzielen. Manchmal gelingt die Redression in den Gypsverbänden dadurch, daß das Skelett durch verschiedene Handgriffe redressiert wird.

Es muß aber darauf Rücksicht genommen werden, daß man in den meisten Fällen, bei welchen die Redression, sei es in der Narkose, sei es mittels Operation, vorgenommen wird, trotzdem einen Apparat haben muß, der lange Zeit getragen werden soll, damit ein Rückfall verhindert werde, oder damit der redressierte Teil bis zur vollkommenen Heilung des Prozesses fixiert werde. In solchen Fällen können also Apparate hergestellt werden, die von Anfang an sämtliche Zwecke erfüllen sollen.

Wie bemerkt, wirkt die Redression in den Apparaten langsam, kontinuierlich oder intermittent, und sucht die in Deviation befindlichen Teile in die gewünschte Lage zu bringen, ohne Störungen oder Schmerzen in den zerstörten oder kranken Knochen zu verursachen. Langsam dehnt sie die retrahierten Weichteile, die, ohne zu reißen, nachgeben. Man ist keinem Unfall ausgesetzt. Nur versteht es sich von selbst, daß sie nur da angewendet werden kann, wo die Deviationen durch die Weichteile und nicht durch knöcherne Ankylosen bedingt sind. Ebenso ist es bei der Redression der knöchernen Teile, die, sei es durch ihre Struktur (wie es bei den Kindern der Fall ist), sei es durch ihre Lage (wie bei der Wirbelsäule), eine Redression, eine bessere Lage gestatten — eine Lage, in der die Gliedmaßen lange Zeit funktionieren müssen, so lange, bis sich die der neuen Haltung entsprechenden endgültigen Form- und Strukturveränderungen einstellen.

III.

Die **Prothese** verfolgt den Zweck, ein ganzes Glied oder einen fehlenden Teil desselben zu ersetzen, oder aber sie soll verschiedene gelähmte Muskeln, eine ganze Muskelgruppe, ein verändertes, nicht mehr normal funktionierendes Gelenk ersetzen, oder aber sie soll die Funktion eines ganz gelähmten Gliedes ermöglichen.

Feuilleton.

Pyrmont in alten Zeiten.

Von **Dr. E. Roth**.

(Schluß.)

Bey dieser Brunnenkur seyn starcke Bewegung des Leibes sehr schädlich. . . . Im Wachen und Schlaffen sol man gleichfalls eine gute Ordnung halten, der Tagesschlaff ist schädlich. . . . Die ehlichen Wercke sollten in wärender Kur eingestellt werden.

Zum Baden muss das Wasser Morgends um 4 Uhr geschöpffet und wohl zugedeckt werden. Erwärmen im Kessel ist nicht gut, da dann alle Spiritus, darin die Kräffte stecken, sich verlieren und aussrauchen. Man sol grosse Kieselingsteine, oder Kugeln, oder Schmiedeschlacken glüend machen und so offt hineinwerfen, biss das Wasser warm genug erscheint.

Junge und starcke Personen können zweimal des Tages baden, alte Leute nur einmal. Erstere dürfen biss auff 3 Stunden im Wasser weilen, ältere höchstens biss auff 2 erbringen. Die Mittags-Malzeit kan um 10 Uhr geschehen, welche gering seyn sol, damit die Speise für das Abendbad könnte verdäuet werden. Das Baden wäret 2, 3 oder 4 Wochen. Zu beachten ist, dass das Wasser nicht zu warm und das Haupt wol zugedecket sey, zum andern, wie tieff man einsitzen sol. Man sol nicht viel im Bade reden und schwätzen und unterweisen, auch nicht singen. Sich starck und viel im Bade bewegen, ist schädlich. In wärmendem Bade sol man sich des Schlaffes enthalten, natürlich des Essens und Trinckens, höchstens mag man Corinthen aus Rosen- oder frischen Brunnwasser löffelweise geniessen, dito eingemachte schwartze Kirschen, Morsellen usw.

Nach dem Bade wolle man sich ins Bette begeben, damit die abgematteten Glieder drin ausruhen und die Spiritus sich wieder setzen könne.

Von den Krankheiten zu reden, in denen das Baden angezeiget ist, erübrigt wohl, es sind durchschnittlich dieselben vorhergenannten.

Zum Schluss giebt es denn noch etwas Geschäftsreklame für den „Gebrauch und die Wirckung meiner Universal-Pillen".

1706 gab denn Sigismund Beermann, Holtzmind: Einige historische Anmerckungen und Anmerckungen von der Grafschaft Pyrmont und ihren berühmten Saur-Brunnen. Hannover, L. H. Hauenstein. Kl. 8⁰. — 79 S. Er zweifelt nicht daran, dass dieser Brunn schon zu Arminii und der Römer Zeiten daselbst gewesen und gequellet. Ob aber seine Krafft und Wirckung solchen Leuten damals so bekandt wie uns und zur Gesundheit gebrauchet, davon kan man wol ausser blossen Muhtmassungen nichts beybringen.



Wir haben zwei große Gruppen prothetischer Apparate: 1. Jene, die ganz fehlende Organe ersetzen und an deren Stelle so gut als möglich funktionieren sollen, und 2. jene, die Organe ersetzen oder unterstützen sollen, die zwar vorhanden sind, aber infolge der pathologischen Veränderungen nicht funktionieren können.

Zur ersten Kategorie gehören die künstlichen Gliedmaßen und verfügen wir heute über zahlreiche Modelle mit wohleingerichteten Mechanismen, deren Aufgabe es ist, ganz fehlende Gliedmaßen oder Teile derselben zu ersetzen; eine Hauptbedingung, die sie erfüllen müssen, ist, daß die Prothese am Körper gut fixiert sei, ohne den Stumpf zu stören, und die Funktion möglichst normal gestatte.

Die Prothese hat ebenfalls von den Grundsätzen der modernen Apparatentherapie Nutzen gezogen; sie entnahm den neuen orthopädischen Apparaten verschiedene Mittel der Fixation, die sich dem Körper genauer anpassen, leichter und sicherer sind als die alten, und sogar eine Entlastung der schmerzhaften Teile von jedwedem Druck gestatten.

Die zweite Gruppe der prothetischen Apparate ist für den Arzt viel interessanter.

In der ersten Gruppe war der wesentliche und schwierigere Teil die Fixation am Körper, da ja der Rest des Apparates in mechanischer Weise funktioniert; bei der zweiten Gruppe umkleidet der Apparat ein Glied, das alle anatomischen Elemente besitzt, aber nicht funktioniert, — es muß dasselbe in die Lage versetzen, Bewegungen auszuführen, die den normalen möglichst nahe sind. Wir haben demgemäß in Betracht zu ziehen die Bewegungen der Gelenke und die Verhältnisse, in denen sie in den prothetischen Apparaten möglich sind, den Ersatz verschiedener Muskelgruppen, dann aber die Stützung oder die Fixation der gelähmten Extremität.

Der Idealzweck der Prothese wäre, daß wir durch unsere Apparate einem angegriffenen Gliede gestatten, möglichst normal zu funktionieren, oder wenigstens dem Kranken zu gestatten, sich in Fällen von Lähmung, oder wenn zahlreiche Gelenke erkrankt sind, allein und ohne Stützmittel, wie Krücken, Wagen, Stühle usw., zu bewegen und es zu verhindern, daß später sich die nachfolgenden Difformitäten einstellen.

Um die Bewegung zu gestatten, brauchen wir ein äußeres, solides, sich gut dem Körper anpassendes, leichtes Skelett, das insbesondere bei den Kindern die Bewegungen nicht erschweren soll. Es muß darauf Rücksicht genommen werden, daß diese Apparate lange Zeit getragen werden müssen, — der Apparat und sein Material müssen also dauerhaft sein.

Sie müssen mit Gelenken versehen sein, die nach Form und Lage, soweit es die Mechanik gestattet, den normalen entsprechen sollen.

Ist ein Teil des Gliedes gekürzt, so wird es zuerst dem gesunden gleichgemacht; ist eine Deviation vorhanden, so wird es erst redressiert; ist es wieder in eine normale Lage gebracht worden, dann wird die endgültige Prothese angefertigt.

Bei der Bewegung kommt es auf die wichtige Frage der Funktion und die materielle Lage des Kranken an. Der Arzt muß sich darüber klar sein, ob die Beschäftigung des Kranken und das kranke Glied eine Prothese mit Bewegungen oder eine einfache, gelenklose, nur Stützzwecke im Auge habende, Prothese erheische.

Die ersten sind besser und sind selbst dann vorzuziehen, wenn das Gelenk allein überhaupt nicht funktioniert, denn der Kranke muß nicht nur mit dem Apparate gehen, so daß er eine gewisse Elastizität in den Bewegungen besitzt, sondern er muß auch sitzen; dabei ist es aber nicht bequem, eine gestreckte fixe obere oder untere Extremität zu besitzen, weshalb wir verschiedene Mechanismen haben, die es gestatten, daß ein Gelenk in verschiedener Lage fixiert werde oder auch bestimmte Bewegungen ausführen könne.

Ist eine Muskelgruppe gelähmt, so stehen uns verschiedene elastische Mechanismen zur Verfügung, die sie ersetzen; wenn sie auch keine aktive Funktion gestatten, so sind sie doch der Funktion in passiver Weise behilflich. Wir fixieren diese Ersatzmittel des Muskels am Apparat an den Stellen und in der Richtung, in welcher die Muskel gelegen und inseriert sind.

Eine Frage, die jetzt an der Tagesordnung steht, ist die des funktionellen Ersatzes der gelähmten Muskel durch die Transplantation anderer, gesunder Muskel.

Sei der Apparat noch so gut, besser ist es, wenn man auf ihn verzichten kann; man muß deshalb in den Fällen von Lähmungen auch auf andere Behandlungsmittel bedacht sein, die anzuwenden sind; der Apparat soll dazu dienen, die Beweglichkeit zu ermöglichen und das Entstehen von Difformitäten zu verhindern, bis die Muskeln wieder normal geworden sind, so z. B. in den Fällen von Kinderlähmung. Haben wir zu einem solchen Resultate gar keine Hoffnung, so muß an chirurgische Intervention an den Muskeln, Sehnen und selbst an den Knochen gedacht werden.

In jenen Fällen, in welchen nur einige Muskel gelähmt sind, die vorteilhaft und sicher durch andere ersetzt werden können, muß man diese heranziehen, um den Patienten von

---

Wichtiger ist Friedrich Slare, Mitglied der Königl. Societät und des Collegii medici in London, Bericht von der Natur und denen fürtrefflichen Eigenschafften und Tugenden des Pyrmontischen Wassers. Ins Teutsche übersetzt durch Georg Ludewig Piderit. 1718. 8°. 108 S.

Das Vorwort sagt: Weil das Urtheil der Ausländer und Fremden von allen Dingen der Natur und Kunst insgemein unpartheyisch ist und eher angenommen und geglaubet wird, als was Einheimische von ihren eignen Sachen zu sagen und zu rühmen wissen, so hat man dem Pyrmontischen Stahl-Brunnen zu Ehren diesen Bericht in unserer Teutschen Sprache hiermit communiciren wollen. — Jedenfalls hebt die Schrift hervor, dass solches Pyrmontisches Wasser einen grossen Vorzug vor dem Spa-Wasser zeige, das soviel länger und mehr, nehmlich in England, gebrauchet wird. Jedenfalls würde mir die Zeit zu kurtz fallen, alle Kranckheiten miteinander zu erzählen, gegen welche dergleichen Wasser dienlich sind. Abweichend von den früheren Autoren will Slare Milchspeisen bei dem Brunnentrinken nicht verbieten, ja versichert sogar, dass manche dergleichen Wasser ohne einen dritten Teil Milch darunter nicht vertragen können, solches aber viele Wochen mit gutem Nutzen continuiret.

Auch Zucker will er nicht verbannt wissen, den Cunaeus in seiner vor 7 Jahren erschienenen Schrift untersagt hätte; ich hätte mir auch nicht eingebildet, dass ich bey einem Teutschen ein Glas Wein verboten finden sollte.

1717 erschien auch von Joh. Philipp Seipp: „Neue Beschreibung des Pyrmontischen Gesund-Brunnen", Hannover, Nic. Förster, Kl. 8°, 300 S., ein Buch, das bereits 2 Jahre später eine zweite Auflage notwendig machte, welche 329 Seiten und 17 Blatt Register umfasste.

Grosser Wert wird hier auf die Art und Weise, das Pyrmontische Wasser „curmäßig zu trincken" gelegt. Wir erfahren hier unter Anderen, dass der innerliche Gebrauch dieses Wassers gegen Ende des 16. und im Anfang des 17. Seculi meistenteils eingestellt worden, und der äusserliche Gebrauch beybehalten sey; erst von 1556 an ist der innerliche Gebrauch bey dem Baden allmählich wieder angelernet worden. Neuerdings ist die allerbeste Vorbereitung zum Bade der innerliche Gebrauch des Brunnens, den man 8, 10, 12 oder 14 Tage festsetzen soll, ehe man zum Baden selbst schreitet, aber selbst dann ist ein mäßiger innerlicher Gebrauch des Brunnen stetig angezeiget. Seipp will als beste Zeit des Badens 9 Uhr Vormittag hinstellen, man ist eben von dem Frühaufstehen bereits etwas zurückgekommen. Auch darauf richtet der Fürstl. Waldecksche Leibmedicus bereits seine Aufmerksamkeit, ob man in seiner Badekur alle Tage nacheinander oder einen Tag um den andern oder alle zwei Tage baden solle usw.

Doch um nicht zu ermüden, wollen wir weitere Einzelheiten anzuführen, unterlassen, und Interessenten auf die Bücher selbst verweisen.



der Last zu befreien, sein ganzes Leben lang einen Apparat zu tragen.

Bei mittellosen Personen werden Arthrodesen vorgenommen, insbesondere am Knie und am Fuß, um ein solides Glied zu erzielen; allein nicht nur, daß diese Eingriffe nicht immer gelingen, so sind sie auch noch öfter von Verkürzungen und Difformitäten gefolgt, für die später doch wieder Apparate zu beschaffen sind. Es ist daher notwendig, genaue Indikationen zu haben; so oft wir also annehmen müssen, daß der Patient nicht genügende Sicherheit hat, nach unserem Eingriff auf den Apparat verzichten zu können, ist es besser, ihn von Anfang an mit dem Apparat zu belassen.

Es folgt hieraus, daß die Prothesen in ihrer großen Mehrheit keinen therapeutischen Zweck haben, sondern palliative mechanische Mittel sind, die zum Ersatz dienen, die die Bewegungen erleichtern oder bloß stützen, während sie in anderen Fällen bestimmt sind, die anderen Heilmittel zu unterstützen, bis diese zum Erfolge verholfen haben werden.

Die prothetischen Apparate sind so zahlreich, daß wir für jeden Teil einer Extremität und für den Rumpf Ersatzapparate haben; für jedes Gelenk oder für jede Gelenkgruppe haben wir Prothesen, welche die Stützung und Bewegung gestatten.

Den größten Teil der Fälle, in denen diese Apparate angebracht sind, liefern die Kinderlähmung, die Littlesche Krankheit, verschiedene zentrale oder peripherische Lähmungen, verschiedene Gelenkleiden, wie die Arthritis tabidorum, die Arthritis deformans, Knochenbrüche, Verrenkungen etc.

(Schluß folgt.)

Kongressbericht.

Sechzehnte Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft.

(Fortsetzung.)

11. Röpke-Solingen: Ueber die Osteomyelitis des Stirnbeins im Anschluß an Stirnhöhleneiterung und über ihre intracraniellen Folgeerkrankungen.

Die Osteomyelitis des Stirnbeins im Anschluß an die Stirnhöhleneiterung ist eine seltene Erkrankung, bis jetzt sind nur 13 Fälle in der Literatur beschrieben worden. Vortragender berichtet über weitere drei Fälle, welche er beobachtet hat: In dem ersten Falle (eine 23jährige Dame) wurde der Osteomyelitisherd durch Abmeißelung der erkrankten Partie des Stirnbeins begrenzt. Patientin starb an Abszeß des Stirnlappens, der leider erst im Terminalstadium (nach Durchbruch in den Seitenventrikel?) operativ eröffnet worden war. Der Hirnabsceß hatte sich vor Operation des durch Eiterretention in der Stirnhöhle entstandenen Knochenprozesses entwickelt. Der zweite Fall betraf einen ebenfalls 23 Jahre alten Studenten: die Infektion der abnorm dicken Diploëschicht der vorderen Stirnhöhlenwand war bei dem luetischen Patienten fünf Wochen nach Abtragung der vorderen Wand der Stirnhöhle erfolgt. Breite Abmeißelung des erkrankten Stirnbeins auf der linken Seite bis an den Haaransatz (zwei Operationen). Tod an Durchbruch eines rechtsseitigen Stirnlappenabscesses in die Meningen und in den Seitenventrikel. Der Absceß war operativ eröffnet worden, als er sich durch Parese des linken Facialis und der linken Extremitäten angedeutet hatte. Der Absceß hatte eine dicke Absceßmembran, und seine Entstehung war nicht mit dem auch in diesem Falle durch die Operation abgegrenzten Osteomyelitisherd in Zusammenhang zu bringen. In dem dritten Falle (26jähriger Gelbgießer) war der Verlauf günstig. Die Osteomyelitis beschränkte sich auf die beiderseitigen, eine dicke Diploëschicht enthaltenden, vorderen Stirnhöhlenwände.

In seinem Resümee verweist Vortragender auf die umfassenden Arbeiten, welche Schilling (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, Bd. 48, Supplementheft) und Guisez (Annales des mal. de l'orielle, 1906, p. 600) über diesen Gegenstand veröffentlicht haben.

Diskussion: Winckler, Kretschmann, Hoffmann, Voß, Noltenius, E. Hopmann, Winckler, Eschweiler, Hoffmann, Passow.

12. Hr. Eschweiler-Bonn: Demonstration von Präparaten der Schleimhaut bei akuter · chronischer Nebenhöhlenentzündung.

13. Hr. Brieger-Breslau: Zur Pathologie der otogenen Pyaemie.

Wandständige Thrombosen werden zur Erklärung derjenigen Fälle herangezogen, in denen in Sinus und Bulbus ausgedehntere, sogen. obturierende Thrombosen vermißt werden. Sie dürfen aber, selbst dann, wenn ihr Vorhandensein einwandsfrei nachgewiesen ist, nicht ohne weiteres für Entstehung und Fortdauer der Allgemeininfektion verantwortlich gemacht werden. Klinische Befunde sind nur dann beweisend, wenn die Anwesenheit eines Thrombus nicht aus immer unsicheren Eindrücken geschlossen, sondern in dem nach Meier-Whiting abgeklemmten Sinus direkt nachgewiesen wird. Anatomische Befunde sind einwandsfrei nur dann, wenn ein Thrombus von solcher Beschaffenheit gefunden wird, daß man annehmen kann, er habe nicht nur den Eintritt der Bakterien in die Blutbahn vermittelt, sondern auch die pyaemische Allgemeininfektion weiter unterhalten. Man begegnet aber auch in Fällen ganz florider metastasierender Pyaemie Thromben in so vorgeschrittener Organisation, daß sie das zum Fortbestand der Allgemeininfektion nötige Infektionsmaterial schwerlich liefern könnten. In diesen Fällen muß mit direkter, d. h. nicht durch Thromben vermittelter, Einfuhr der Erreger in die Blutbahn gerechnet werden. Für diese Vorstellung sprechen auch die Bakterienbefunde im Blut. Man hat, wenn man die Ergebnisse dieser Untersuchungen bei Pyaemie nach akuten und chronischen Mittelohreiterungen vergleicht, mit der für die Erklärung des klinischen Bildes, der sogen. Osteophlebitis-Pyaemie, wesentlichen Möglichkeit zu rechnen, daß bei ersteren Formen nicht aus dem Thrombus immer wieder frisch eingeschwemmte Erreger, sondern in der Blutbahn kreisende, vielleicht in dieser sich vervielfältigende Erreger die Hauptrolle spielen. Bei der Therapie ist die Möglichkeit zu berücksichtigen, daß bei der Pyaemie nach akuten Eiterungen Sinusthrombose ganz fehlen oder, wenn sie zunächst bestand, für den Fortbestand der pyaemischen Erscheinungen, insbesondere die Metastasenbildung, nicht diejenige ausschließliche Bedeutung besitzt, die dazu berechtigte, solche Fälle immer, auch ohne besondere Indikation, am Sinus anzugreifen.

14. Hr. H. Neumann-Wien: Ein Instrument zur Eröffnung des Bulbus venae jugularis.

N. führt einen mit einer Giglisäge armierten Nelaton-Katheter nach Eröffnung der V. jugularis bis in den freigelegten Sinus durch, oder umgekehrt, sägt dann die äußere Knochenspange des For. jugulare von innen nach außen durch.

Zum Schluss noch ein Hinweis auf Friderici Barteldes Vernunfftige Gedancken und Anmerckungen von wahren Gebrauch und Missbrauch der mineralischen, sonderlich pyrmontischen Wassern, von allerley Vorurtheilen heutiger Zeiten gereiniget und befraget zu jedermann's vernünfftiger Prüfung. Minden 1726. J. Detleffsen. Kl. 8°. 94 S. 1 Blatt.

Sehr interessant ist es, wie dieser Arzt aufklärt, warum das Pyrmonter Wasser so oft seine gehörige Würckung nicht thue. Die Schuld ist nicht dem Trancke, sondern dem Trincker beizumessen, dann aber dem Umstand, dass die meisten medici sich so schlecht auf die Wasser-Curen appliciren, auch ihren Clienten solcherley Medicamenten bey der Brunnen-Cur vorschreiben und geben, welche allerdings dem menschlichen Cörper hiebey schädlich und undiensam sind. Viele, welche sich der Brunn-Cur bedienen wollen, consultiren aber nicht einen vernünfftigen Medicum, sondern hochgelehrte Handlanger der Medicin; wie kan nun von solcher Pfuscherey was gutes kommen?

Und mit diesem Notschrei, der bereits die Kurpfuscherei geisselt, sei Schluss gemacht.



15. Hr. H. Rudeloff-Magdeburg: Demonstration eines Operationsstuhles.

16. Hr. Hoffmann-Dresden demonstriert Präparate von einem in Heilung begriffenen Hirnabsceß (Details im Original), ferner eine stereoskopische Aufnahme von einem Hirnabsceß mit Balgkapsel.

17. Hr. Hegener-Heidelberg: Demonstrationen zur Lehre vom Hirnabsceß.

a) Solitärer Absceß der rechten motorischen Rindenregion, entstanden von einer Sinusphlebitis aus, durch Fortleitung in der Trollardschen Vene. b) Nicht operierter Kleinhirnabsceß neben Sinusphlebitis und Labyrinthitis; Absceß und Phlebitis wahrscheinlich entstanden durch Vermittlung des Sacculus endolymphaticus. c) Kleinhirnabsceß nach Labyrinthitis, wahrscheinlich entstanden aus einer toxischen Meningo-Encephalitis. d) Photographien einer trotz breiter Absceßöffnung etc. durch 2½ Monate dauernd progressiven Vereiterung der Gehirnhemisphäre, die schließlich zum Tode durch Atmungslähmung, nicht Meningitis, führte.

18. Hr. Oppikofer-Basel: Untersuchungen der Nase zur Zeit der Menses, der Schwangerschaft und unter der Geburt.

Wie Freund und Zacharias hat auch O. bei seinen Untersuchungen an schwangeren Frauen nicht selten Veränderungen im Naseninnern gefunden. Im Gegensatze zu den beiden Autoren möchte aber O. diese Veränderungen (Hyperaemie und leichte Hypertrophien der Schleimhaut) nicht als wirklich intranasale Graviditätsveränderungen auffassen. Leichte pathologische Veränderungen sind auch in der Nasenhöhle häufig und haben mit der Schwangerschaft als solcher nichts zu tun.

Die Angabe von Freund, daß bei Frauen unter der Geburt zuweilen kurz vor Eintritt einer Wehe die Nasenschleimhaut anschwillt, kann O. nicht bestätigen. Der enge Zusammenhang zwischen Nase und Genitalorgan unter der Geburt, wie Freund ihn schildert, besteht nicht.

Endlich hat O. auch Frauen zur Zeit der Menses untersucht. Die Angabe, daß die Muscheln regelmäßig in dieser Zeit anschwellen, kann für die überwiegende Mehrzahl der Fälle nicht bestätigt werden. Daß die Schleimhaut zur Zeit der Menses leicht blutet oder in besonderem Grade auf Sondenberührung schmerzhaft empfindlich ist, hat O. in keinem seiner Fälle beobachtet. Als Regel darf aufgestellt werden, daß ein normales Naseninnere zur Zeit der Menstruation sich nicht verändert.

19. Hr. Bárány-Wien: Zur Theorie des Nystagmus.

B. demonstriert ein Schema, in welchem auf Grund physiologischer und pathologischer Beobachtungen die Hirnbahnen für den Nystagmus dargestellt sind. Die Hauptsache liegt darin, daß nur die langsame Bewegung des Nystagmus vestibulär ausgelöst erscheint, die rasche Bewegung aber vom supranucleären Blickzentrum ausgeht. Durch leichte Narkose kann man die rasche Bewegung des Nystagmus zugleich mit der Willkürbewegung lähmen, während die langsame Bewegung noch bestehen bleibt. Bei Lähmung im Bereiche des Blickzentrums konstatierte B. auf vestibuläre Reizung lediglich langsame Augenbewegungen, während der Nystagmus vollständig fehlte (zwei klinische Beobachtungen). B. schlägt für diese Art der Lähmung den Namen supranucleäre Ophthalmoplegie vor, im Gegensatz zur nucleären Ophthalmoplegie einerseits, zur Pseudoophthalmoplegie Wernickes andererseits.

20. Voß-Königsberg i. Pr.: Die Radiologie in der Ohrenheilkunde.

Nach einem geschichtlichen Rückblick auf die bisherigen Versuche, röntgenologische Untersuchungen des Gehörgangs vorzunehmen, hebt V. die Notwendigkeit und das Aussichtsvolle derartiger Unsersuchungen an der Hand einer größeren Reihe von Radiogrammen hervor, die teils am Präparat, teils am Lebenden gewonnen sind. Von ersteren sind es namentlich stereoskopische Aufnahmen im Wheatstoneschen Spiegelstereoskop, durch die eine hervorragende plastische Wirkung erzielt wird. Vortragender empfiehlt deshalb diese Methode als ganz besonders geeignet, um das Röntgenverfahren zu einem immer brauchbareren Faktor des ohrenärztlichen Armamentariums in anatomischer und diagnostischer Hinsicht auszugestalten.

(Fortsetzung folgt.)

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten in Berlin.

Sitzung vom 10. Juni 1907.

1. Herr Leppmann: Die Zwangsvorstellungen in forensischer Beziehung.

Die Frage kann nur durch Zusammenarbeiten Vieler gelöst werden.

Dem Gesunden macht die Gedankenarbeit, die Lenkung der Aufmerksamkeit keine Schwierigkeiten. Gestört werden diese durch sich eindrängende Ideen, die das Individuum gar nicht gewünscht hat. Der Betreffende empfindet diese Gedanken als fremd und zwangsartig. Die Uebergänge sind fließende von noch gesunden bis zu den stuporösen Krankheitszuständen.

Zum Thema gehören nur die Nichtgeisteskranken. An die (imperativen) Zwangsvorstellungen schließen sich Zwangsantriebe, dort kommt es nicht zur Zwangshandlung, besonders wenn die Zwangshandlung das Individuum schädigt. Eine Hemmung liegt also meist vor. Es geben aber Kranke an, daß die Hemmung doch durchbrochen werden kann, krisenartig, und es schließt sich daran die Frage, wieweit die freie Willensbestimmung dabei ausgeschlossen wird. Harmlos sind die in Grübeln ausgehenden Zwangsideen, aber weniger sind es die, welche zurückgedrängt werden und zu angstmäßigen Zwangsideen führen. Am gefährlichsten sind die sich an Enttäuschungen anschließenden, mit Drang zum Aendern des Zustandes. Die Monomanen der alten Psychiatrie waren wohl z. T. Zwangsideenkranke.

Wir haben die Pflicht, bei Taten, die einen Mangel an Motiven zeigen, die Krankhaftigkeit zu beweisen.

In erster Linie kommen die Neurastheniker in Betracht, bei denen periodisch Zwangsideen auftreten, besonders die konstitutionellen Neurastheniker.

Die Hauptrolle spielen aber die Epileptiker, die mit seltenen Anfällen, sie bieten periodisch Zwangsideen, kurz oder dauernd, nach Art von Aequivalenten. V. gibt Beispiele, die das Verhältnis klarlegen. Bei der Hysterie kommt das nicht vor; V. erinnert an seine Erörterungen über Ladendiebinnen. Eher noch kommt das bei der Hypochondrie vor. Interessant ist, daß bei der Praeseneszenz besonders die Zwangsideen in den Vordergrund treten.

Von der sexuellen Seite sind es die Exhibitionisten, bei denen das Crimen infolge Zwangsideen vorkommen kann, indessen selten. Häufig ist es die Entlastung angsthafter Beklemmung bei Epilepsie.

Wichtig ist die Frage, wie benimmt sich ein Angeschuldigter mit Zwangsideen; meistens ist der Angeschuldigte gewissermaßen entlastet, aber häufig sind sie auch gehemmt in ihrer Verteidigung. Auch die Kranken mit Zwangsvorstellungen, die als Zeugen geladen werden, müssen mit Vorsicht behandelt werden.

Gleichgültige Zeugnisse sollten nicht erzwungen werden.

In zivilrechtlicher Beziehung können beim Testamenterrichten Zwangsideen stören.

2. Herr Salomon stellt ein Kind mit Hemiatrophie facialis vor, mit Augennervenstörungen.

Im Anschluß daran zeigt Kurt Mendel einen von Eckstein behandelten Fall von Hemiatrophie facialis.

3. Herr Löwe, eine Methode, der Hypophysis von der Basis cranii aus beizukommen, und zwar von der Keilbeinhöhle aus, nach Umklappung der ganzen Nase.

Herr Flatau demonstriert einen Fall, dessen Symptome auf eine Blutung in der Gegend der Haube und des roten Kernes hinweisen, mit Beteiligung der Bindearme.

(Ausführliche Veröffentlichung an anderm Orte.)

Flatau, Berlin.

Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur.

(Medicinische Sektion.)

Sitzung vom 15. März 1907.

Vors.: Herr Uhthoff, Schriftf.: Herr Garré.

Vor der Tagesordnung demonstriert Herr Hinsberg einen Fall von otitischer Pyaemie mit unsicherer Diagnose; es entstand



Panophthalmie auf der gesunden Seite. Erst später fand sich Eiter im Sinus. Ferner zeigt Herr Löwenhardt den Urin eines Falles von Chylurie. Die milchweiße Trübung rührt von Fettkügelchen, Eiweiß und Fibringerinnsel her.

Tagesordnung:

1. Herr Kobrak: „Ueber Allgemeininfektion bei Mittelohrentzündungen".

Seit 1902 werden im Allerheiligen-Hospital Untersuchungen über die Erreger der otitis med. ac. und ihre Wirkungsweise im Körper angestellt, und zwar bis jetzt an 77 Fällen. Bakteriaemie wurde elfmal durch Venaepunktio festgestellt. Die Untersuchung des Serums bei Pneumococcen-Infektion auf Agglutination war nur bei schweren Fällen positiv, sonst negativ. Die Virulenz-Prüfung ergab keinen Einklang zwischen Tier- und Menschen-Virulenz.

Es ließen sich drei Typen unterscheiden: 1. der cyklische (bei Pneumococcen-Infektion), 2. der protrahierte (bei Streptococcen und Staphylococcen), 3. der Typus mit Intervallen (bei Streptococcen mucos.).

Die Kümmelsche Unterscheidung von mesotympanalen und epitympanalen Formen hat sich in drei Fällen nicht bewährt.

2. Herr Strümpell: „Ueber die Beziehungen der Tabes dorsalis zu Krankheiten des Herzens und der Aorta."

St. stellt zunächst eine Frau vor, um an ihr diesen Zusammenhang zu illustrieren. Sie hat Sklerose und Insuffizienz der Aorta und bekam vor zwei Jahren serpigenöse, tertiäre Geschwüre und absolute Pupillenstarre.

Rosenbach und Berger haben zuerst (1879) auf den Zusammenhang von Tabes und Aorten-Insuffizienz hingewiesen. Dann fand sich auch das Aorten-Aneurysma (in 96 Sektionen von Tabes 18 mal). Erst in letzter Zeit kam die Erkenntnis, daß beide koordiniert als Folgen der Lues anzusprechen sind. Durch Röntgen-Untersuchung ist die häufige Konstatierung der Sklerose ermöglicht. Auch die Tabes-Diagnose ist weiter ausgebildet. Str. untersucht jeden Aorten-Fall auch auf Tabes. Besonders folgende Symptome sind zu beachten: 1. Pupillenstarre (fast ausschließlich bei Tabes), 2. Fehlen der Patellarreflexe; aber ebenso wichtig Achilles-Reflexe (oft tritt vor dem Erlöschen eine Steigerung auf), 3. Beziehung der Reflexe zum Muskeltonus, (letzterer nimmt auch allmählich ab, aber nicht parallel zur Reflexabnahme), 4. Sensibilitätsstörungen (anaesthetische Zone am Rumpf), 5. Muskelsinn bes. an den distalsten Gelenken herabgesetzt. Der Vortr. hat 33 Fälle von Kombination von Tabes mit Herzsklerose beobachtet. Er hält die Lues für das wesentliche kausale Moment der Tabes, aber nicht etwa wie bei einer tertiären Erscheinung, sondern als postluetische Erkrankung, etwa wie eine postdiphtheritische Lähmung. Auch die Endocarditis ist eine toxische Nachwirkung der Lues. Diese Fälle treten ohne Gelenkrheumatismus im jugendlichen Alter auf, wobei die anderen Klappen meist frei bleiben. Therapeutisch ist von Hg und Jodkali keine besondere Wirkung zu erwarten.

(Peritz.)

Periodische Literatur.

Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 15. 1907.

1. Klebs: **Ueber Entstehung und Behandlung der menschlichen Lungentuberkulose.**

Aus Beobachtungen an mit Tuberkulin behandelten Patienten schloß K., daß es zwei verschiedene Substanzen in dem Alt-Tuberkulin gibt, eine schädliche und eine nützliche; die schädlichen Toxine gelang es ihm dann durch Natrium-Wismut-Jodid, gelöst in Essigsäure, auszufällen, die sich damit als Glycoside erwiesen; eine andere Albumose oder ein Pepsin, ein wirkliches Sozin, blieb in Lösung. Diese letztere Substanz, rein dargestellt, erwies sich als bakterizid und wurde als Tuberculozidin (Tc) bezeichnet. Versuche an erkrankten Menschen ergaben weiter, daß wenigstens in schwereren Fällen noch andere Schädlichkeiten im Körper Tuberkulöser vorhanden sein müssen. Diese werden wohl bedingt durch verschiedene auf den tuberkulösen Teilen vegetierende Bakterien. Die öfters vorhandenen Darmbakterien aus der Coligruppe und der Pyocyaneus ließen sich leicht entfernen durch Desinfektionsmittel in lokaler Anwendung, wozu sich besonders Chinosol empfiehlt (1/2 bis 1 g in 1 l Wasser zum Waschen der Körperfläche, 1/6 bis 1/3 per Liter zum Mund- und Nasespülen); größere Schwierigkeiten bot ein Coccus dar, den K. als Diplococcus semilunaris bezeichnete; seine, die Entwicklung der Tuberkulose fördernde Wirkung führte zur Entdeckung des Selenin.

Bezüglich der Verbreitung der Tuberkelbazillen im Körper vertritt K. folgende Sätze: Die Tuberkulose ist eine Krankheit der Lymphdrüsen; als solche kann sie bis ans Lebensende bestehen. Die Infektion an Tuberkulose findet in erster Linie durch den Darm statt, am häufigsten durch Kuhmilch. Die Ansicht Kochs, daß Rindertuberkulose nichts mit der Menschentuberkulose zu tun hat, ist zurückzuweisen; die verschiedenen Tuberkelbazillenstämme der Kaltblüter, Vögel, Säugetiere stellen eine zusammenhängende Reihe pathologischer Anpassungen dar. An der hereditären Uebertragung der Tuberkulose ist festzuhalten.

Die wesentlichsten für die Behandlung der menschlichen Tuberkulose in Frage kommenden Momente sind:

1. Die kausale Behandlung, am besten wohl die intestinale Zuführung von Tuberculozidin und Selenin hat schon im ersten Kindesalter zu beginnen: bei Lymphdrüsenanschwellungen am Hals wie an andern Teilen (Unterleib), bei Knochenerkrankungen, bei sogenannten skrophulösen Erscheinungen.

2. Auch die Tuberkulose Erwachsener geht immer von den Lymphdrüsen aus, namentlich in den Lungen; Bronchialdrüsendurchbrüche führen zu einem „tuberkulösen Infarkt" der Lungen; die dann im Sputum erscheinenden Tuberkelbazillen stammen aus den Bronchialdrüsen; eine scharfe Grenze zwischen offener und geschlossener Tuberkulose besteht danach nicht. Bei der Behandlung dieser Formen der Bronchialdrüsen-Lungentuberkulose muß a) dauernd Tuberculozidin-Selenin gegeben werden (meist genügt die zweimal tägliche Verabreichung von 3 ccm Tuberculozidin-Seleninmischung Nr. 1 in Wasser, innerlich), b) große Zusatzdosen Tuberculozidin sind erforderlich, wenn eine erhebliche Vermehrung der Tuberkelbazillen eintritt (Tuberculozidin 10% in steigenden Tagesdosen von 1, 2, 3 ccm in Wasser).

2. Vierhuff, Moskau: **Ueber radiographische Befunde bei Lungenspitzentuberkulose.**

Verf. gibt Röntgenbilder von drei Typen der Lungenspitzentuberkulose und vergleicht damit die bei der Perkussion und Auskultation in den betr. Fällen erhobenen Befunde. Es ergibt sich, daß das Aktinogramm Verdichtungen des Lungengewebes nachweist, bevor sie ausgedehnt genug sind, um auskultatorisch und perkussorisch nachweisbare Veränderungen hervorzurufen; aber auch bei bereits klinisch nachgewiesenen Verdichtungen zeigt das Aktinogramm die Ausdehnung derselben in vollkommener Weise, da oberflächlich und tiefgelegene Herde gleich gut auf der photographischen Platte zur Darstellung kommen. Das Aktinogramm kann natürlich nur die Anwesenheit von Verdichtungserscheinungen aufdecken; die Art derselben muß die klinische Untersuchung entscheiden.

3. Strauß, Berlin: **Ueber digestiven Magensaftfluß.**

In Ergänzung einer Mitteilung von Boas (d. W. Nr. 4) erinnert St. an mehrere von ihm zu dieser Frage publizierten Arbeiten. Die Beschwerden der Patienten mit digestivem Magensaftfluß zeigen große Aehnlichkeit mit denen der Hyperaciden, erinnern häufig an die Klagen der Magen-Neurastheniker, unter ihnen gibt es eine ganze Reihe von Ptosenträgern. In der Abmagerung und dem Vorwiegen des männlichen Geschlechts unter den Erkrankten findet sich ein weiteres Analogon zu den Hyperaciden. Daß die Abmagerung auf die Saftvergeudung zurückzuführen sei, glaubt Verf. nicht; den Grund dafür glaubt er mehr in der Angst vor dem zu subjektiver Belästigung führenden Essen suchen zu sollen — Cibophobia dolorosa. In dem häufigen Vorkommen des digestiven Magensaftflusses bei Ulcuskranken und bei Obstipierten finden sich weitere Uebereinstimmungen mit der Hyperacidität. Für eine Reihe von Fällen digestiver Hypersekretion dürfte die Ursache oder wenigstens das auslösende Moment in einer primären Obstipation zu suchen sein.



Die sichere Diagnose einer digestiven Hypersekretion kann nur durch eine doppelte Magenausheberung festgestellt werden, von welchen die erste den Zweck hat, das Leersein des Magens in nüchternem Zustand zu erweisen, und die zweite die Aufgabe, die Anwesenheit eines an Menge erhöhten, dünnflüssigen, an ungelösten Rückständen armen Mageninhalts festzustellen. Für letzteren Zweck ist die Schichtungsprobe zu empfehlen. Wenn bei nüchternem Leersein des Magens nach Probefrühstück der Bodensatz nur 20 bis 30% beträgt und eine abnorm große Mageninhaltsmenge vorliegt, kann die Diagnose digestiver Magensaftfluß gestellt werden. Von Untersuchungen mittels der Sahlischen Mehlsuppe zur Diagnose hat Verf. keinen Gebrauch gemacht; ein spezifisch trockenes Probefrühstück hält er für unentbehrlich.

Für die Therapie der digestiven Hypersekretion ist wichtig die Vermeidung einer Verwechslung mit leichteren Graden von motorischer Insuffizienz und dann die Berücksichtigung der verschiedenen, den Zustand auslösenden und begünstigenden Momente, Ulcus ventriculi, chronische Obstipation, Hernien — namentlich solche der Linea alba —, allgemeine Neurosen, motorische Insuffizienz. Die Kausaltherapie muß danach in den einzelnen Fällen an verschiedenen Punkten angreifen, während die symptomatische Behandlung des Zustandes eine gleichartige ist. In letzterer Hinsicht hat sich Verf. dieselbe Behandlungsmethode wie für die Hyperacidität bewährt, ein Regime, das in der Darreichung von Karlsbader Wasser, von Alkalien, sowie einer fleisch-, aber nicht eiweißarmen, an Milchfett und Zucker reichen Diät besteht. Speziell durch Fettkuren — Darreichung größerer Mengen von Butter und Sahne — hat er schöne Erfolge erzielt, die nicht nur in einer erwünschten Gewichtszunahme, sondern auch in einer Sekretionsbeschränkung zu Tage traten. Im Gegensatz zur kontinuierlichen Hypersekretion muß bei der digestiven Hypersekretion der Grundsatz der seltenen aber reichhaltigen Mahlzeiten maßgebend sein; für die meisten der Patienten, speziell der an Ptose leidenden, ist das Tragen einer Leibbinde empfehlenswert. Statt Karlsbader kann auch Vichywasser verabreicht und statt der üblichen Alkalien in den Fällen von chronischer Obstipation Magnesiapräparate verordnet werden. Der Umstand, daß manchmal Beschwerdefreiheit zu erzielen ist, ohne daß der Mageninhaltsbefund nennenswerte Aenderungen zeigt, beweist, daß man es bei der vorliegenden Krankheit nicht nur mit einem sekretorischen, sondern auch mit einem sensiblen Reizzustand zu tun hat, der seinerseits zuweilen Gegenstand einer besonderen Behandlung durch Narcotica (Codein, Belladonna, Anaesthesin) werden kann.

4. Friedemann, Berlin: **Ueber ein komplexes Haemolysin der Bauchspeicheldrüse.**

F. faßt seine Untersuchungen folgendermaßen zusammen:

1. Auch in der Reihe der Säugetiere werden dem Schlangen- und Bienengift analoge, durch Lecithin aktivierbare Haemolysine (Lecithide) gebildet. Ein derartiges Lecithid ist im Pankreasfistelsaft enthalten.

2. Die mit Alkohol erschöpfte Drüsensubstanz der Bauchspeicheldrüse enthält ebenfalls ein komplexes Haemolysin. Dieses ist durch Blutserum, sowie durch die Alkohol- und Aetherextrakte des Serums zu komplettieren, aber nicht durch Lecithin.

3. Die wirksame Substanz der Bauchspeicheldrüse verhält sich wie ein Ambozeptor, indem sie von den Blutkörperchen gebunden werden kann; sie unterscheidet sich von den gewöhnlichen Ambozeptoren durch ihre hohe Thermolabilität.

4. Kleine Mengen des Drüsenextraktes bewirken eine Komplementablenkung. Haemolytische und ablenkende Substanzen sind anscheinend identisch.

5. Die haemolytische Wirkung richtet sich auch gegen die Blutkörperchen des gleichen Tieres (Autohaemolysin).

6. Die Bauchspeicheldrüse enthält ein lähmendes und ein haemorrhagisches Gift, die in ihrer Wirkung dem Crotalusgift sehr ähnlich sind.

5. Keuthe, Charlottenburg: **Ueber die funktionelle Bedeutung der Leukocyten im zirkulierenden Blute bei verschiedener Ernährung.**

Der experimentelle Nachweis einer funktionellen Differenzierung der Leukocyten in den lymphatischen Apparaten des Darmes, in der Milz, im Knochenmark, abhängig von der Ernährung, ist von verschiedenen Autoren erbracht worden. Auch im zirkulierenden Blute sind quantitative Veränderungen der einzelnen Leukocytenarten bedingt durch funktionelle Anpassung an die Ernährung bei Versuchen im Grawitzschen Laboratorium, die aber nicht veröffentlicht sind, nachgewiesen worden. Verf. hat eine erweiterte Nachprüfung dieser letzteren mit Experimenten am Hunde angestellt. Dabei ergab sich, daß während einer Hungerperiode die polynucleären Zellen abnahmen, während die kleinen Lymphocyten zunahmen; gegen Ende der Hungerperiode trat wieder eine Zunahme der Polynucleären, ein Abfallen der Lymphocyten ein. Eine auffallende, länger dauernde Vermehrung der kleinen Lymphocyten brachte der Uebergang vom Hungerzustand zur Kohlehydratfütterung; dabei beträchtliche Verminderung der polynucleären Zellen. Diese zeigten dagegen lebhafte Vermehrung bei reiner Fleischkost oder bei Fleischkost mit reichlich Fett. Weitere Versuche nahm Verf. an sich selbst vor; bei jeder Ernährungsart trat gegenüber dem frühmorgens erhobenen Befunde eine Verdauungsleukocytose ein; diese war am größten bei reiner Fleischkost, am geringsten nach Fettgenuß. Ein Vergleich der prozentischen Verhältnisse der einzelnen Zellarten ergab starke Zunahme der Polynucleären und Uebergangsformen bei reiner Fleischkost, resp. bei gemischter Kost, dabei Abnahme der Lymphocyten, deren Zahl stieg beträchtlich bei Kohlehydraternährung, während die andern beiden Zellarten abnahmen. Fettnahrung erhöhte die Menge der Polynucleären und Uebergangsformen, ließ die Lymphocyten annähernd konstant. Die eosinophilen Zellen zeigten alle möglichen Schwankungen und ließen keinerlei Gesetzmäßigkeit in der Beeinflussung durch die Ernährung oder im Hungerzustand wahrnehmen.

Es finden sich danach also deutliche Ausschläge im Leukocytenbefund des zirkulierenden Blutes, besonders bei einseitiger Eiweiß- und Kohlehydraternährung; dieselben sind zum Teil schon deutlich unmittelbar nach dem Einsetzen einer bestimmten Ernährungsform, zum Teil erst bei mehrtägiger gleicher Ernährung erkennbar. Wichtig erscheint weiter das Prävalieren der Lymphocyten gegenüber den granulierten und Uebergangsformen, welches in den Hungerperioden des Hundes und beim Menschen morgens vor der Mahlzeit hervortritt. Die Versuche sprechen für die Annahme, daß einerseits die lokale Bildung der Leukocyten im verdauenden Darme durch die Art der Ernährung bestimmt ist, daß die neutrophilen Zellen eine wichtige Rolle bei der Resorption der Eiweiß- und Fettstoffe spielen, während die Lymphocyten eine aktive Rolle bei der Zuckerresorption übernehmen. Die Ansicht von Grawitz, welcher die Lymphocyten als eine entwicklungsfähige Reserve der Blutleukocyten auffaßt, dürfte dahin zu modifizieren sein, daß, abgesehen von dieser Bedeutung, gerade die Kohlehydratversuche für eine aktive Tätigkeit der Lymphocyten auch ohne weitere Entwicklung zu granulierten Zellen sprechen. Andrerseits aber sprechen die Ergebnisse ganz direkt für eine Umwandlung der Lymphocyten zu neutrophilen Zellen auf den Reiz der Eiweiß- und gemischten Eiweiß-Fettnahrung hin, da nur durch diese Umwandlung die sonst unverständliche Tatsache erklärt wird, daß die Zahl der Lymphocyten während der Eiweißverdauung trotz der starken Inanspruchnahme des ganzen lymphatischen Apparates des Darmes und Mesenteriums, trotz der Zunahme der Gesamtzahl der Leukocyten, nicht nur nicht vermehrt, sondern zum Teil sogar vermindert im Blute erscheint.

6. Bratz und Leubuscher, Wuhlgarten: **Die Affektepilepsie, eine klinisch von der echten Epilepsie abtrennbare Gruppe.**

Von der echten Epilepsie kann eine Gruppe von Kranken abgetrennt werden, welche sich nach Aetiologie und klinischem Verlauf folgendermaßen charakterisiert: Seit der Kindheit oder der Schulzeit treten bei den betreffenden, durchwegs erblich belasteten Kranken vereinzelte Anfälle auf, meist mehr dem petit mal entsprechend, aber typisch epileptischen, nicht hysterischen Charakters. Diese Anfälle ereignen sich aber im allgemeinen nur unter dem Einflusse von länger wirkenden Schädlichkeiten, insbesondere nach fortgesetzten psychischen Erregungen; in der

Krankenanstalt hören sie regelmäßig auf, können aber auch nach jahrelangem Anstaltsaufenthalt nach der Entlassung wieder auftreten. Eine fortschreitende Demenz, wie sonst bei Epileptikern, entwickelt sich nicht. Außer den petit-mal-Anfällen kommen andere Schwindelanfälle in allen möglichen Abstufungen der Bewußtseinstrübung und nur momentweisen Beschwerden, Schwarzwerden vor den Augen vor. In allen Punkten besteht eine große Aehnlichkeit mit der Alkoholepilepsie. Bei dieser ist es die Alkoholvergiftung, welche die epileptischen Anfälle unterhält, und die Abstinenz der Anstalt, welche sie aufhören macht. Bei der in Frage stehenden „Affektepilepsie" sind es seelische Erregungen und ähnliche, noch nicht genau bestimmbare Schädlichkeiten des Lebens außerhalb der Anstalt, welche die Anfälle bedingen, die dann in der Ruhe der Anstalt aussetzen. Die körperliche Untersuchung von 20 Affektepileptikern ergab bei der Mehrzahl totale Hypalgesie; fast alle hatten ein eigenartig bleiches Aussehen, was, da der Blutbefund sich als normal erwies, vielleicht auf einer besonderen Anlage des Gefäßsystems beruht. Das Auslösen dieser Gruppe aus dem Sammelbecken der Epilepsie erscheint nicht unwichtig. Der jetzt aktuelle Streit, ob es auch epileptische Dämmerzustände ohne epileptische Anfälle der betreffenden Individuen gibt, wird sich oft dadurch lösen lassen, daß gerade forensisch zur Beurteilung gelangende, epileptische Dämmerzustände nach psychischen Erregungen häufig nicht echte Epileptiker mit oft sich wiederholenden Anfällen und progressiver Demenz betreffen, sondern eben gerade die Affektepileptiker, bei denen der Nachweis der einzelnen frühzeitigen Attacken in praxi oft nicht möglich ist. Je vereinzelter die Anfälle gewesen sind, je geringer bisher seelische Erregungen und ähnliche anfallsauslösende Schädlichkeiten auf die betreffenden Individuen gewirkt haben, desto eher wird man sie in das Heer der Erblich-Psychopathen einreihen, ohne gleichzeitig Epilepsie zu konstatieren.

7. Kowalewsky, Berlin: **Kasuistischer Beitrag zur Wirkung der Canthariden.**

Bei einem Patienten, der wegen Zahnschmerz sich eine Spanische Fliege hinter das Ohr appliziert und dieselbe 10 Tage liegen gelassen hatte, stellte sich plötzlich eine heftige Augenentzündung ein; dieselbe wurde vergeblich mit Umschlägen und Zinktropfen behandelt. Nach drei Tagen stellte K. beiderseitige schwere Conjunctivitis und beiderseitige exsudative Iritis fest; gleichzeitig fand sich Albumen und Cylinder im Urin. Durch Atropin im Verein mit Dionin ließen sich die zahlreichen Synechien, die auf dem einen Auge schon fast einen Pupillarverschluß bewirkt hatten, in einigen Tagen lösen; der Urin war am achten Tage frei von pathologischen Bestandteilen. Die Nierenreizung und die Conjunctivitis sind ohne weiteres als durch die Canthariden hervorgebracht zu betrachten; die beiderseitige Iritis dürfte wohl durch Diffusion des toxischen Auges vom Conjunctivalsack aus auf ektogenem Wege zu erklären sein. Daß eine solche sekundäre Infektion der Iris vom Conjunctivalsack aus auch bei Anwesenheit so winziger Mengen toxischer Substanz durch Diffusion ohne sonderliche Schädigung der Hornhautsubstanz möglich ist, hat Verf. durch Versuche an Tieren festgestellt. Angesichts solcher Vorkommnisse hält K. die Frage für wohlberechtigt, ob die Heilwirkung der Canthariden in Pflasterform eine so zuverlässige und bedeutende ist, daß man die immerhin möglichen üblen lokalen und entlegenen Nebenwirkungen mit in den Kauf nehmen soll. Bei Erkrankungen des Sehorgans sind jedenfalls die Heilerfolge so unsichere, daß die Ausmerzung dieser Blasenpflaster aus der Reihe der therapeutischen Maßnahmen wohl berechtigt erscheint.

8. Wederhake, Düsseldorf: **Ueber den Gebrauch des Tetrachlormethans als Lösungsmittel in der Medicin.**

Die Feuergefährlichkeit des Aethers, Benzins und ähnlicher Substanzen sollte veranlassen, daß deren Gebrauch möglichst eingeschränkt wird, zumal, wenn es gelingt, ein vollwertiges Ersatzmittel, namentlich zum äußeren Gebrauch, zu finden. Ein solches ist der Tetrachlorkohlenstoff oder Tetrachlormethan, eine angenehm riechende, ziemlich flüchtige Flüssigkeit. Es ist ein vorzügliches Lösungsmittel für Brom, Jod, Oele, Paraffin, Kautschuk, Harze, Teere etc., kann daher Benzin usw. völlig ersetzen und ist durchaus nicht feuergefährlich. In die Haut dringt es tief ein und kann daher als Konzipiens für ein starkes Desinfiziens zur Händedesinfektion benutzt werden. In einer Lösung: Jodi pur 1,0, Paraffin solid (43°) 0,5, Tetrachlormethan 100,0 bürstet man fünf Minuten lang seine Hände, Wasser und Seife sind nicht erforderlich. Die Resultate dieser Desinfektionsmethode übertreffen diejenigen, die man z. B. mit der Fürbringerschen Methode erzielt. Für jede Händedesinfektion sind etwa 500 g der Lösung erforderlich, die nach dem Gebrauch durch Kochen sterilisiert und wieder von neuem gebraucht werden kann. Die gleiche Desinfektionsmethode dient auch zur Vorbereitung der Haut des Kranken für die Operation.

Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 14. 1907.

1. Baginsky, Berlin: **Ueber Meningitis cerebrospinalis pseudoepidemica.**

Verf. berichtet über einige Fälle von Cerebrospinalmeningitis, wobei die ersten bedeutsamen klinischen Erscheinungen die epidemische Krankheit völlig imitierten, der weitere Verlauf, der rasche günstige Ausgang und die bakteriologische Untersuchung die Fälle aber als nicht epidemische charakterisierten. Beim ersten, einem siebenjährigen Knaben, setzte die Erkrankung wuchtig mit Kopfschmerz und Erbrechen, darauf weiterhin mit allen Allüren einer Meningitis cerebrospinalis ein; Nackenstarre, Kernigsches Symptom, Steigerung der Reflexerregbarkeit, eine gewisse Eingenommenheit des Sensoriums, die Prostation, lassen die Erkrankung mit Sicherheit als cerebrospinale erkennen, wahrscheinlich als epidemica. Auftreten von Herpes macht die Diagnose noch wahrscheinlicher, auch das Ergebnis der Lumbalpunktion, soweit es sich um die cytodiagnostischen Elemente handelt, spricht dafür. Kritischer Abfall der Temperatur und damit einsetzende schnelle Besserung, negativer Meningococcenbefund in der Spinalflüssigkeit und Sterilbleiben der damit beschickten Nährböden erwies den Fall aber als nicht zur epidemischen Form gehörig. In einem zweiten ähnlichen Falle blieben gleichfalls die Kulturen steril, bei einem dritten wurden Coccen gezüchtet, die sicher nicht Meningococcen der Meningitis epidemica, vielleicht als Coccus crassus anzusprechen waren; in einem vierten endlich fanden sich Staphylococcen in der Lumbalflüssigkeit. Therapeutisch bewährte sich bei diesen Fällen die Anwendung von Jodkalium, neben reichlichen Einreibungen mit grauer Salbe und abwechselnd mit heißen Bädern (36 bis 37° C) unter gleichzeitiger Kühlung des Kopfes. Zum Schluß berichtet B. noch über einen weiteren Fall, der in vivo ganz exquisit das Bild der epidemischen Meningitisform darbot, sehr rasch verstarb und noch post mortem gelegentlich der bakteriologischen Durchforschung die ganze Schwierigkeit enthüllte, über den eigentlichen Krankheitserreger zur Klarheit zu kommen. Es wurden nämlich gefunden und zwar in der Kultur Streptococcen, Staphylococcen, Pneumococcen und der im Mäuseversuch so unheimlich dem Meningococcus gleichende Micrococcus flavus, der sich aber in seinem sonstigen Verhalten (grampositiv) von dem Meningococcus unterschied. Mit allem zusammen die charakteristischen klinischen Erscheinungen der cerebrospinalen Meningitis — und doch war der Fall keine epidemica — echte Meningococcen waren nicht vorhanden. Bei der Feststellung der Diagnose „epidemica Meningitis" dürfte also eine gewisse Vorsicht angezeigt sein.

2. Bürkner, Göttingen: **Erfahrungen über die Verwendbarkeit des Alypins in der Ohrenheilkunde.**

3. Markus, Pyrmont: **Vergleichende Untersuchungen über die Wirkung des Trinkens von destilliertem Wasser bei einem Falle von chronischer Nierenentzündung.**

Die Untersuchungen ergaben, 1. daß destilliertes Wasser keinerlei Schädigung oder Störung im Befinden der Patienten zur Folge hatte; 2. daß es die Urinmenge fast verdoppelte; 3. daß es das spezifische Gewicht um mehr als die Hälfte verringerte; 4. daß es mit der Steigerung der Diurese keine Verminderung der Eiweiß-Ausscheidung im Ganzen, sondern eine kleine Vermehrung derselben (um 0,613 g innerhalb zehn Tage) zuwege brachte; 5. daß es den refraktometrischen Exponenten des Blutserums, also die Dichtigkeit des Blutes erhöhte. Hinsichtlich seiner diuretischen Wirkung blieb destilliertes Wasser hinter den zum Vergleich herangezogenen Pyrmonter Mineralquellen (Helenen-

und Hauptquelle) zurück. Am geringsten war die ausgeschiedene Eiweißmenge innerhalb zehn Tagen, wenn weder destilliertes noch Mineralwasser getrunken wurde; mit der Vermehrung der Urinausscheidung durch beide wurde also die Eiweißausscheidung absolut vermehrt, relativ war sie aber erheblich vermindert. Die Angabe v. Noordens, daß die Aufnahme einer gewissen Menge Wasser ein „Auswaschen" bewirkt, das heißt eine Vermehrung der Diurese neben einer Ausscheidung von schon gebildeten, aber noch nicht eliminierten Zerfallprodukten, die in den Geweben zurückgeblieben, fand bei den Versuchen im vorliegenden Falle keine Bestätigung.

4. Dmitrenko, Odessa: **Ueber die klinische Bedeutung der Digitalis-Allorhythmie.**

(Nicht abgeschlossen.)

5. Sternberg, Berlin: **Kompendiöser quantitativer Gustometer zu klinischen Zwecken.**

In einem kleinen, leicht transportablen Kasten befinden sich drei gleich große, durch verschiedene Farben gekennzeichnete Glasflaschen, die den Schmeckstoff in flüssigem Aggregatzustand enthalten, als leicht flüchtigen Süßstoff Chloroform, als Bitterstoff Aether, als Sauerstoff 60prozentige Essigsäure. Zu jeder der Flaschen gehört eine gleichfarbig gekennzeichnete kleine Luftpumpe, die mit einem an ihrem Zylinder befestigten Korken aufgesetzt wird, in den ein Metallröhrchen mit Olive eingelassen ist, welches Gummischlauch mit Ansatzstück aus Hartgummi trägt. Zur Untersuchung führt man das Ende des Ansatzes in unmittelbarste Nähe der zu prüfenden Stelle, indem man eine direkte Berührung vermeidet; alsdann bringt man durch Druck auf den Kolben der Luftpumpe den Schmeckstoff auf die Schmeckstelle, indem man am besten die Prüfung in der Reihenfolge Sauerstoff, Süßstoff, Bitterstoff vornimmt. Auf diese Weise läßt sich Ageusie, Hypogeusie, Hypergeusie links und rechts prüfen, weiter die Dauer der Empfindung, Schnelligkeit des Eintritts. Solche Untersuchungen kommen in diagnostischer Hinsicht öfters, bisweilen auch in therapeutischer Beziehung in Betracht.

6. Bodenstein, Salzthal, Steiermark: **Ein neues Salicylpräparat.**

7. Stern, Prag: **Ueber den Nachweis der Spirochaete pallida im Ausstrich mittels der Silbermethode.**

Die in gewöhnlicher Weise mit Reizserum beschickten lufttrockenen Objektträger kommen für einige Stunden in den auf 37° eingestellten Brutschrank; alsdann in ein mit zehnprozentiger wässeriger Lösung von Argent. nitric. gefülltes farbloses Gefäß, das durch einige Stunden im diffusen Tageslicht stehen bleibt. Das Präparat nimmt eine bräunliche Farbe an, hat diese einen gewissen durch Uebung leicht zu erkennenden Grad angenommen, einen metallischen Glanz, so wird das Präparat aus der $AgNo_3$-Lösung herausgenommen und mit Wasser abgespült. In solchem Präparat ist die Form der Blutkörperchen gut erhalten, sie zeigen eine zarte schwarze Kontur. Die Spirochaeten erscheinen tiefschwarz auf blaßbraunem, stellenweise auf vollkommen farblosem Grund; sie unterscheiden sich in nichts von den mit der Levaditi-Methode im Schnitt dargestellten; gegenüber den mit Giemsa gefärbten sind sie etwas dicker, was auch für die feinen Ausläufer, die bei einer Anzahl von Exemplaren zu sehen sind, gilt. An vielen ist Höhe und Tiefe der Windungen gleichmäßig imprägniert, bei einzelnen Exemplaren finden sich Teile der Windungen nicht dargestellt.

Bücherbesprechung.

Tod durch Meningitis nach fehlerhaften Versuchen, einen Stein aus dem Ohr zu entfernen.

Von H. Schwartze. (Archiv für Ohrenheilkunde, Band 70.)

Ein vorher nie ohrenkrank gewesener fünfjähriger kräftiger und gesunder Knabe hatte sich beim Spielen einen Stein in das linke Ohr gesteckt. Am Tage darauf brachte der Vater den Knaben zu seinem Kassenarzt, der versuchte, den Stein mit Pinzette und Sonde (den denkbar ungeeignetsten Instrumenten, Ref.) aus dem Ohr zu entfernen. Die Entfernungsversuche waren für das Kind sehr schmerzhaft und aus dem Ohr floß Blut. Wegen andauernder Schmerzen brachte der Vater das Kind am nächsten Tage (19. Juni 1906) in die Ohrenklinik nach Halle. Befund dortselbst: Gehörgang stark gerötet, geschwollen, in der Tiefe Eiter! Vorder- und Hinterwand zeigen deutliche Spuren von Verletzungen. In der Tiefe des Gehörgangs am Boden ein weißlicher Stein, fest eingeklemmt und über zwei Drittel des Gehörganglumens ausfüllend. Vom Trommelfell nur das obere Drittel sichtbar, welches leicht gerötet ist. Der Stein veränderte seine Lage weder auf Lufteintreibungen von der Nase her noch auf Spritzversuche. Kein Perforationsgeräusch bei Lufteinblasungen, kein Abfluß von Wasser in Nase oder Schlund beim Spritzen. Kein Fieber, keine besonderen Schmerzen. Behandlung: Trockener Verband.

Am Morgen des 20. Schmerzen, nochmaliger vergeblicher Spritzversuch. In der Nacht Schmerzen. Am 21. Körperwärme 37,4°, keine Erscheinungen von Gehirnreizung.

Nach einem weiteren vergeblichen Spritzversuch wird in tiefer Narkose versucht, den Stein mit dem Zaufalschen Hebel zu entfernen. Der Stein war aber so fest eingeklemmt, daß er absolut unbeweglich blieb.

Operative Entfernung nach Ablösung von Ohrmuschel und hinterer häutiger Gehörgangswand. Mit großer Mühe gelang die Entfernung des fest eingekeilten Fremdkörpers, eines scharfkantigen kleinen Kieselsteins. Darnach sah man eine Durchlöcherung im hinteren unteren Teile des Trommelfells. Lockere Tamponade, trockener Verband.

Nach anfänglich nicht ungünstigem Verlauf am 28. Juni Fieber von 39,4° und Erscheinungen von beginnender Meningitis. Lumbalpunktionen negativ. Unter Annahme einer umschriebenen Meningitis am 29. operative Eröffnung der Paukenhöhle, um von dort aus den Herd aufzusuchen. Kein besonderer Befund.

Unter Erscheinungen von Meningitis Tod am 11. Juli.

Sektionsbefund: Eitrige Hirnhautentzündung, Erweichung der Hirnsubstanz usw. Felsenbeinbefund: In Schnecke und Vorhof Eiter, die Nervenstämme im Porus acusticus internus eitrig belegt und infiltriert. Die Nische zum runden Fenster von Granulationen umgeben, darunter der Knochen entzündet. Membran des runden Fensters fehlt.

Die Entzündung war also von der Paukenhöhle durch das runde Fenster auf das Labyrinth übergegangen. Den Nervenbahnen folgend war die Eiterung dann in die hintere Schädelgrube vorgedrungen und hatte hier zu einer Entzündung der weichen Hirnhäute usw. geführt. Die Ursache hiervon waren die Verletzungen von Trommelfell und Paukenhöhle bei den fehlerhaften Extraktionsversuchen des Kassenarztes gewesen, durch welche der Stein fest in die Paukenhöhle eingekeilt worden war.

Schwartze will sich dem Gedanken nicht verschließen, daß durch frühzeitigere Operation der tödliche Ausgang vielleicht hätte verhindert werden können. Er will deshalb an dem bisher von ihm befolgten Grundsatz nicht mehr festhalten, mit der operativen Entfernung von Fremdkörpern zu warten, bis Fieber und deutliche Symptome von Hirnreizung vorhanden sind, sondern anhaltende Schmerzen im Ohr allein nach vergeblichen instrumentellen Extraktionsversuchen eines Fremdkörpers, sobald derselbe fest eingezwängt in der Tiefe des Gehörgangs sitzt, schon als Indikation für die sofortige operative Entfernung desselben betrachten.

Es ist sehr bedauerlich, daß heute in einem Lande wie Deutschland die Ausbildung der Aerzte in der Ohrenheilkunde noch so vernachlässigt wird, daß immer wieder derartige schwere Kunstfehler vorkommen, die hätten vermieden werden können bezw. hätten vermieden werden müssen. Derartige Fälle sind leider nur zu häufig, wo ohne jeden zwingenden Grund durch fehlerhaftes Verfahren ein Menschenleben gefährdet oder ein wichtiges Sinnesorgan dauernd zerstört wird.

In einer 1902 bei Marhold, Halle, erschienenen Arbeit „Fremdkörper im äußeren Gehörgange und ihre Behandlung" habe ich folgendes ausgeführt:

„Ein unrichtiges und ungeschicktes Vorgehen bei Fremdkörpern im äußeren Gehörgang ist umso weniger zu entschuldigen, als bei nicht komplizierten Fällen keine Indikation vorliegt, die eine sofortige Entfernung des Fremdkörpers auf jede sonstige Gefahr hin verlangt, vielmehr in allen Fällen Zeit genug ist, das Kind dem nächsten Spezialarzt zuzusenden. Ich glaube auch, daß der betr. Arzt sich nichts vergibt und sich weniger schadet, wenn er er-

klärt, er könne die Entfernung nicht vornehmen, vielmehr sei sie Sache des Spezialarztes, als wenn er zuerst einen Kunstfehler begeht und dann das Kind doch fortschicken muß. Vom ethischen Standpunkte aus ist jedenfalls nur die erste Handlungsweise als richtig anzusehen."

Was die Frage der operativen Entfernung von derartig eingekeilten Fremdkörpern anbelangt, möchte ich meine Ansicht dahin aussprechen, daß eine sofortige operative Entfernung des Steins angezeigt gewesen wäre. A. a. O. habe ich ausgeführt, daß diese Operationen häufig einen prophylaktischen Charakter haben, daß es aber vorzuziehen ist, durch einen frühzeitigen noch relativ kleinen und einfachen Eingriff schwere Komplikationen zu verhindern, als deren Eintreten abzuwarten und dann unter ungünstigeren Umständen operieren zu müssen. Hölscher, Ulm.

Balneologische Mitteilungen.

Nordseebad Wyk auf Föhr, den 18. Juni. Wenn nicht alle Anzeichen trügen, dürfte die diesjährige Saison eine sehr gute werden. Nach Ausweis unserer „Kurzeitung" sind bis Mitte dieses Monats schon 1735 Personen eingetroffen, eine Zahl, die bis dahin auch nicht annähernd erreicht worden ist. Zudem liegen für die nächste Zeit zahlreiche Anmeldungen vor. Für die Beförderung der Passagiere zwischen der Bahnstation Dagebüll und den Inseln Föhr und Amrum ist ein dritter, in jeder Beziehung aufs schönste und beste ausgestatteter neuer Salondampfer in Fahrt gestellt, was um so erfreulicher ist, als in diesem Jahr der ganze Bahnverkehr nach der letztgenannten Insel über Wyk geleitet wird. Auch nach einer andern Seite hin ist man für die Hebung des Verkehrs tätig, indem man den Bau einer Bahn plant, die nicht nur die Ortschaften der Insel miteinander verbinden, sondern von der Westseite Föhrs (Utersum) durch das Wattenmeer nach Amrum geleitet werden soll. Bei der Herstellung des erforderlichen Bahndammes hofft man auf eine staatliche Unterstützung. Durch die geplante Bahn würde es möglich werden, die drei nordfriesischen Inseln Föhr, Sylt und Amrum mit ihren viel besuchten Badeorten zu jeder Zeit, unabhängig von Ebbe und Flut, zu erreichen.

Bad Pyrmont. Auch in diesem Jahr hat sich der Besuch unseres Bades in ganz bedeutender Weise gehoben, so daß unser Badeort bereits über 600 Kurgäste mehr zählt, als zu gleicher Zeit im Vorjahre. Den Aufschwung haben wir in erster Linie den Neuschaffungen und Erweiterungen des Bades und des Parkes zu verdanken. Aber auch die Neufassungen und Trinkeinrichtungen an den Quellen tragen den modernen und hygienischen Ansprüchen Rechnung. Bei diesen Neueinrichtungen war das Hauptaugenmerk darauf gerichtet, das zum Trinken zu verwendende Mineralwasser nicht mehr, wie bisher, dem Füllschachte zu entnehmen, sondern dasselbe den Trinkgästen so zu bieten, wie es natürlich dem Quellenschachte entströmt. Mit diesen technischen Arbeiten wurde die Specialfirma für Mineralhebewerke W. Göcke in Oelsnitz betraut, die das Problem nach den der Balneotechnik zur Verfügung stehenden, eigenen, modernsten Erfindungen ausführte.

Die Göckeschen Hebewerke befördern vermittels der eigenen Kohlensäure der Quellen den Auftrieb des zur Trinkkur benutzten Mineralwassers unter völligem Abschluß der atmosphärischen Luft und dem geringsten Verlust irgend eines Bestandteils von Mineralstoffen, was durch den Wohlgeschmack und die Kräftigkeit der Quellen bewiesen erscheint.

Neben den in balneotechnischer Beziehung nicht hoch genug zu schätzenden Vorteilen entsprechen diese Hebewerke auch allen Anforderungen der Hygiene und Aesthetik, so daß dieselben neben den anderen bewunderten Neueinrichtungen einen weitern Fortschritt und eine weitere Verschönerung des Bades Pyrmont bedeuten.

Bad Pyrmont. Am 22. Juni 1907 betrug die Zahl der Kurgäste 6923 Personen.

Bad Salzbrunn (Schlesien). Die Zahl der Kurgäste mit Begleitung beträgt bis 18. Juni 1907 2614 Personen, der gemeldete Fremdenverkehr 2390 Personen. Der Gesamtbesuch 5004 Personen.

Vermischtes.

Münster i. W. VII. Hauptversammlung des Verbandes der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen. Im großen Rathaussaal eröffnete der II. Vorsitzende Dr. Max Goltz-Leipzig die Versammlung und begrüßte die zahlreich erschienenen Delegierten. Generalsekretär Kuhns-Leipzig erstattete den Jahresbericht, aus dem hervorgeht, daß der Verband am 1. Mai 19828 Mitglieder — d. h. einen Zuwachs von 1105 — zählt, 260 hat er durch den Tod verloren; er besteht zur Zeit aus 124 Sektionen mit 1237 Vertrauens- und Obmännern und bildet somit ein starkes Gegengewicht gegen die mächtigen Organisationen der Krankenkassenverbände. Gewaltig angewachsen ist der schriftliche Verkehr des Verbandsbureaus: es zählte 54323 Eingänge und 141865 Ausgänge. Eine gute Entwicklung nimmt die Buchhandlung des Verbandes, die letzte Auflage des ärztlichen Taschenkalenders in Höhe von 5000 Stück wurde ausverkauft. Ueberraschend entwickelt sich der Stellennachweis: es gingen 4056 Stellenangebote ein und 3374 wurden vermittelt. Leider ist die Zahl der Medicinstudierenden wiederum gestiegen, von 6080 auf 7219, und es muß immer wieder dringend vom Medicinstudium abgeraten werden. Die Organisation der Aerzteschaft hat bereits den Erfolg, daß viele Krankenkassen heute eine friedliche Einigung mit den Aerzten einem mehr als ungewissen Kampfe vorziehen. Das Verhältnis zwischen Kassen und Aerzten ist eine reine Machtfrage und der jetzige Zustand als bewaffneter Friede zu bezeichnen. Neben den Ortskrankenkassen gehört zu den schärfsten Gegnern der Aerzte der Knappschaftsverband, der immer wieder Zwietracht zwischen die Reihen der Aerzte zu säen sucht, während die Eisenbahnbehörden mehr und mehr den Wünschen nach freier Aerztewahl entgegenkommen. Nach hartnäckigem Kampfe ist es gelungen, mit den großen Reedereien zu einem Vertragsabschluß betreffs Anstellung der Schiffsärzte zu kommen, und auch in Bezug auf die Besoldung der Krankenhausärzte ist ein Fortschritt zu verzeichnen. Immer aber betont der Verband, daß mit den vermehrten Rechten der Aerzte auch dessen Pflichten steigen müssen. In der Besprechung wird festgestellt, daß bei einer Umfrage unter den Knappschaftsärzten über die gesetzliche Einführung der freien Aerztewahl in den Knappschaften unter 1400 Aerzten in Westfalen sich nur 413 gegen sie erklärten und daß in Oberschlesien 70% der Knappschaftsärzte erklärten, daß es auch bei der polnischen Gefahr Mittel und Wege gibt, um die freie Aerztewahl dort einzuführen. Es sind nur noch wenige interessierte ärztliche Kreise, die sich gegen die gesetzliche freie Aerztewahl wenden, und die Redner fanden den allgemeinen Beifall der Versammlung, die die freie Aerztewahl bei den Knappschaften für durchführbar und ersprießlich halten. In den ärztlichen Standesfragen hören nationale Unterschiede auf, die Aerzte als solche haben sich mit wirtschaftlichen Fragen zu beschäftigen, die Politik gehört nicht in die Standesarbeit hinein. Dr. Schütter-Oels begründet in der Militärarztfrage folgenden Antrag: „Den Herrn Generalstabsarzt zu ersuchen, diejenigen Verordnungen, Bestimmungen usw. öffentlich bekannt zu geben, welche sich auf die Ausübung der ärztlichen Praxis seitens der Sanitätsoffiziere beziehen." Der Antrag wird angenommen. Weiter berichtet Dr. Berndt-Stralsund über den jetzigen Stand der Krankenhausarztfrage. Zum Schluß finden die satzungsgemäßen Wahlen zum Vorstand und Aufsichtsrat statt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P Meißner

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 8. Juli 1907. **Nr. 27.**

Die „Medicinische Woche“ erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne vorherige Genehmigung nicht gestattet. — Nachdruck der Rundschau und der Mitteilungen ist nur mit Quellenangabe gestattet.

Originalien.

Einiges über die Wrightsche Opsorintheorie und deren praktische Verwendung.

Zusammenfassender Bericht von **Karl Vogt,**
Erster Assistent am Institute für Pharmakologie und phys. Chemie zu Rostock.

Wohl auf keinem anderen Gebiete der medicinisch-naturwissenschaftlichen Erkenntnis haben die letzten Jahrzehnte so überraschende Resultate gezeitigt, wie auf dem Gebiete der Lehre vom Blute im kranken und gesunden Organismus. Und es hat sich dabei herausgestellt, daß das Blut in der Tat „ein ganz besonderer Saft“ ist, und, daß die religiös-mystischen Vorstellungen, die das Mittelalter und das Altertum mit dem Blute verband, in mancherlei Sinne nur dunkle Vorahnungen und ungelöste Rätselfragen für das waren, was uns heute im Lichte der modernen Naturwissenschaft, wenngleich des Wunderbaren entkleidet, sich als eines der subtilsten Kabinettstückchen aus dem großen Atelier der Natur darstellt; und zwar als ein Stück Arbeit, das vom medicinisch-ärztlichen Standpunkte unser besonderes Interesse erheischt, als gerade die Erkenntnisse der letzten Jahrzehnte dargetan haben, daß das Blut neben seinen wichtigen Beziehungen zu dem Chemismus des Organismus, zu dem Stoffwechsel, eine hohe Bedeutung für die Erhaltung des Individuums beim Kampfe gegen Infektionskrankheiten besitzt. Diese Schutzmaßregeln, die hier geschaffen sind, bestehen, um das in aller Kürze vorweg zu nehmen, darin, daß dem Blutplasma, resp. Serum, die Kraft innewohnt, kleinere Mengen einer ganzen Anzahl von Bakterienarten, die für den Organismus pathogen sind, wenn sie auf irgend welche Art in den Körper eingedrungen sind, unschädlich zu machen, so daß es zu einer eigentlichen Infektion gar nicht kommt. Findet trotz dieser ersten Schutzmaßregel doch eine Infektion statt, so wirken die Bakterien und deren Toxine geradezu in dem Sinne auf das Blutplasma, daß sie es zur größeren Produktion von Schutzstoffen anregen. Und endlich sind dann, wenn der Körper die Infektion überwunden hat, in einer ganzen Reihe von Fällen soviel solcher Schutzstoffe produziert, daß der Organismus nunmehr eine erheblich größere Menge von Bakterien, resp. deren Toxinen, aufzunehmen vermag, ohne darauf im mindesten zu reagieren. Diesen Zustand bezeichnen wir als Immunität. Daß die Erwerbung einer Immunität eine sehr vorteilhafte Maßregel ist, ist wohl ohne weiteres klar. Denn naturgemäß ist die Möglichkeit einer Neu-Infektion (einer sog. Reinfektion) mit denselben Bakterien kurz nach dem Ueberstehen einer Infektionskrankheit eine recht große, und wenn sie dennoch zu den Seltenheiten gehört, so ist das eben eine Folge der durch die Krankheit erworbenen Immunität.

Vom anatomischen Standpunkte stellt das Blut eine Art Gewebe dar. Wir haben in einer homogenen Grundsubstanz, die in diesem Falle flüssig ist, dem Blutplasma, farblose Zellen suspendiert, die sog. weißen Blutkörperchen, die Leukocyten. Außerdem finden sich in dem Plasma in sehr großer Menge (vier bis fünf Millionen im cmm) die roten Blutkörperchen aufgeschwemmt. Diese stellen keine eigentlichen Zellen dar — bei den Säugetieren wenigstens —, sondern können nur als Zellprodukte aufgefaßt werden, da sie des wesentlichsten Charakteristikums der Zelle, des Zellkerns entbehren. Für unsere Betrachtung haben sie keine sehr große Bedeutung. Vermöge des eisenhaltigen Farbstoffes, des Haemoglobins, das zum Sauerstoff der Luft eine große Affinität besitzt, haben sie die wichtige Aufgabe, den Organismus mit Sauerstoff, d. h. dem Material, das die Stoffwechselvorgänge in den Geweben überhaupt erst ermöglicht, zu versehen. Damit ist aber ihre Bedeutung im wesentlichen erschöpft.

Anders aber verhält es sich mit den beiden erstgenannten Komponenten des Blutes, deren Aufgaben im Haushalte des Organismus keineswegs so eindeutig sind.

Dem Blutplasma kommt zunächst — um das in aller Kürze zu erwähnen — die Bedeutung zu, für den Transport aller für den Chemismus der Gewebe notwendigen Materialien bis zu den einzelnen Zellen hin zu sorgen, so daß diese die für sie notwendigen Stoffe aus ihm entnehmen und ihre Abfallsprodukte an es abgeben können. Damit ist aber seine Bedeutung noch keineswegs erschöpft. Im Gegenteil.

Das Blutplasma besitzt außerdem eine starke Reaktionsfähigkeit gegenüber Giftstoffen, die in den Organismus und somit auch in das Blut eingedrungen sind. Denn die Flüssigkeit, die sich in den Saftlücken der Gewebe im ganzen Organismus verteilt befindet, die Lymphe, steht durch die dünnen Wände der Blutcapillaren in innigster Verbindung mit dem Blute und ist letzten Endes nichts viel anderes als das Blutplasma selbst.

Die Giftstoffe, denen gegenüber diese Reaktion des Blutes in exquisiter Weise existiert, sind, anscheinend wenigstens, nur bestimmte, nämlich giftige Eiweißkörper und Eiweißspaltungsprodukte, Toxalbumine, Toxalbumosen und vor allem Bakteriengifte, die wir wohl aber, wenn auch diese Gifte chemisch noch nicht sicher identifiziert sind, zur Klasse der Gift-Eiweiße im weiteren Sinne rechnen können.

Der Zweck dieser Reaktion des Blutserums — wenn wir dies für einen Augenblick vom teleologischen Standpunkte aus betrachten dürfen — läuft darauf hinaus, diese Gifte für den Körper unschädlich zu machen, was natürlich den Bakteriengiften gegenüber von der größten Wichtigkeit ist, da mit einer einfachen Ausscheidung des Giftes durch die Nieren, den Darm usw., wie das sonst bei den meisten Giften geschieht, nicht viel gedient ist, weil ja die Bakterien in der Lage sind, andauernd neues Gift zu produzieren.

Daher mußte der Säugetierorganismus, wenn anders er in dem Kampfe mit den Bakterien nicht von vornherein rettungslos zu Grunde gehen sollte, die Eigenschaft in sich ausbilden, diese Bakterientoxine durch eine chemische Bindung unschädlich zu machen.

Es ist leicht einzusehen, daß für den Ort, wo diese Bindung der Bakteriengifte vor sich geht, das Blutplasma am vorteilhaftesten war, wegen seiner ubiquitären Verbreitung im ganzen Organismus.

Ueber die Art, wie diese Bindung der Giftstoffe sich vollzieht, existieren verschiedene Hypothesen, von denen die Ehrlichsche Seitenkettentheorie ein recht plausibles und anschauliches Bild für diese immerhin recht komplizierten Verhältnisse geschaffen hat.*)

*) Diese Theorie besagt in aller Kürze ungefähr folgendes: An einem großen Eiweißmolekül finden sich verschiedene Seitenketten; an diese verankern sich die Toxine und man mag sich das so vorstellen, daß das Toxin auf die Seitenkette etwa wie der Schlüssel ins Schlüsselloch paßt. Die Bindung Toxin-Seitenkette ist dann ungiftig. Die Seitenketten können sich auch von dem großen Molekül loslösen und als freie Seitenketten im Blute vorhanden sein.

(Fortsetzung folgt.)

Aus dem chirurgisch-orthopädischen Institut des Dr. med. J. D. Ghiulamila in Bukarest.

Die Grundsätze der modernen tragbaren orthopädischen Apparate.

Von Dr. **J. D. Ghiulamila**,
bisher Assistent an der Prof. Dr. A. Hoffaschen Klinik, Berlin.

(Schluß.)

Nachdem wir nun die Grundsätze kennen gelernt haben, auf die sich die therapeutische Wirkung der modernen orthopädischen Apparate stützt, und die Bedingungen, unter denen sie praktisch verwertet werden können, muß ich noch einige Worte über die Einwendungen hinzufügen, die gegen die ambulante Apparatentherapie im allgemeinen von vielen Aerzten vorgebracht werden.

Oft habe ich besonders im Orient die Aeußerung fallen hören, daß die orthopädischen Apparate die Muskel zur Atrophie bringen. Ich sah Difformitäten, die man bis zum höchsten Grade sich entwickeln ließ, ohne irgend ein Hemmungsmittel anzuwenden, weil nach der Ansicht der Aerzte letztere eine Atrophie der Muskel zur Folge haben könnten. Da ich nun in dieser Arbeit auf die Heilgrundsätze der orthopädischen Apparate hinwies und deren Nutzen streifte, so will ich der Vollständigkeit halber auch diese durchaus unbegründete Einwendung, die gegen die Apparatetherapie in unwissentlicher oder absichtlicher Weise erhoben wird, erwähnen.

Jedermann weiß, daß ein Organ oder eine Extremität atrophisch wird, wenn diese nicht funktionieren; ebenso werden gelähmte Muskeln atrophisch, weil sie nicht funktionieren können.

Es ergibt sich hieraus, daß, wie auch die Behandlung mittels Apparaten bei den vorhin erwähnten Leiden sei, insofern wir die Muskel funktionsfähig machen, dies unmöglich in denselben irgend welche Atrophie oder Schwäche veranlassen müsse.

Allein nicht alle wollen dies einsehen; so z. B. wird, um die Retentionsapparate zu erwähnen, behauptet, daß die Behandlung der Gelenktuberkulose im Bett mittels Extension keine Atrophie erzeuge, während die Muskeln in den Apparaten atrophisch werden sollen.

Dies ist eine einfache Behauptung, deren wirkliche Richtigkeit selbst von jenen, die sie aufstellen, niemals kontrolliert worden ist. Ich sah koxitiskranke Kinder, die jahrelang unbeweglich im Bett behandelt worden sind und deren Muskulatur nicht besser war als in jenen Fällen, die in ambulanten Apparaten behandelt worden sind. Aber selbst wenn die Apparate die Muskulatur ein wenig schwächen sollten, so wäre dies kein Grund, dies wertvolle Heilungsmittel zu beseitigen, mittels dessen wir den Kindern Luft und Freude gewähren können, Faktoren, die für die Heilung wertvoller sind als einige Zentimeter Muskulatur, die wir auch nachher, nach der Heilung des lokalen Prozesses, rasch und leicht wieder herstellen können.

Soll man denn auf die Reduktion einer kongenitalen Hüftluxation verzichten, nur darum, weil das Kind drei bis vier Monate in einem engen Verband verweilen muß, was eine bedeutende Atrophie der Muskeln verursachen kann? Darf uns denn diese Unannehmlichkeit hindern, der Reposition der Luxation zu entsagen und an die Muskelatrophie zu denken, die ja rasch durch Massage und Gymnastik wieder gut gemacht werden kann?

Verwenden heute nicht alle Chirurgen fixierende Gipsverbände bei der Behandlung der Koxitiden? Um so eher

---

Feuilleton.

Allerlei vom Aerztetage.

Von Dr. **M. Cohn** (Berlin-Charlottenburg).

Die diesjährige Reise zum Aerztetage hat wohl so mancher Delegierte nicht ohne ein Gefühl des Unbehagens angetreten. Einmal hielt man die Wahl des Versammlungsortes für keine sehr glückliche; Münster in Westfalen galt für eine unfreundliche, ungastliche, jegliches Behagens für den gebildeten Mitteleuropäer entbehrende Stadt, die Stelle aus dem alten Studentenliede: „Aber in Münster, da ist es finster", lag noch allen im Sinn. Auch die veröffentlichte Tagesordnung des Aerztetages erweckte wenig Befriedigung: die wichtige kassenärztliche Frage fehlte ganz, andere weniger bedeutsame Dinge prävalierten, und die Regelung der Verhältnisse zu den Lebensversicherungen erschien wenig aussichtsvoll, da verlautete, daß im Geschäftsausschuß selbst eifrige Gegner der aufgestellten ärztlichen Forderungen säßen.

So waren die Auspizien wenig günstige, aber um es gleich von vornherein zu sagen, alle Besorgnisse erwiesen sich als unbegründet, und es wird wohl kaum einen Delegierten geben, der nicht mit vollster Befriedigung an die in Münster verlebten Stunden und an den Aerztetag selbst zurückdächte.

Beginnen wir mit den Verhandlungen. Noch in letzter Minute war vom Geschäftsausschuß im Hinblick auf die in Aussicht stehende Novelle zum Krankenversicherungsgesetz eine Resolution beantragt worden, die in deutlicher Sprache noch einmal die bekannten Anschauungen der Aerzteschaft präzisierte. Nicht unwidersprochen gelangten diese Thesen zur Annahme. In offener, ehrlicher, durchaus anzuerkennender Weise legten einige Knappschaftsärzte ihre abweichenden Anschauungen dar. Neu waren allerdings ihre Gegenargumente nicht: all die unzählige Male wiederlegten Ladenhüter der „prinzipiellen Anhänger" der freien Aerztewahl mußten nochmals herhalten. Trotzdem glauben wir, daß die Debatte, die im allgemeinen in recht vornehmer und sachlicher Art geführt wurde, doch wohl einige Gegner überzeugt hat. Hörten wir doch zum Schluß der Tagung, daß die festangestellten Aerzte aus dem rheinisch-westfälischen Kohlenrevier sich bereit erklärt hätten, bei genügender Garantieleistung für die Einführung der freien Arztwahl eintreten zu wollen.

Sehr überraschend verlief die Verhandlung über den Vertrag mit den Lebensversicherungen. Vor Beginn der Tagung hieß es, es wäre eine große Mißstimmung gegen die Berliner vorhanden, da dieselben durch ihr energisches Festhalten an ihren Forderungen gegenüber den Versicherungsgesellschaften angeblich den Versuch machen wollten, den Aerztetag zu terrorisieren. Bald aber zeigte sich, daß die überwältigende Mehrheit der Delegierten nicht nur den Berliner Forderungen beitrat, sondern noch über dieselben hinausging, indem sie neben



können wir also die abnehmbaren Apparate verwenden, die ihre besonderen Indikationen haben und die nun auch die Berücksichtigung der Muskulatur gestatten.

Von den Apparaten, die zu gleicher Zeit redressieren und stützen, ist die Verwendung der Korsette bei der Skoliose angegriffen und kritisiert worden, unter der Behauptung, daß sie die Muskulatur schwächen.

Gewiß haben die Muskeln ihre Hauptrolle sowohl bei der Entstehung einer Skoliose, wie bei ihrer Geraderichtung; es muß in erster Reihe für die Muskulatur gesorgt werden, wenn wir eine Skoliose behandeln.

Allein wie viele Skoliosenfälle können wir in den Anstalten behandeln, wo das Kind Jahre hindurch Tag und Nacht mit den anderen Mitteln behandelt wird? Die größte Mehrzahl der Skoliosenfälle wird in der ganzen Welt intermittent mittels Massage, Gymnastik, Redression etc., ein bis zwei Stunden täglich, manchmal zwei bis drei Stunden wöchentlich behandelt. Ist dies ausreichend, um eine schwere Skoliose zu heben oder deren Fortschreiten zu verhindern? Verliert der Kranke nicht morgen oder übermorgen, was er heute gewonnen hat?

Gewiß geschieht die Behandlung der Skoliosenfälle nach bestimmten wissenschaftlichen Grundsätzen, nicht nur mit dem Korsett allein, jedoch spielt dieses eine wichtige Rolle, auf die wir nicht verzichten können, nur weil es die Muskeln schwächt. Und dies umsoweniger, als die rationelle Verwendung eines gutgearbeiteten Korsettes die Muskulatur kaum beeinträchtigt. Wissen wir nicht, wie und wann das Korsett bei der Skoliose angewendet werden soll, dann können auch sämtliche anderen Behandlungsmethoden überflüssig sein. Müssen wir doch in den meisten Fällen, in denen wir infolge der Verhältnisse der Kranken nichts anderes tun können, das Verlangen des Kranken erfüllen, und an Stelle eines muskelstarken, aber in Deviation befindlichen Körpers einen mittels Korsett gerade gestellten, proportionellen, wenn auch muskelschwachen Körper vorziehen.

Ich gelange nun zur dritten Gruppe von Apparaten, zu den Prothesen, die in Lähmungsfällen indiziert sind und von einigen als unheilvoll verworfen werden. Hat aber jemand ein von einer Kinderlähmung befallenes Kind, das keine Apparate trägt und mit einer starken Muskulatur versehen ist, gesehen? Sind genaue Untersuchungen angestellt worden, um festzustellen, inwiefern die Apparate die Muskeln in höherem Grade schwächen?

Was ist das Resultat der Nichtverwendung der Apparate? Eine Atrophie und eine Difformität dazu. Ich könnte sogar mit voller Ueberzeugung behaupten, daß bei den Kinderlähmungen, bei denen die Behandlung rationell mit den anderen physischen Heilmitteln und mit den Apparaten fortgesetzt wird, die Muskeln viel mehr von ihrem Umfang behalten und die ergriffenen Gliedmaßen eine normale Form aufweisen.

Ich habe jüngst ein mit Kinderlähmung behaftetes Kind behandelt, dessen ganze Gruppe der Adduktoren am linken Schenkel ergriffen war, so daß es nicht aufrecht zu stehen imstande war. Das Becken war nach einer Seite geneigt, während andere Muskelgruppen retrahiert waren. Um die Extremität in eine richtige Lage zu versetzen, habe ich sie redressiert und einen Gipsverband um Schenkel und Becken gebracht, den das Kind einen Monat lang anbehielt. Als ich dann den Verband abnahm, sah ich, daß das Kind ohne Mithilfe aufrecht stehen konnte, ja noch mehr, ich stellte fest, daß die Adduktoren, die früher gar nicht mehr funktionsfähig waren, sich ein wenig kontrahierten und den Schenkel nicht mehr nach außen abweichen ließen. Wie ist dies zu erklären? Es ereignete sich ein den Spezialisten wohlbekannter Vorgang. Die Muskeln waren während der Lähmung übermäßig ausgedehnt, denn das Kind hat, weil es keinen Apparat trug, sich auf allen Vieren fortbewegt; als sie aber wieder ihre Kontraktilität erlangten, war ihre Dehnung zu groß und der Nervenstrom zu schwach, so daß sie sich nicht kontrahieren konnten. Im Verbande gab ich ihnen normale, sogar geringere Dimensionen, da ich den Schenkel in gezwungene Adduktion brachte, die Muskeln retrahierten sich, der nervöse Strom hatte eine größere Wirkung, die Kontraktion kam leichter zu stande. Oft muß in solchen Fällen ein Teil der Sehne eines gelähmten und ausgedehnten Muskels reseziert werden, damit er normale Längendimensionen erhalte, — dann ist die elektrische Behandlung nutzbringender, da die Kontraktilität wieder eintreten kann. Auch bei diesem Kinde meinten die meisten Aerzte, die es behandelt, daß keine Apparate verwendet werden sollten, da das Kind dann nimmer gehen werde; die Erfahrung lehrte, daß das Kind mit einem einfachen Gipsverband gehen konnte; später ging es auch ohne denselben.

Wir sahen ja, daß in den Grundsätzen der modernen Apparatentherapie auch dies nicht übergangen wird. Die alten Apparate waren am Körper durch Bänder befestigt, die sich besonders um die Weichteile zogen und dadurch lokale Atrophie und Kreislaufstörungen verursachten; die modernen Apparate stützen sich wesentlich auf die hervorragenden Knochen-

---

dem Hausarzttattest auch dem vertrauensärztlichen Attest eine Gebührenerhöhung zusprach. Der Widerspruch gegen diesen bei der heutigen allgemeinen Preiserhöhung durchaus berechtigten Anspruch ging eigentlich nur von zwei sehr angesehenen Mitgliedern des Geschäftsausschusses aus, deren Stellung als Direktionsärzte bei großen Versicherungsgesellschaften ihre Anschauungen allerdings nicht ganz objektiv erscheinen ließ.

Neben diesen beiden großen Thematen hatten die anderen Gegenstände der Tagesordnung nur geringes Interesse. Daß der Aerztetag wieder ein Kurpfuschereiverbot forderte, war uns nicht erstaunlich; verwunderlich war nur die fast einstimmige Annahme dieser Forderung, die sich wohl nur aus ihrer völligen Aussichtslosigkeit erklären läßt.

Die Sitzungen waren recht ausgedehnt, der Raum aber, in dem die Tagung stattfand, der alte, gotische, holzgetäfelte Rathaussaal, ein so anheimelnder, daß man über die naturgemäße Ermüdung leichter hinwegkam. Und konnte man dies im Saale selbst nicht, so wurde man bald wieder frisch, wenn man hinaustrat auf die Straße, die Häuser sah mit den altertümlichen Giebeln und den traulichen Bogengängen, die stattlichen Türme der schönen Kirchen, die herrlichen Parkanlagen, die Münster zieren und es zu einer überraschend schönen und anheimelnden Stadt machen. Das Leben in Münster scheint ein recht gemütliches zu sein, das Straßenbild wird belebt durch die vielen farbentragenden Studenten der aufblühenden Universität, deren medicinische Fakultät allerdings nur ein Torso ist, die aber zweifellos in nicht allzu langer Zeit ausgebaut werden wird.

Der gesellige Teil des Aerztetages verlief sehr angeregt. Beim Festmahl, das im städtischen Theater stattfand, und uns westfälische Nationalgerichte in trefflicher Herstellung bot, erregte der nun schon traditionell gewordene Damentoast von Dippe (Leipzig), wie alljährlich, stürmischste Heiterkeit. Die Stadt Münster veranstaltete einen sehr harmonisch verlaufenen opulenten Empfang im Rathause, der schließlich sich zu einem feuchtfröhlichen, vom Oberbürgermeister präsidierten Kommers gestaltete, bei dem auch die Gäste mit Begeisterung in das oftmals gesungene Westfalenlied einstimmten:

O wu schön is mien Westfaolen,
Löchtest wiet, mien Heimaotland.

Am Sonntag nach dem Aerztetag fand ein Ausflug in die schöne Umgebung von Münster statt, der zahlreiche Teilnehmer hatte, und schließlich vereinigte sich noch am Montag eine Anzahl von Herren zu einem Besuche von Düsseldorf, wohin der Magistrat dieser Stadt zur Besichtigung der Krankenanstalten und der neu zu eröffnenden Akademie eingeladen hatte. Wir aber dampften bereits am Sonntag früh mit einigen Berliner Kollegen der Heimat zu, tauschten Erinnerungen aus, besprachen die Ergebnisse der Tagung und waren einig in der Anerkennung dessen, was uns Münster, seine Behörden und die Einwohnerschaft an schönen, genußreichen Stunden bereitet hatte.

---

teile, die Muskeln sind von Hülsen bedeckt, die weder drücken noch schnüren, denn sie bedecken eine große Oberfläche. Sie können jederzeit entfernt werden, so daß auch den Muskeln die nötige Aufmerksamkeit geschenkt werden kann.

Die Resultate der modernen Apparatentherapie hängen von dem Bau der Apparate und noch mehr von deren Indikation ab. Ein Arzneimittel kann eine Krankheit heilen, wenn wir wissen, wann und wie es verwendet werden soll; wird es nicht richtig verwendet, so kann es den Kranken schädigen. Genau so verhält es sich mit der Apparatentherapie. Deshalb sagte ich schon im Eingange, daß der orthopädische Chirurg nicht nur ein Bandagist sein muß, sondern ein guter Chirurg mit speziellen Eigenschaften, der genaue Indikationen haben und sämtliche Behandlungsmethoden kennen muß — nur auf diese Weise wird er gute Resultate erzielen können.

Kongressbericht.

Sechzehnte Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft.

(Fortsetzung.)

21. Hr. M. Wassermann-München: Die Bedeutung des Röntgenverfahrens für die Diagnose der Kieferhöhlen-, Siebbein- und Stirnhöhlenerkrankungen.

W. empfiehlt die Anwendung des Röntgenverfahrens für den Ueberblick erkrankter Nebenhöhlen als zuverlässige Methode, in sicherer und schnellerer Weise als bisher den Erkrankungsherd zu finden. Vor allem gelingt mittels des Skiagramms die oft schwierige Differentialdiagnose zwischen Stirnhöhleneiterung und Siebbeinerkrankung oder Kombination beider am ersten Tage unserer Behandlung, während bei den bisherigen Methoden oft wochenlange Beobachtung notwendig war und bei enger Nase manchmal überhaupt nicht zum Ziele führte. In allen Fällen zeigten sich die Anhaltspunkte, die durch das Röntgenverfahren gegeben waren, als wertvoll, insofern der positive Eiterbefund und die pathologisch verdickte Schleimhaut den operativen Eingriff als gerechtfertigt erwies. Aber nicht nur hinsichtlich der Wahl des Eingriffs, sondern auch hinsichtlich der Methode, namentlich der Stirnhöhlenoperation, ist das Verfahren von Wichtigkeit. Die Aufnahmen sind aber auch berufen, unsere Operationsresultate zu kontrollieren, insofern sich bei Heilungen wieder Aufhellungen früher erwiesener Trübungen zeigen.

22. Hr. Winckler-Bremen: Röntgenaufnahmen der Warzenfortsatzgegend.

W. zeigt, daß man aus Röntgenaufnahmen in occipito-frontaler, wie auch in transversaler Richtung prognostisch wichtige Schlüsse über die Lage des Sinus, die Dicke des Tegmen tympani, die pneumatische, spongiöse oder kompakte Beschaffenheit des Warzenfortsatzes, ziehen kann, und daß unter günstigen Umständen sogar Sequester nachweisbar sind. Auch Abscesse, namentlich des Schläfenlappens, sollen mittels Röntgenstrahlen vor der Operation untersucht werden.

23. Hr. A. Hartmann-Berlin demonstriert einen kleinen Instrumentenschrank und ein einfaches Phantom für rhinologische, laryngologische und bronchoskopische Uebungen.

24. Hr. Siebenmann-Basel: Ueber Osteomyelitistaubheit.

S. spricht auf Grund von vier fremden und drei eigenen neuen Beobachtungen über das seltene und interessante Krankheitsbild der beiderseitigen Ertaubung, welche im Gefolge von Osteomyelitis der langen Röhrenknochen auftritt.

25. Hr. Siebenmann-Basel: Demonstration von Taubstummenlabyrinthen.

S. zeigt Präparate und Abbildungen von anatomischen Labyrinthveränderungen, welche er im Vorhof und Schnecke gefunden hat bei einem an Retinitis pigmentosa leidenden, von Prof. Lembcke während des Lebens geprüften Taubstummen. Diese Veränderungen sind bisher noch nicht beschrieben worden, aber auf Grund der funktionellen Prüfungsergebnisse bei einer kleinen Zahl derartiger Taubstummer hat Bezold, wie S. nachweist, richtig vorausgesagt, welcher Art diese anatomischen Störungen sein dürften. Das Mitergriffensein des statischen Apparates charakterisiert diese Gruppe der mit Retinitis pigmentosa kombinierten Form von Taubheit.

26. Hr. Wittmaack-Greifswald: Ueber Schädigungen des Gehörorganes durch Schalleinwirkung.

W. demonstriert mikroskopische Präparate über experimentell erzeugte pathologische Veränderungen im Gehörorgan nach Schädigung desselben durch Schalleinwirkung. Es ist ihm gelungen, sowohl durch kontinuierliche als auch durch kurz dauernde intensive, in nächster Nähe des Ohres erzeugte Schalleinwirkung sehr deutliche Veränderungen im Gehörorgan bei Meerschweinchen experimentell hervorzurufen. Hierdurch war er in die Lage versetzt, den sich hierbei abspielenden pathologischen Prozeß in seiner allmählichen Entwicklung und in seinen verschiedenen Nuancen an einem großen Material — rund 90 Meerschweinchen — genau zu studieren. Es handelt sich im wesentlichen um eine Alteration des Neurons, der in der großen Mehrzahl der Fälle sekundäre Rückbildungsprozesse im Cortischen Organ folgten. Dementsprechend hält W. die Bezeichnung „Professionelle, bezw. Detonationsneuritis" des Hörnerven für den analogen Erkrankungsprozeß des menschlichen Gehörorganes für die zweckmäßigste.

(Schluß folgt.)

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Schlesische Gesellschaft für vaterländische Cultur.

Sitzung vom 22. März 1907.

Vorsitzender: Herr Uhthoff, Schriftführer: Herr Rosenfeld.

1. Diskussion über den Vortrag des Herrn Kobrak: „Ueber Allgemeininfektion bei akuten Mittelohrentzündungen". Herr Ephraim wendet sich gegen die Uebertragung der bakteriellen Befunde auf das praktische Gebiet; auch sei die Agglutination nicht spezifisch. Nach einigen einschränkenden Bemerkungen des Herrn Brieger hält Herr Kobrak im Schlußwort seine Ansichten aufrecht.

2. Herr Rosenfeld: „Ueber die Behandlung der chron. Diarrhoe und Obstipation". Der Vortr. bespricht im wesentlichen die diätetische Behandlung, die bei der Diarrhoe eine dauernde Beruhigung des Darmes bezwecken soll. Rotwein, bes. Burgunder, und konzentrierter Alkohol haben nur vorübergehenden Erfolg. Die Hauptschädigungen für den Darm sind: Fleisch, Butter und Milch. Gestattet sind nur Fleischbrühe und Pflanzenkost. 100 g Reis, 200 g Schokolade und 300 g Zwieback ergeben 320 + 880 + 960 = 2160 Kalorien. Diese Ernährung kann 4 — 7 Tage durchgeführt werden, dann wird etwas Fleisch (Huhn, Taube, Kalbsmilch, Schinken) zugesetzt; später Butter und zuletzt Milch. Bei Komplikationen mit Magenleiden bildet die Anacidität keine Schwierigkeit, da hierbei dieselbe Kost indiziert ist. Dagegen entsteht bei Hyperacidität gewissermaßen eine Zwickmühle. Mitunter kommt man mit Sahne zum Ziel. Sonst gibt man die strenge Diät und macht hohe Darmwaschungen; dadurch tritt für 2 Tage Verstopfung ein. Innerlich gibt man kohlens. Kalk.

Von dem Wesen der chron. Obstipation kann man sich pathologisch-anatomisch schwer eine Vorstellung machen. Nur wenn Diarrhoe und Obstipation wechseln, kann man es für eine lokalgebliebene spastische Reizung des Darmes ansehen; oder im anderen Falle als anastaltische Bewegung des Mastdarmes. Durch diätetische Mittel (grobes Brot, saure Milch, Obst etc.) oft guter Erfolg, aber nur Notbehelf. R. gibt dieselbe Diät wie bei Diarrhoe und hat immer gute Resultate.

3. Diskussion über den Vortrag des Herrn Strümpell: Ueber die Beziehungen der Tabes dorsalis zu Krankheiten des Herzens und der Aorta.

Herr Förster: Seit 8 Tagen sind 3 Fälle im Allerheiligen-Hospital zur Autopsie gelangt, die die Angaben des Herrn Vortr. bestätigen. Bei Progress. Paralyse sind entzündliche Erscheinungen in den Gefäßen nachgewiesen, und bei der Tabes im Rückenmark, nicht bloß in den Hintersträngen. Die spezifische Behandlung, die von Erb sehr empfohlen wird, hat ihm in 2 Fällen sehr gute



Dienste geleistet. Besonders die lanzinierenden Schmerzen werden durch Kalomel-Injektionen aufgehoben.

Herr Uhthoff: Pupillenstarre ist nicht absolut beweisend. Es gibt Fälle, in denen spezifische Infektion dieses Symptom hervorruft, ohne daß Tabes dann auftritt. Auch Alkohol- und Nikotin-Mißbrauch können schuld sein. Hg-Behandlung bei Opticus-Atrophie kann er nicht so absprechend beurteilen, wie der Vortragende. Im Schlußwort verwahrt sich Herr Strümpell dagegen, daß er die Hg-Behandlung absolut verworfen hätte. In einzelnen seltenen Fällen habe er auch Erfolge gesehen. Peritz.

Sitzung vom 10. Mai 1907.

Vorsitzender: Herr Uhthoff, Schriftführer: Herr Rosenfeld.

Der Vorsitzende widmet Herrn Prof. Magnus einen ehrenvollen Nachruf.

Vor der Tagesordnung demonstriert Herr Zieler einen Fall von Lupus erythematodes des Gesichts und der Schleimhäute. Auf der Lippe hat sich seit vier bis fünf Monaten ein Carcinom entwickelt.

Herr Hinsberg: Ueber Diagnostik und Therapie der Eiterungen des Ohrlabyrinths.

Labyrintheiterungen entstehen meist dadurch, daß vom Mittelohr Infektionserreger eindringen; die Knochenwand muß perforiert sein, entweder durch Trauma oder durch Zerstörung seitens der Eiterung selbst. Ursachen sind Cholesteatome, Tuberkulose oder Scharlach-Eiterung; manchmal auch Sequesterbildung. Der Durchbruch des Eiters bedingt Lebensgefahr. Die funktionellen Symptome der Eiterung sind prägnanter als die objektiven, und zwar besonders die Ausfallsstörungen, sowohl bei der Gehörfunktion, wie bei den statischen Erscheinungen; so tritt bei Schneckenerkrankung Taubheit stärker in Erscheinung als Sausen. Bei Vorhofeiterung ist Reizung stärker als Ausfall.

Der Vortr. stellt drei Fälle vor: 1. Junges Mädchen mit doppelseitiger Taubheit nach Scharlach; nach drei Jahren erst traten bedrohliche Erscheinungen auf. 2. Mädchen mit Otitis med. (wahrscheinlich tuberculosa); vier Wochen nach Operation zeigten sich Labyrinthsymptome. 3. Knabe mit Cholesteatomerkrankung und intermittierenden Schwindelanfällen. — Ausfallserscheinungen treten nur auf, wenn beiderseits der statische Apparat zerstört ist. Symptome sind: Umfallen bei geschlossenen Augen, ferner das Unterbleiben des Schwindelgefühls beim Drehen auf dem Karussell oder der Drehscheibe. Bei einseitiger Labyrinthzerstörung sind scheinbar keine Störungen; aber genaue Untersuchungen ergeben doch Ausfallserscheinungen, und zwar bei komplizierten Bewegungen, wie beim Hüpfen mit einem Bein, vorwärts und rückwärts etc. (Krotoschiner). Bei Verdacht auf Labyrintheiterung ist Anamnese sehr wichtig. — Die Operation ist wegen Meningitis sehr gefährlich. Bei 77 Operierten kamen 3 Todesfälle = 4% vor; bei unoperierten 26% Mortalität. Schwierigkeit bietet auch der Verlauf des Facialis mitten durchs Operationsfeld.

Diskussion: Herr Bönninghaus hat in vielen operierten Fällen keine Labyrintheiterung gefunden.

Herr Görke: Andere Statistiken weichen doch erheblich von denen des Vortr. ab; ebenso ist auch Prognose und Diagnose nicht sicher zu stellen wegen der individuellen Verschiedenheiten. Wirklicher Schwindel ist weder Reiz- noch Ausfallserscheinung, kommt hier, wie dort vor. Dann heilen auch viele Fälle spontan aus, die gar nicht zur Kenntnis gekommen sind.

Nachdem noch die Herren Brieger, Ephraim und Mann sich an der Diskussion beteiligt hatten, gibt Herr Hinsberg in seinem Schlußwort zu, daß oft Selbstheilungen vorkommen, hält es aber doch für sehr gefährlich, zu warten. Peritz.

Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynaekologie zu Berlin.

Sitzung vom 14. Juni 1907.

Vorsitzender: Herr Olshausen.

Demonstrationen.

I. Herr Orthmann:

1. Fall von Retroflexio uteri gravidi mit konsekutiver Gangrän der Blasenschleimhaut. Aufrichtung des Uterus in Narkose, Heilung der Blase und Fortbestand der Gravidität. Gleichzeitig fand sich bei der Patientin ein angeborener anus vestibularis.

Diskussion: Herr Olshausen empfiehlt zur Behandlung der Blasengangrän Spülungen mit Wasserstoffsuperoxyd in $^1/_2$ bis 1%iger Lösung.

2. Vier Fälle von akut rupturierten Tubargraviditäten aus dem ersten bis dritten Monat, durch Colpotomia anterior operiert. In allen Fällen Genesung.

Vier Fälle von Tubarabort mit Bluterguß, vaginal operiert, genesen.

Vier Fälle mit großen Haematocelen, vaginal operiert, genesen.

II. Herr Jolly:

1. Fall von Uterusruptur. Der Kopf stand in tiefem Querstand, als die Patientin plötzlich collabierte. Da das Kind abgestorben war, Perforation. Es fand sich nunmehr ein rechtsseitiger perforierender Cervixriß. Tamponade, Einlieferung in die Klinik, Exitus. Bei der Sektion fanden sich die Därme belegt, im rechten Parametrium ein großes Haematom. Eigentümlich an dem Fall ist, daß die Ruptur eingetreten ist, nachdem der Kopf schon längst im Becken stand, und daß keine Blutung nach außen auftrat. Bezüglich der Nomenclatur empfiehlt J. statt der Bezeichnung inkomplette Ruptur: subperitoneale Ruptur.

Diskussion: Herr Keller hat einen ganz analogen Fall bei normaler Schädellage beobachtet, in dem es sogar gelang, ein lebendes Kind zu erzielen.

Herr Olshausen hat schon mehrere Fälle von Rupturen bei ins Becken getretenem Kopf beobachtet. Diese Fälle sind aber recht selten und ihre Entstehung ist schwer zu erklären.

Herr Baur hat sieben Fälle von Uterusruptur mit konservativer Behandlung mittels Compressivverband am Leben erhalten können.

2. Hydrocephalus mit Gaumenspalte und Schwanzbildung.

III. Herr Strassmann: Darm-Blasenfistel. Die Fistel war bei der 43jährigen Patientin entstanden durch Durchbruch einer Appendicitis. Blasenspülungen gingen unter heftigem Tenesmus durch den Darm ab, per urethram wurde Urin nicht entleert. Die Luftcystoskopie, die sich in diesem Fall vorzüglich bewährte, ergab einen großen Stein in der Blase. Derselbe wurde nach Dilatation der urethra zertrümmert und entfernt. Die Operation wurde vorläufig aufgeschoben, da Patientin hochgradig kachektisch war und an einer rechtsseitigen Pyelonephritis litt. Patientin ging, ehe es zur Operation kam, an Marasmus zu Grunde. Demonstration des Sektionspräparates.

Diskussion: Herr Olshausen hat nur wenige derartige Fälle gesehen und zu deren Erklärung bisher immer eine parametrane Entzündung angenommen, die gleichzeitig in Darm und Blase durchgebrochen ist.

IV. Herr Stöckel: Exstirpierte Milz.

Die jetzt 50jährige Patientin hatte vor acht Jahren ein Trauma erlitten, indem sie sich ein unter dem linken Arm getragenes Küchenbrett durch Stoß gegen einen Türpfosten heftig in die linke Seite stieß. Seitdem häufig stechende Schmerzen in der linken Seite, namentlich während der Periode. Seit der vor zwei Jahren eingetretenen Klimax unerträgliche Kopfschmerzen, außerordentliche Druckempfindlichkeit des Abdomens und Druckschmerzhaftigkeit des Schädels und des Sternum. Großer Tumor im linken Hypochondrium. Verschiedentlich von Chirurgen und Internen vergeblich behandelt. Die Diagnose war schwer zu stellen. Die Nierenuntersuchung war völlig negativ. Leukozythose von 22000. Der Tumor bot nach Lage und Form nicht die Charakteristika eines Milztumors. Indessen drängte das elende Befinden der Patientin zur Operation. Nach Eröffnung des Abdomens durch schrägen Lumbalschnitt erwies sich der Tumor sofort als die stark vergrößerte Milz, die durch eine umfängliche Netzverwachsung derart gedreht war, daß sie quer stand. Lösung der Netzadhaesion, Exstirpation der Milz. Nach der Operation verschwanden die Knochenschmerzen fast momentan, die Kopfschmerzen wurden rasch besser, das Allgemeinbefinden wurde jedoch zunächst schlechter, indem starkes Ascites auftrat und wochenlang die Urinmengen äußerst minimal waren. Dann allmähliche Besserung, jetzt gutes Befinden. Als primäre Ursache nimmt St. das Trauma an, das eine Verletzung der Milz herbeiführte. An dieser Stelle bildete sich die Netzverwachsung aus, die eine reichlichere Gefäßzufuhr und so eine konsekutive Hypertrophie zur Folge hatte.



Diskussion: Herr Mainzer hält den Fall für eine Wandermilz.

Herr Olshausen glaubt, daß die Erklärung Stöckels zutreffend ist.

Herr Gottschalk hat vor 13 Jahren einen Fall beobachtet, bei dem sich im Anschluß an ein Trauma eine myelogene Leukaemie mit Milztumor ausbildete.

Herr Stöckel: Schlußwort.

Diskussion zum Vortrage des Herrn Robert Meyer: Beiträge zur Pathologie der Bindesubstanzgeschwülste des Uterus.

Herr Carl Ruge, Herr Robert Meyer.

Standesfragen.

Von Dr. M. Cohn (Berlin-Charlottenburg).

XXXV. Deutscher Aerztetag zu Münster i. W. am 21. und 22. Juni 1907.

Der diesjährige Aerztetag wurde vom Vorsitzenden Löbker (Bochum) in Anwesenheit von 260 Delegierten, welche 313 Vereine mit über 20000 Mitgliedern vertraten, mit einer Rede eröffnet, in der er zunächst der Toten dieses Jahres, Krabler (Greifswald), Sendler (Magdeburg) und Ernst v. Bergmanns in würdiger Form gedachte. Dann beleuchtete er die augenblickliche Situation: Das abgelaufene Jahr habe keine großen Kämpfe gezeitigt, aber doch in vielen größeren und kleineren Orten zu Konflikten geführt, die fast ausnahmslos mit einem Siege der organisierten Aerzteschaft endeten. L. betont scharf den Wert der Organisation und legt dar, daß eine solche auch auf friedlichem Wege große Erfolge erringen könne, so sei der Versuch, in Frankfurt a. M. und Mannheim bei der Eisenbahn die freie Arztwahl einzuführen, nur den dort bestehenden Organisationen zu danken. L. begrüßt dann die Bildung des Fünfzehner-Ausschusses in Berlin und hofft, daß das Vorbild der Reichshauptstadt auch günstig auf die jetzt noch wenig erfreulichen Verhältnisse in München wirken werde.

Er geht dann zu einer Besprechung der Aussichten einer gesetzgeberischen Regelung des Verhältnisses der Aerzte zu den Krankenkassen über und führt aus, daß die Aerzte an ihren in Königsberg gefaßten Beschlüssen unverbrüchlich fest halten, einschließlich der grundsätzlichen Forderung der freien Arztwahl. Die Aerzte verlangen auch, als sachverständige Mitarbeiter an den Vorarbeiten der Reform beteiligt zu werden. Mit einem Hinweis auf die Gefahren, die den Aerzten durch eine Heraufsetzung des Versicherungszwanges auf eine Einkommensgrenze von M. 3000 erwachsen, schließt L. seine beifälligst aufgenommene Rede.

Es schlossen sich die Begrüßungen an: Geh. Rat Aschenborn (Berlin) sprach im Namen des Kultusministers, der Oberpräsident v. d. Recke v. d. Horst vertrat die Provinz und betonte deren Freude an der Errichtung der medicinischen Fakultät in Münster, die schon jetzt 100 Studierende zähle. Der Rektor der Universität, Professor Pieper führte aus, daß schon Ende des 18. Jahrhunderts in Münster Einrichtungen getroffen seien zum Schutz der Aerzte durch eine Medicinalordnung. Endlich hieß der Oberbürgermeister Jungeblodt den Aerztetag namens der Stadt Münster willkommen, auf deren Schönheiten er die Versammlung aufmerksam machte.

Der Vorsitzende, der allen Rednern dankte, gibt dann bekannt, daß eine von 150 Delegierten unterzeichnete Interpellation eingelaufen sei, die Auskunft erbittet, warum es dem Geschäftsausschuß nicht gelungen sei, die Differenzen mit der Presse (die mit Ausnahme einiger durch Kollegen vertretener Zeitungen dem Aerztetag ganz fernblieb) beizulegen. L. bat, von der Besprechung der Interpellation abzusehen und dem neuen Geschäftsausschuß die Angelegenheit mit dem Auftrage der Regelung zu übergeben, was auch geschah.

Nachdem dann noch ein Antrag Streeffer (Leipzig) angenommen war, der den Geschäftsausschuß aufforderte, alljährlich einen gedruckten Bericht vorzulegen, wurden einige geschäftliche Angelegenheiten erledigt und dann zum Hauptpunkt der Tagung übergegangen, der Besprechung der kassenärztlichen Frage, welche durch ein Referat von Pfalz (Düsseldorf) eingeleitet wurde.

Pf. bespricht zunächst den jetzigen Stand der kassenärztlichen Verhältnisse in Deutschland, über die seitens der Krankenkassenkommission des Aerztevereinsbundes eine Enquete veranstaltet worden ist. Diese zeigt, daß es Kassen jeder Art gibt, bei denen die freie Arztwahl eingeführt ist und gut funktioniert. Pf. erörtert sodann die angeblichen Nachteile der freien Arztwahl, besonders die angeblich höheren Kosten, und weist nach, daß die Kosten der Krankenkassen durchaus unabhängig sind von Arztspesen. Schließlich bespricht Pf., wer bei Einführung der freien Arztwahl die Kosten tragen solle und plädiert für eine entsprechende Entschädigung der festangestellten Aerzte, die ihre Stelle verlieren. Namens des Geschäftsausschusses stellt Pf. folgende Anträge:

„I. Der 35. Deutsche Aerztetag hält unverbrüchlich an den Beschlüssen des 30. (Königsberger) Aerztetages, welche die Bestellung der Kassenärzte, die Art ihrer Honorierung und die Versicherungsgrenze betreffen, fest, und erklärt:

Eine befriedigende Lösung der Kassenarztfrage kann nur dann erfolgen, wenn durch das Gesetz bestimmt wird, daß

1. die Rechte und Pflichten der Kassenärzte einer Krankenkasse durch Vereinbarungen der Kassenverwaltung und einer dazu befugten ärztlichen Vertretung (Aerztekammer, Vertrags-Kommission, Aerzte-Ausschuß) festgestellt werden, und jeder in Deutschland approbierte Arzt zur Kassenpraxis bei jeder Krankenkasse, in deren Geschäftsgebiete er wohnt, zugelassen werden muß, sofern er sich vorher zur Beobachtung dieser Vereinbarungen verpflichtet hat;
2. jedem Kassenmitgliede, das ärztliche Hilfe notwendig hat, die Wahl unter diesen Aerzten freisteht;
3. paritätische Einigungs-Kommissionen zur Entscheidung von Streitigkeiten zwischen Krankenkassen und Kassenärzten geschaffen werden.

II. Der Geschäftsausschuß wird ersucht, obigen Beschluß einschließlich des einschlägigen Materials dem Herrn Reichskanzler persönlich zu überreichen und dabei die Bitte auszusprechen, daß Vertreter des Deutschen Aerztevereinsbundes zur Mitarbeit an den Vorbereitungen der Vorlage betr. die Abänderung des Krankenversicherungsgesetzes zugezogen werden.

Diese Anträge wurden mit allen gegen fünf Stimmen angenommen, die auf die Garantie bezüglichen Vorschläge von Pfalz in folgender durch Sternberg (Berlin) modifizierten Form:

III. 1. Sowohl zur Vorbereitung der Einführung, wie zur Abwehr wirtschaftlicher Nachteile für die beteiligten Aerzte bei der durch freiwilligen Verzicht ermöglichten Einführung der freien Arztwahl empfiehlt sich die Vereinbarung von Entschädigungsgarantien überall, wo ärztliche Organisationen irgendwelcher Art als ihre Trägerin bestehen oder gebildet werden können.

2. Die Garantie hat sich nur auf das Einkommen aus der Behandlung von Krankenkassenmitgliedern in dem der Einführung freier Arztwahl vorhergehenden Jahre zu beziehen ohne Rücksicht auf zukünftige mögliche Erhöhungen. Voraussetzung dabei ist die Fortsetzung gleichartiger kassenärztlicher Tätigkeit des zu Entschädigenden.

3. Träger der Garantie sind sämtliche an der freien Arztwahl beteiligten Aerzte eines Kassenbezirkes (bisherige und neu zuziehende) bis zur Höhe ihres kassenärztlichen Einkommens."

Aus der sehr lebhaften und langdauernden Debatte wollen wir nur einiges herausheben: Die Gegner der freien Arztwahl kamen reichlich zu Wort, vermochten es aber nicht, irgendwelche neue oder durchschlagende Gründe für ihre Gegnerschaft vorzubringen; auch der Versuch, mit Polengefahr oder Eindringen des „sozialdemokratischen Giftes" in die Aerzteschaft bei Einführung der freien Arztwahl zu schrecken, wurde gebührend zurückgewiesen. Aus allen Gegenden, wo freie Arztwahl herrscht, wurde über deren gutes Funktionieren berichtet und besonders betont, daß die früher fest angestellt gewesenen Aerzte mit der freien Arztwahl durchaus zufrieden seien. Von mehreren Seiten wurde auch darauf hingewiesen, daß unter den heutigen Verhältnissen die Grenze von M. 2000 wohl kaum aufrecht zu erhalten sei.

Auf Antrag von Jaks (Thünge) wird dann noch beschlossen: In besonderer Berücksichtigung der ländlichen Verhältnisse aner-



kennt der Aerztetag die Notwendigkeit der obligatorischen staatlichen Kranken-Versicherung der landwirtschaftlichen Arbeiter und Dienstboten.

Am Schlusse der ersten Sitzung gibt der Vorsitzende das Ergebnis der Wahlen zum Geschäftsausschuß bekannt. Es wurden gewählt: Löbker, Bochum (20801 Stimmen), Dippe, Leipzig (18975), Pfeiffer, Weimar (18935), Hartmann, Leipzig (18670), Wentzscher, Thorn (17514), Herzau, Halle (17174), Mugdan, Berlin (17095), Leut, Köln (17032), Winkelmann, Barmen (16542), Kastl, München (14291), Königshöfer, Stuttgart (12595) und Mayer, Fürth (10260). Durch Kooptation wurden Mitglieder des Geschäfts-Ausschusses: Brunk, Bromberg, Deahna, Stuttgart, Hartmann, Hanau, Krafft, Straßburg, Lindemann, Mannheim, Munter, Berlin, Partsch, Breslau, Scheel, Rostock, Scherer, Ludwigshafen.

Siebente ordentliche Hauptversammlung des Verbandes der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen zu Münster i. W. am 20. Juni 1907.

Die alljährlich dem Deutschen Aerztetag vorangehende Hauptversammlung des Leipziger Verbandes war außerordentlich stark besucht. Die Leitung lag, da der Vorsitzende Hartmann durch einen Trauerfall in seiner Familie abberufen wurde, in den Händen von Götz (Leipzig).

Den Hauptpunkt der Tagesordnung bildete der Bericht des Generalsekretärs, der in einem stattlichen Bande von 59 Seiten gedruckt vorlag. Wir entnehmen demselben, daß die Zahl der Mitglieder des Verbandes in ständigem Wachsen begriffen ist und jetzt über 20000 beträgt. In stetigem Fortschritt bewegt sich auch die Rechtsauskunftsstelle des Verbandes, die Buchhandlung und die Stellenvermittlung; Erstaunen erregte es, daß die Buchhandlung in der Lage war, 5000 Exemplare des Taschenkalenders abzusetzen. Von dem Umfange der Tätigkeit des Bureaus kann man sich einen Begriff dadurch machen, daß die Stellung der Ausgänge im Berichtsjahr 141863, die der Eingänge 54323 betrug.

Größere Kämpfe zwischen Aerzten und Kassen wurden nicht ausgefochten, kleinere fanden statt, wobei sich das Mittel der Sperre als sehr wirksam erwies. Bei der Eisenbahn gelangte die freie Arztwahl zur Einführung in mehreren kleineren Bezirken und versuchsweise auf zwei Jahre in Frankfurt a. M. und Mannheim.

Die Zeit der Ebbe im ärztlichen Stande scheint bereits vorüber zu sein. Die Zahl der Approbationen ist im letzten Prüfungsjahre von 728 auf 845, die der Medicinstudierenden im W.-S. 1906/07 auf 7219 gegen 6080 gestiegen. Die Folgen werden sich in absehbarer Zeit in neuen Klagen über Ueberfüllung zeigen.

Der Bericht erörtert dann die Verhältnisse im rheinisch-westfälischen Kohlenrevier, die Militärarztfrage, den jetzigen Stand der Schiffsarztfrage, und bespricht schließlich die Stellung der Krankenhausärzte. Im ganzen gibt der Bericht ein anschauliches Bild von der erfolgreichen Tätigkeit des Verbandes unter Führung seines verehrten Vorsitzenden und des verdienten Generalsekretär Kuhns.

Dem Bericht des Generalsekretärs folgten der des Kassierers und eine Mitteilung über den Stand und die Leistungen der Witwengabe. Zu letzterer wurde auf Antrag von Davidsohn (Berlin) beschlossen:

„In der Erwägung,

1. daß es für ärztliche Relikten wichtiger ist, Gelegenheit zur Ausbildung und Betätigung in einem Berufe zu erhalten, als ein- oder mehrmalige Geldunterstützungen;
2. daß ferner Einrichtungen zur Unterstützung mit Geldmitteln bereits außerhalb des L. W. V. bestehen;
3. daß der L. W. V. als bestorganisierte Institution für Angebot und Nachfrage auch in dieser Beziehung gelten kann,

wird den Ortsgruppen des L. W. V. ein Zusammengehen mit den bestehenden Unterstützungskassen empfohlen, um ärztlichen Relikten, besonders den weiblichen, geeignete Ausbildung und Beschäftigung zu verschaffen."

An die Berichte schloß sich eine umfangreiche Erörterung, n der auch Verbandsgegner zu Worte kamen. Besonders geschah dies aus Gegenden mit polnischer Bevölkerung, und es wurde der Versuch gemacht, die freie Arztwahl als eine Begünstigung der Polengefahr hinzustellen. Dieser Versuch wurde gebührend von Kennern der Verhältnisse zurückgewiesen und dargetan, daß es nur billig sei, wenn der kranke Pole einen Arzt haben wolle, der ihn verstehe, daß wir Aerzte aber im polnischen Arzt nur den Kollegen zu sehen haben, dessen eventuelle agitatorische Tätigkeit uns gar nichts angehe.

Von Schüller (Oels) wurde dann die Militärarztfrage behandelt und dargelegt, daß die Konkurrenz, die Militärärzte den Zivilärzten machen, bedeutend geringer geworden sei, wenngleich Ausnahmen noch bestehen. Es wurde beschlossen, den Herrn Generalstabsarzt der Armee zu ersuchen, diejenigen Verordnungen, Bestimmungen usw. bekannt zu geben, welche sich auf die Ausübung der ärztlichen Praxis seitens der Sanitätsoffiziere beziehen.

Den Bericht über die jetzige Lage der Krankenhausärzte erstattete Berndt (Stralsund). Er enthielt nicht viel anderes als das bereits vom Generalsekretär mitgeteilte.

Bei den Wahlen zum Vorstande wurden gewählt: Hartmann, Hirschfeld, Götz, Dumas, Meyer, Schwarz, Vollert, Dippe, alle in Leipzig; in den Aufsichtsrat wiedergewählt wurden Pfeiffer (Weimar) und Mugdan (Berlin).

Dann wurde noch die Frage der ärztlichen Krankenversicherung behandelt, über die Bloch (Beuthen) berichtete. Er beantragte, eine engere Verbindung zwischen dem Leipziger Verband und der Zentralhilfskasse für die Aerzte Deutschlands anzubahnen, was auch beschlossen wurde, und schließlich sprach Neuberger (Nürnberg) zur Erhöhung der Honorare in der Privatpraxis. Er beantragte folgende Resolution, die auch Annahme fand:

„In Würdigung der Tatsache, daß die Lebenshaltung der Aerzte, abgesehen von der Preissteigerung aller Lebensmittel — in letzten Jahren weit größere materielle Anforderungen stellt und daß daher eine überaus große Zahl von Aerzten für Reliktenversicherung und Altersinvalidität keine oder durchaus ungenügende Vorsorge treffen kann, fordert die Generalversammlung des L. V. die Vertrauens- und Obmänner auf, ungesäumt in ihren Vereinen nach dem Vorbilde anderer Orte den Beschluß in die Wege zu leiten, daß in der gesamten Privatpraxis eine den Vermögensverhältnissen entsprechende Honorarerhöhung eingeführt wird."

Damit fand die Hauptversammlung nach fast achtstündiger Dauer ihr Ende.

Periodische Literatur.

Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 15. 1907.

1. Fellner und Budinger, Wien: **Beitrag zur Funktionsprüfung des Herzens.**

Nicht abgeschlossen.

2. Michaelis und Lewin, Berlin: **Ueber ein transplantables Rattencarcinom.**

Verff. fanden bei einer ausgewachsenen weiblichen weißen Ratte einen wallnußgroßen, derben Tumor in einer Mamma, der sich mikroskopisch als ein alveoläres Drüsencarcinom erwies, das seinen Ausgang von der Brustdrüse genommen hatte. Dieser Tumor konnte mit wechselnder Ausbeute weiter verimpft werden, bis jetzt bis zur fünften Generation; bei allen geimpften Ratten wuchs die Geschwulst etwa bis zur vierten Woche, verschwand dann aber bei einem Teil, ohne Spuren zu hinterlassen, selbst pflaumengroße Tumoren verschwanden restlos. Die Wachstumsenergie ist im Laufe der Generationen nicht gestiegen, im Gegensatz zu den Ergebnissen Ehrlichs beim Mäusecarcinom. Zwischen Vorkommen genuiner Geschwülste und ihrer Uebertragungsmöglichkeit existieren auch bei Ratten tiefgehende Unterschiede; das Rattencarcinom ließ sich gleichmäßig auf männliche und weibliche Tiere übertragen; auch das Alter machte keinen Unterschied; das Ergebnis der Impfung war in höherem Grade von der Rasse der Tiere unabhängig, als es bei den Mäusen der Fall ist; der Tumor

ließ sich auf alle weißen und schwarzweißen Ratten übertragen, die zugänglich waren. Im Gegensatz zum Mäusecarcinom ließ sich das Rattencarcinom gut intraperitoneal verimpfen. Besonders wichtig war das klinische Verhalten des Tumors; zuweilen rezidivierte er nach der Exstirpation in kurzer Zeit; er führte zu ausgedehnter Carcinose des Bauchfells und des Netzes, verursachte dabei Ascites; er bildete Metastasen in Lunge und Leber und bewirkte eine ausgesprochene Kachexie. Dadurch nähert sich dieser Tumor dem menschlichen Carcinom. In den verschiedenen Impfgenerationen begegnete man sehr erheblichen und scheinbar gesetzlosen Differenzen in der Struktur; bald zeigte sich das Bild eines reinen Adenoms, bald fanden sich alveoläre, solide Krebsnester; manchmal war das Stroma so reichlich, daß man ein Sarcom vor sich zu haben glauben konnte; auch kleincystisch mit Andeutung papillärer Wucherung trat der Tumor auf. Angestellte Immunisierungsversuche sind noch nicht abgeschlossen; immerhin ergab sich, daß Ratten, bei denen einmal der Tumor anging, aber wieder verschwand, oder bei welchen der Tumor überhaupt nicht wuchs, gegen weitere Impfungen immun waren; dahingegen gelang es nicht, durch Impfung mit abgeschwächtem Material mit Sicherheit die Tiere zu immunisieren.

3. Bernhardt, Berlin: **Ueber Vorkommen und Bedeutung markhaltiger Nervenfasern in der menschlichen Netzhaut vom neurologischen Standpunkt.**

B. gibt zunächst eine Uebersicht über die in der Literatur niedergelegten einschlägigen Beobachtungen, woraus erhellt, daß das Vorhandensein markhaltiger Nervenfasern in der Netzhaut beim Menschen ein selteneres Vorkommnis ist, und berichtet dann über fünf eigene Beobachtungen; dieselben betreffen einen Tabiker, einen Unfallkranken, einen Taubstummen und zwei Männer, von denen der eine an eigentümlichen, an hysterische Dämmerzustände erinnernden Anfällen, der andere an schweren nervösen Zufällen in der Jugend und ticartigen Zuständen im Mannesalter leidet. In Uebereinstimmung mit Mitteilungen von Mauz, der mehrere Fälle bei psychopathischen Individuen beobachtete, scheint sich daraus zu ergeben, daß im Verhältnis zum Vorkommen der in Rede stehenden Anomalie bei sogenannten Gesunden dieselbe bei ausgesprochen nervenkranken Menschen häufiger angetroffen wird. Vielleicht kann man sie deshalb den bei Nervenkranken zu findenden Degenerationszeichen zurechnen.

4. Dührssen, Berlin: **Bauchschnitt ohne spätere Hernienbildung.**

Von allen Methoden, die zur Vermeidung von späteren Bauchhernien angegeben sind, erscheint Verf. nur eine absolut sicher, die Methode von Lennander. Das Prinzip der Lennanderschen juxta-medianen Incision besteht darin, daß bei dieser Incision seitlich von der Linea alba zwar auf dem einen Rectus eingeschnitten, aber nur das ihn bedeckende Fascienblatt gespalten wird. Der nach innen von der Incision gelegene Teil des Muskels wird dann von dem vordern Fascienblatt und der Linea alba abgelöst und nach außen gezogen. Das nun vorliegende hintere Fascienblatt, resp. die Fascia transversa und das darunterliegende Peritoneum werden, wie das vordere Fascienblatt, seitlich von der Linea alba geöffnet. Bei der nachfolgenden Vereinigung der Bauchwunde liegt zwischen dem vernähten Peritoneum und dem vernähten vorderen Fascienblatt der ganze intakte Rectusmuskel. Verf. hat im letzten Jahre nach dieser Methode 20 Fälle ohne einen einzigen Mißerfolg operiert; dreimal handelte es sich um eine Tubenschwangerschaft bei sehr anaemischen Kranken; trotz der Anaemie heilten die Wunden per primam; bei drei Fällen lagen schwere Entzündungen der Adnexe und des Beckenbauchfells (mit vorangegangenem Fieber und Eiteransammlung) vor: trotz Infektionsgefahr auch hier Heilung per primam; fünfmal wurden Ovarialcystome und neunmal große Myome z. T. mit dem Uteruskörper exstirpiert. Der Wurmfortsatz wurde im ganzen neunmal beseitigt und mit Rücksicht auf die Möglichkeit dieser Operation neunzehnmal der Schnitt über dem rechten Rectus geführt; aber auch in dem einen Fall, wo der Schnitt wegen eines großen Myoms links gelegt werden mußte, konnte der Processus ebenso bequem freigelegt werden. Ebenso machte es bei rechtsseitigem Schnitt keine Schwierigkeit, die linken Adnexe zu exstirpieren. Trotzdem es sich durchgängig um komplizierte Fälle handelte, war die Technik nicht schwieriger als bei der medianen Coeliotomie. Stets konnte Verf. sich überzeugen, daß nachher beide Recti dieselbe Beschaffenheit aufwiesen und sich gleich kräftig kontrahierten. Beim Pfannenstielschen suprasymphysären Querschnitt, den Verf. bisher vorzugsweise übte, hat er zwar keine Hernienbildung erlebt, die Möglichkeit einer solchen ist aber gegeben, und zwar an der Stelle, wo Muskellängsspalt und Fascienspalt sich treffen. Bei der Lennanderschen Methode konnte eine Hernie nur entstehen, wenn drei Momente zusammentreffen: Ausbleiben der Verwachsung des Rectus mit der Linea alba, Ausbleiben der prima intentio der Fasciennaht und Nachaußenweichen des Rectus soweit, daß sein medialer Rand in den Fascienspalt hineinzuliegen kommt. Trotz seiner Vorliebe für die vaginalen Operationen, glaubt Verf., daß die Lennandersche Methode geeignet ist, die ventrale Coeliotonie von manchen Nachteilen zu befreien, die sie der vaginalen gegenüber hat, und damit ihr Indicationsgebiet zu erweitern.

5. Benda, Berlin: **Zur Levaditifärbung der Spirochaeta pallida.** Nebst Bemerkungen über die Histologie der Leber bei Lues congenita.

Nicht abgeschlossen.

6. Dmitrenko, Odessa: **Ueber die klinische Bedeutung der Digitalis-Allorhythmie.**

Verf. stellt in Zusammenfassung seiner Ausführungen folgende Schlußsätze auf:

1. Weder intensive noch protrahierte Digitalisbehandlung kann an und für sich die unmittelbare Ursache der Digitalisallorhythmie sein.
2. Die Ursachen des Auftretens der Digitalisallorhythmie liegen in gewissen Momenten der Herzmechanik beim jeweiligen Zustand des Organismus.
3. Beim Auftreten der Allorhythmie muß die Digitalisbehandlung unterbrochen werden; sobald aber der Zustand des Organismus sich gebessert hat, kann man die Digitalisbehandlung wieder aufnehmen.
4. Das Auftreten von einzelnen Extrasystolen während der Digitalisbehandlung ist keine Kontraindikation zur weiteren Anwendung derselben. Jedoch muß die Digitalisbehandlung sofort ausgesetzt werden, sobald bedeutende Beschleunigung des Pulses eingetreten ist.
5. Bei schweren Kompensationsstörungen muß der Digitalisbehandlung eine vorbereitende Behandlung vorausgehen.
6. In solchen Fällen ist es angezeigt, die Digitalisbehandlung mit einer der Hilfsbehandlungsmethoden zu kombinieren, je nach den physiologischen Verhältnissen des Organismus.

Wiener klinische Wochenschrift. Nr. 11. 1907.

1. Clairmont, Wien: **Ueber den Wurmfortsatz und die Harnblase als Bruchinhalt.**

Die Ansicht älterer Chirurgen, Wurmfortsatz und Harnblase kämen nur ausnahmsweise als Bruchinhalt vor, ist durch zahlreiche Bruchoperationen widerlegt, wobei allerdings die Schwierigkeiten meist recht große sind, sowohl in diagnostischer wie therapeutischer Hinsicht wegen der postoperativen Komplikationen. Heute ist auch die Möglichkeit der Inkarzeration einer normalen Appendix bewiesen, die zwar mit keinem typischen Krankheitsbild einhergeht. Die Differentialdiagnose gegenüber der Appendizitis im Bruchsack wird von den meisten Autoren als unmöglich angesehen, einer eingeklemmten Netzhernie gegenüber sind die Schwierigkeiten groß, wie folgender durch Operation geheilter Fall zeigt. Es bestanden subjektive Angaben über Undurchgängigkeit des Darmes, objektiv ließ sich der Beweis nicht erbringen. Das klinische Bild entsprach in vielen Punkten dem einer inkarzinierten Netzhernie; aber der deutliche Tympanismus über der Geschwulst war damit nicht in Einklang zu bringen, und das Allgemeinbefinden war ein sehr gutes. Mit einer Lymphadenitis acuta oder mit einem entzündeten Varixknoten der Inguinalgegend waren die abdominalen Beschwerden nicht vereinbar. Die Operation ergab eine echte Inkarzeration des Wurmfortsatzes. Ein zweiter Fall bot ebenfalls das Bild einer akut irreponibel gewordenen Netzhernie, wenn auch die Vermutung auf eine Mitbe-

teiligung der Blase gerechtfertigt erschien, weil die Taxis eine Verkleinerung des Bruches zur Folge hatte und der Patient nachträglich über Harnbeschwerden klagte. Es handelte sich in diesem Falle um eine paraperitoneale Blasenhernie, welche als direkter linksseitiger Leistenbruch eingeklemmt war. Verf. legt auf folgendes Symptom Wert: die allmähliche Verkleinerung der inkarzerierten Hernie gelang durch Ausdrücken ohne Auftreten von Darmgeräuschen und ohne vollständige Reposition. Auch dieser Fall ist durch Operation geheilt. Bei einem dritten hierhergehörigen Fall kam es im Anschluß an die Radikaloperation einer freien Kurralhernie zu einer intraperitonealen Blasenperforation. Bei der Auslösung des Bruchsackes waren die anatomischen Verhältnisse unklar, so daß an eine Komplikation mit der paraperitonealen Ausstülpung eines benachbarten Organes gedacht wurde. Trotzdem war die Blase als solche nicht zu erkennen. Das hervorgestülpte Stück wurde torquiert und ligiert und in der üblichen Weise versorgt. Am Abend nach der Operation trat eine frische Peritonitis ein, die die Laparotomie nötig machten. Dabei wurde eine Ligatur am Rande der Perforationsöffnung der Blase gefunden. Als einziges Zeichen, welches bei der Operation neben der doppelten Sackbildung für das Vorhandensein einer Blasenhernie sprach, war der auffallende Fettreichtum. Der rechtzeitige Verschluß der intraperitonealen Blasenperforation ermöglichte einen glatten Heilungsprozeß.

2. Boese, Wien: **Ein Fall von Stieltorsion eines sarkomatös degenerierten Bauchhodens.**

Ein bisher völlig gesunder Mann erkrankt plötzlich mit kolikartigen Schmerzen in der linken Unterbauchgegend, die mehrere Tage anhalten und auf symptomatische Behandlung verschwinden. Patient bemerkt im Anschluß an diesen Anfall eine Geschwulst in der linken Unterbauchgegend. Diese Anfälle wiederholen sich zweimal, und nach jedem Anfall ist die Geschwulst gewachsen. Sonst keinerlei Beschwerden. Der klinische Befund entsprach dem Bilde eines Nierentumors. Da aber der linke Testikel fehlte, so wurde die Diagnose eines malignen Tumors des im Bauch retinierten Hodens gestellt. Die Operation des kindkopfgroßen, glatten, kugligen, derben, 100 g schweren Tumors war leicht. Er hing an einem kurzen, um 180° gedrehten Stiel, der detorquiert 6 cm lang war. Die Diagnose lautete: alveoläres Rundzellensarkom; von normalem Gewebe war nichts mehr nachzuweisen. Die Stieltorsion ist durch Druckdifferenzen in den Gefäßen des Stieles, stärkere Füllung und dadurch bedingte Schlängelung der Venen, eingeleitet, durch Bewegung des Kranken, der Nachbarorgane, Blase und Darm gesteigert. Je nach dem Grad der Torsion sind auch die Erscheinungen, die anfangs aufgetretenen kolikartigen Schmerzen, zu erklären.

Allgemeine med. Zentral-Zeitung. Nr. 10. 1907.

Rosenfeld, Breslau: **Ein Fall von spastischem Ileus zwölftägiger Dauer.**

Pat. stürzte die Treppe hinunter. Am nächsten Tage traten heftige Leibschmerzen, Stuhldrang und dabei die Symptome eines völligen Darmverschlusses auf. Nur einmal am Tage stellte sich Erbrechen von nicht faekalem Charakter ein. Bettruhe und Sahnenkost stellten Schmerzlosigkeit und Aufhören des Erbrechens her. Die objektive Untersuchung ergab nichts besonderes; das Rectum war durchgängig und leer. Allgemeinbefinden vorzüglich, Puls ruhig und kräftig, Appetit gering. Eingüsse bis zu $1^1/_2$ l fließen ohne Stuhlbeimischung wieder ab. Allmählich füllt sich der Dickdarm an der Flexura lienalis. Stuhl und Gasabgang erfolgt nicht. Am zwölften Tage des totalen Darmverschlusses erfolgt auf 0,03 Belladonna Entleerung dünner, sehr fester Faeces in geringer Menge und Gasabgang; auf 0,05 g am nächsten Tage völlige Entleerung enormer Mengen.

Nr. 11, 1907.

Charles, Lüttich: **Ein Fall von künstlicher Frühgeburt bei Schwangerschaftsnephritis mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind.**

Eine 27jährige Primipara, grazil gebaut, mager und blaß, die als Kind an infantiler Paralyse der linken unteren Extremität gelitten hat, bekommt im siebenten Monat der Schwangerschaft eine schwere Albuminurie; Eiweißgehalt 0,3%. Behandlung in der Klinik mit Bettruhe und Milchdiät, jeden zweiten Tag ein Bad von 38° und 20 Minuten Dauer, danach eine Einpackung zwei Stunden lang. Bei dieser Behandlung befriedigender Allgemeinzustand, Albumengehalt sehr wechselnd, Oedeme verringern sich, die Vulva erscheint fast normal. Leider wurde die Milchdiät nicht lange vertragen, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, galliges Erbrechen traten ein. Dieser Zustand hielt an, so daß das Allgemeinbefinden der Mutter sich verschlechterte. Dabei wuchs die Frucht, die Schädigungen der Niere drohten größer zu werden, ebenso die der Plazenta, eine Eklampsie mußte befürchtet werden. So wurde zur Einleitung der Frühgeburt am 10. Oktober geschritten; aufgenommen war die Pat. am 12. September. Am 13. Oktober erfolgt glatte Geburt, eine Viertelstunde später geht die Plazenta, die 350 g wiegt und hochgradig degeneriert ist, zahlreiche Infarkte aufweist, mit sehr dünner Nabelschnur ab. Das Kind atmet gut und schreit, zeigt 35,9° Temperatur im Rectum, hat mit Wahrscheinlichkeit ein intrauterines Leben von $7^1/_2$ Monaten, ist 43 cm lang und hat dementsprechende Schädeldimensionen. Es wiegt nur 1485 g, was durch die Albuminurie der Mutter leicht erklärbar ist. Die Frau erholt sich langsam, der Eiweißgehalt beträgt bei der Entlassung 0,5‰; die Oedeme sind verschwunden. Auf einen Umstand weist Verf. besonders hin. Die Mutter hatte nur rudimentäre Brüste, welche nichts absonderten. Es war also keine Hoffnung vorhanden, daß die Mutter nähren konnte. Dank dem Lactagol wurde sie in stand gesetzt, in den ersten drei Monaten das Kind in ausreichender Weise zu stillen. Das Kind selbst wurde in den ersten drei Tagen von einer Wöchnerin genährt, die die Milch in einen Löffel fließen ließ und dem Kind so täglich 12 Mahlzeiten à 5 g Milch gab. Das Körpergewicht sank in den ersten acht Tagen bis 1320 g; dann stieg es stetig. Der Gesundheitszustand der Mutter sowohl wie des Kindes war bei der letzten Untersuchung so günstig, wie er unter solchen Umständen nur sein kann.

Balneologische Mitteilungen.

Bad Salzbrunn (Schlesien). Die Zahl der Kurgäste mit Begleitung beträgt bis 24. Juni 1907 3048 Personen, der gemeldete Fremdenverkehr 2795 Personen. Der Gesamtbesuch 5843 Personen.

Bad Pyrmont. Am 15. Juni 1907 betrug die Zahl der Kurgäste 5994 Personen.

Bad Ischl. Durch die im vorigen Jahre erfolgte Uebertragung der Leitung der Kuranstalten an kaiserl. Rat Dr. Mayer sind bereits in diesem Jahre vielfache Rekonstruktionen und zeitgemäße Verbesserungen in denselben ermöglicht und durchgeführt worden. Vor allem ist es das Hauptbad: Wierabad, wo sämtliche Badezellen für einfache Sool- und kohlensaure Soolbäder, Fichtennadel- und Schwefelsalzschlammbäder restauriert, die Räume für die Kaltwasserbehandlung den Anforderungen der Gegenwart entsprechend ganz neu eingerichtet und äußerst geschmackvoll hergestellt wurden. Eine wesentliche Veränderung hat die 60 Meter lange, anstoßende Trinkhalle durch Einleitung der kochsalzhaltigen, immer mehr in Aufschwung kommenden Klebelsbergtrinkquelle und durch die Umwandlung in einen behagliah und geschmackvoll eingerichteten, blumengeschmückten Saal erfahren. Ebenso wurden auch die Inhalationsanstalten für Sool- und medikamentöse Flüssigkeiten wesentlich verbessert, die pneumatischen Kammern hergerichtet, eine zweckmäßigere Badeordnung geschaffen, sowie die telephonische Verbindung der Badehäuser mit den Hotels und Privatwohnungen behufs leichterer Bestellung von Bädern eingeführt. Die Kuranlagen wurden verschönert und zum bequemen Aufenthalt der Kurgäste hergerichtet, obenan der in der unmittelbaren Nähe der Quelle und der Badehäuser gelegene Rudolfspark.

Um den Besuch des durch seine landschaftliche Schönheit sowie durch seine ausgezeichnete Soole hervorragenden alpinen Kurortes zu fördern, wurden mit laufendem Jahre zahlreiche Bahn-



verbindungen geschaffen und die Zahl der eintreffenden wie abgehenden Züge bedeutend vermehrt, wodurch der Verkehr mit dem In- und Auslande wesentlich erleichtert wurde.

Dank allen diesen Verbesserungen hat sich auch die Zahl der Kurparteien in diesem Jahre bereits wesentlich gesteigert und läßt sich, nach den eingelaufenen Wohnungsbestellungen zu schließen, im Laufe der Saison noch eine weitere Erhöhung der bisherigen Frequenz erwarten.

Vermischtes.

Eine Studienreise belgischer Aerzte nach Deutschland findet im August d. J. statt. In Berlin werden die Besucher vom 10. bis 12. August verweilen, um die wichtigsten medicinischen Einrichtungen der Reichshauptstadt kennen zu lernen. Wie im Vorjahre anläßlich des Besuches der französischen Aerzte, hat sich wiederum aus der Mitte der Berliner Aerzteschaft ein Empfangskomitee gebildet, dessen Bureau sich im Kaiserin Friedrich-Hause befindet. Als Begrüßungsabend ist ein Festkommers geplant. Die Reise wird über folgende deutsche Städte gehen: Cöln, Bonn, Wiesbaden, Frankfurt, Marburg, Dresden, Leipzig, Heidelberg, Baden-Baden, Straßburg.

Berlin. Zur diesjährigen ärztlichen Studienreise versammeln sich die Teilnehmer bereits am 1. September d. Js. in Berlin morgens 9 Uhr im „Kaiserin Friedrich-Haus f. d. ärztliche Fortbildungswesen“ zu einer Eröffnungssitzung. Daran anschließend Besichtigung städtischer Krankenhäuser und hygienischer Einrichtungen etc. nach Wahl. Am 2. September morgens verlassen die Teilnehmer Berlin per Extrazug, besteigen in Warnemünde den für die ganze Reise gecharterten Dampfer und besuchen die Ostseebäder, sowie Rügen, Bornholm, Wisby auf Gothland, Stockholm und Kopenhagen. Die Reise endet am 16. September mittags in Stettin. Preis für die ganze Reise inklusive Fahrten, Verpflegung, Quartiere, Reisebericht, exklusive Berliner Aufenthalt, Getränke und Trinkgelder, 265 M. Baldige Anmeldung, welche durch Einsendung der Einschreibegebühr von 25 M., die auf den Gesamtbetrag verrechnet werden, perfekt wird, ist empfehlenswert, da aus technischen Gründen die Teilnehmerzahl eine begrenzte ist. Anfragen etc. sind zu richten an das Komitee zur Veranstaltung ärztlicher Studienreisen, z. H. des Generalsekretärs Dr. A. Oliven, Berlin, Luisenplatz 2/4 (Kaiserin Friedrich-Haus f. d. ärztliche Fortbildungswesen).

Berlin. In ihrer vorjährigen Generalversammlung hat die Freie Vereinigung der Deutschen medicinischen Fachpresse beschlossen, eine Liste solcher Autoren anzulegen, welche nachweislich sich erbieten, empfehlende Artikel über neue Arzneimittel und sonstige Präparate der chemischen Industrie in deren Interesse erwerbsmäßig gegen Entgelt anzufertigen; ihre Arbeiten sollen in den der Vereinigung angehörigen Organen weder veröffentlicht noch referiert werden. Nach eingehendster Prüfung des Aktenmaterials — welche vornehmlich durch das dankenswerte Entgegenkommen der großen chemischen Fabriken selbst ermöglicht wurde — ist eine erste derartige Liste nunmehr fertiggestellt und den Mitgliedern der Vereinigung zugesandt worden. Die Vereinigung hofft, durch ihr gemeinsames Vorgehen einem Krebsschaden abzuhelfen, unter dem die deutsche medicinische Publizistik und dadurch die Aerzte ebenso wie das Publikum in den letzten Jahren empfindlich gelitten haben.

Wien. Der erste Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie wird am 2. Oktober zu Wien durch Se. K. u. K. Hoheit Erzherzog Rainer eröffnet. Nach der Eröffnungssitzung Rundgang durch die in den Räumen des Kongreßlokals (K. K. Gesellschaft der Aerzte, IX., Frankgasse 8) stattfindende Ausstellung. Da zu den offiziellen Referaten (I. Nierentumoren: Küster, v. Eiselsberg; II. Nierensteine: Kümmell, Holzknecht, Kienböck; III. Albuminurie: v. Noorden, Posner) schon eine Reihe Diskussionsredner gemeldet sind, bleiben die Vormittage des 3., 4. und 5. Oktober ausschließlich der Verhandlung dieser Themen vorbehalten. Die Vorträge und Demonstrationen werden nach Maßgabe des Gegenstandes und des Anmeldungstermines an den vier Nachmittagssitzungen zur Verhandlung kommen. Die Geschäftssitzung der Gesellschaft findet in der letzten Nachmittagssitzung (5. Oktober) statt. Nur die bis spätestens 15. Juli angemeldeten Vorträge und Demonstrationen können bei Feststellung des endgültigen Programms Berücksichtigung finden. Anläßlich des Kongresses sind auch mehrere Festlichkeiten in Aussicht genommen, wie: eine Vorstellung in einem der beiden Hoftheater, ein Empfang im Rathause, ein Festbankett, ein Ausflug in das Semmeringgebiet. Alle Anmeldungen und Auskünfte erfolgen an der Geschäftsstelle in Wien (Dr. Kapsammer, IX., Maria Theresienstrasse 3).

XIV. Internationaler Kongress für Hygiene und Demographie. Berlin, 23.—29. September 1907. Unter dem Allerhöchsten Protektorat Ihrer Majestät der Kaiserin.

Programm.

Sonntag, den 22. September.

Abends 8 Uhr: Begrüßung der Kongreßteilnehmer im Neuen Königlichen Operntheater (Kroll).

Montag, den 23. September.

Vorm. 11 Uhr: Eröffnungssitzung im Neuen Königlichen Operntheater (Kroll). Im Anschluß: Eröffnung der Ausstellung im Reichstagsgebäude und Konstituierung der Sektionen. (Die Sektionssitzungen finden im Reichstagsgebäude statt.) Nachmittags: Besichtigungen.

Dienstag, den 24. September.

Vorm. 9 Uhr: Sektionssitzungen. Nachmittags: Sektionssitzungen oder Besichtigungen. Abends: Empfang seitens der Stadt Berlin im Rathause.

Mittwoch, den 25. September.

Vorm. 9 Uhr: Sektionssitzungen. Nachmittags: Sektionssitzungen oder Besichtigungen. Abends: Festmahl.

Donnerstag, den 26. September.

Vorm. 9 Uhr: Plenarsitzung im Reichstagsgebäude. Nachmittags: Sektionssitzungen oder Besichtigungen. Abends: Festvorstellungen in den Königlichen Theatern.

Freitag, den 27. September.

Vorm. 9 Uhr: Sektionssitzungen. Nachmittags: Ausflug.

Sonnabend, den 28. September.

Vorm. 9 Uhr: Sektionssitzungen. Nachmittags: Sektionssitzungen oder Besichtigungen. Abends: Gartenfest.

Sonntag, den 29. September.

Vorm. 10 Uhr: Schlußsitzung im Reichstagsgebäude. Nachmittags: Fahrt nach Hamburg. Abends: Geselliges Zusammensein in Hamburg.

Montag, den 30. September.

Besichtigung der hygienischen Einrichtungen und Anstalten in Hamburg. Empfang seitens der Freien und Hansestadt Hamburg im Rathause.

Für die Damen sind, soweit sie nicht durch die Teilnahme an vorbezeichneten Verhandlungen und Festlichkeiten in Anspruch genommen werden, noch besondere Veranstaltungen während der Dauer des Kongresses vorgesehen. Diese Veranstaltungen, für die ein besonderes Damenkomitee gebildet ist, werden später bekannt gegeben werden.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S
Druck von der Heynemann'schen Buch druckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen.



R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P. Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 15. Juli 1907. Nr. 28.

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Einiges über die Wrightsche Opsonintheorie und deren praktische Verwendung.

Zusammenfassender Bericht von **Karl Vogt**,
Erster Assistent am Institute für Pharmakologie und phys. Chemie zu Rostock.

(Fortsetzung.)

Jedenfalls erscheint soviel zunächst sicher, daß die Hauptmasse der Schutzkörper, z. B. der Seitenketten, erst dann gebildet werden, wenn der Organismus ihrer bedarf. Soll nun die Ueberschwemmung des Organismus mit den Bakteriengiften überwunden werden, so ist es notwendig, daß mindestens soviel Gegengift gebildet wird, daß alles Gift gebunden werden kann.

In der Tat wird aber, falls der Organismus die Vergiftung überwindet, mehr Gegengift produziert. Würde nun eine neue Infektion mit denselben Bakterien entstehen, so würde diese keine Erscheinungen mehr hervorrufen können, da ja die Gifte ihre Wirksamkeit nicht mehr entfalten können, sondern von vornherein durch das jetzt vorhandene Gegengift unschädlich gemacht werden. Andererseits folgt hieraus, daß, wenn man solches Plasma, das diese Schutzstoffe in reichlicher Menge enthält, einem Organismus, der an derselben Infektionskrankheit erkrankt ist, subcutan oder intravenös einverleibt, man ihn im Kampfe mit den Bakterientoxinen vorteilhaft unterstützen kann.

Mit dem Plasma allerdings pflegen wir diese Operation nicht auszuführen. Denn das Plasma vermag an der Luft nicht zu existieren, sondern gerinnt augenblicklich, oder doch sehr bald, zu einer Gallerte, in dem es den Blutfaserstoff, das Fibrin, ausscheidet. Die Flüssigkeit, die nach der Abscheidung des Fibrins übrig bleibt, das Serum, enthält aber die oben beschriebenen Antitoxine und wird in der Tat bekanntlich zur Injektion als sogen. Immunserum benutzt. Diese Art der Immunisierung bezeichnet man als passive, im Gegensatz zu der aktiven, bei welcher die Immunstoffe eben durch die Vergiftung mit den Bakterientoxinen im Organismus selbst erzeugt werden. Die durch das Ueberstehen einer Krankheit erworbene Immunität ist also die Folge einer aktiven Immunisierung. Für gewöhnlich pflegt man zur passiven Immunisierung das Serum von Tieren (Pferden, Ziegen usw.) zu benutzen, die künstlich allmählich durch Injektion immer größerer Mengen von Bakterienkulturen gegen hohe Dosen aktiv immunisiert sind. —

Daß auch gegenüber gewissen Toxalbuminen, die nicht Bakteriengifte sind, eine Immunisierung stattfinden kann, würde sich eventuell aus der chemisch-physiologischen Verwandtschaft dieser mit den Bakteriengiften erklären.

Die Natur arbeitet eben in gewissem Sinne auch schematisch, wie uns das die Physiologie an mehreren Beispielen lehrt, und der Organismus ist eben auf die Bekämpfung einer Reihe bestimmter Eiweißgifte durch die Bildung von Schutzstoffen eingestellt.

Uebrigens gelingt es natürlich auch den Organismus, unter Umgehung lebender Bakterien, allein durch die aus ihnen gewonnenen Giftstoffe gegen die Bakterien zu immunisieren.

Nun hat es sich aber herausgestellt, daß der Organismus nicht nur gegen die Bakteriengifte Vorkehrungsmaßregeln getroffen hat, sondern daß er durch Stoffe, die er wiederum im Blutplasma resp. Serum produziert, auch die Bakterien selbst anzugreifen vermag.

Dieser Umstand ist natürlich von der allergrößten Wichtigkeit, wenn die Bakterien selbst im Blute kreisen und es somit droht, daß die Infektion nicht lokal auf die Infektionsstelle beschränkt bleibt, sondern entweder der ganze Körper mit Bakterien überschwemmt wird oder doch wenigstens an verschiedenen Stellen desselben neue Infektionsherde entstehen.

Diese Frage nach den Schutzstoffen, die die Bakterien selbst angreifen, hat, wie es scheint, durch die neue Wrightsche Opsonintheorie eine nicht unbeträchtliche Erweiterung und Aenderung erfahren.

Wir müssen hier ein klein wenig weiter ausholen, und erinnern uns der dritten Komponente des Blutes, die bislang in unserer Besprechung noch keine Erwähnung gefunden hat: der Leukocyten.

Diese stellen bekanntlich kleine farblose Plasmakügelchen dar, ungefähr wie die Amoeben, besitzen einen Kern und sind einer Eigenbewegung fähig, so daß sie im Gesamtleben des Organismus quasi ein Sonderleben, etwa im Sinne der Symbiose führen, indem sie ihr Nahrungsbedürfnis aus dem Blutplasma und der Gewebsflüssigkeit des Körpers decken und dafür den Organismus, wenn er ihrer bedarf, beschützen.

So beruht z. B. die für den Körper so wichtige Eigenschaft der Gerinnung des Blutplasmas auf einer Fermentwirkung von Stoffen, die durch den Zerfall von Leukocyten, der beim Austreten des Blutes an die Luft sehr bald stattfindet, frei werden. Aber wie wir sehen werden, ist dies keineswegs das einzige Zeichen der Dankbarkeit dieser kleinen Gebilde gegenüber dem sie beherbergenden Organismus.

Metschnikoff war der erste, der die wunderbare Eigenschaft der Leukocyten beobachtete, daß sie kleine Fremdkörper, die sie im Blute oder in der Gewebsflüssigkeit antreffen, in sich aufzunehmen — zu fressen — vermögen. In der Tat ist es leicht zu zeigen, daß die Leukocyten kleine Kohle- oder Farbstoffkörnchen und, was wichtiger erschien, Bakterien, die man unter geeigneten Bedingungen mit ihnen zusammenbringt, in sich aufnehmen.

Diese Tatsache erregte natürlich das größte Aufsehen. Glaubte man doch in ihr einen sicheren Beweis dafür zu haben, daß die Leukocyten durch diese Eigenschaft die Beschützer des Organismus vor Bakterieninvasionen seien. Und man ging sogar soweit, z. B. den erprobten Gebrauch des Chinins bei der Malaria zu bekämpfen auf Grund der theoretischen Ueberlegung, daß man, da ja das Chinin die freie Beweglichkeit der Leukocyten sistiere, diese daran hindere, die Malariaparasiten zu fressen.

Indessen machte man sehr bald die Beobachtung, daß die Leukocyten — Phagocyten-Freßzellen, wie man sie nannte — sich meist als recht unzuverlässige Beschützer erwiesen, indem sie sich keineswegs immer am Orte der Gefahr einstellten, und meist erst dann erschienen, wenn die Gefahr für den Organismus schon in der Hauptsache überwunden war. Dann konnte man allerdings bemerken, wie sie die durch andere Schutzstoffe, auf die wir sogleich eingehen müssen, geschwächten und womöglich schon getöteten Mikroorganismen verzehrten. Man sprach daher der Phagocytose eine wesentlichere allgemeine Bedeutung bei der Bekämpfung der Bakterieninvasionen ab, und betrachtete die Leukocyten eben nicht mehr als „Kampfzellen“, sondern nur noch als „Resorptionszellen“. Und das anscheinend mit Recht. Denn es erwies sich, daß dem Blutserum genügend Kräfte innewohnten, um den Kampf mit den Bakterien allein aufzunehmen und daß den Leukocyten höchstens die Aufgabe zufalle, die Leichen der gefallenen Bakterien fortzuschaffen.

Es zeigte sich nämlich, daß dem Immunserum die Wirkung zukommt, die betreffenden Infektionserreger zu agglutinieren*), ferner sie geradezu aufzulösen; und daß es häufig selbst im Reagenzröhrchen, außerhalb des Tierkörpers, eine spezifische bakterizide Wirkung zu entfalten vermag.

Da wurde 1895 von Denys und Leclef die merkwürdige Beobachtung gemacht, daß das Serum von Kaninchen, die gegen den Staphylococcus pyogenes aureus (einer der verbreitetsten Eitererreger) immunisiert waren, eigentlich recht geringe bakterizide Eigenschaften besitzt, daß aber, wenn dies Immunserum mit Leukocyten des immunisierten Tieres oder auch eines normalen Tieres gleicher Art zusammengebracht wurde, diese die Bakterien in relativ sehr großer Menge zu fressen vermögen, während sonst die Leukocyten des Kaninchens virulente Streptococcen gar nicht oder nur sehr wenig zu fressen pflegen.

*) Unter Agglutination versteht man das Phänomen, daß die vorher in einer Flüssigkeit homogen verteilten Bakterien, auf Zusatz eines spezifischen Immunserums zu kleinen Klümpchen zusammenbacken und sofern sie Eigenbeweglichkeit besitzen, diese verlieren. Mit der Agglutination geht Hand in Hand eine bakterizide Wirkung, die entweder durch dieselben Stoffe, die die Agglutination erzeugen, bedingt ist, oder aber nach Buchner, Bordet und Gruber durch die Alexine hervorgerufen wird, welche ihre Wirkung erst entfalten können, nachdem vorher eine spezifische Agglutination stattgefunden hat.

Daß die Leukocyten durch die Immunisierung nicht in dem Sinne verändert werden, daß sie durch dieselbe erst die Eigenschaft gewinnen, die Bakterien in sich aufzunehmen, war dadurch bewiesen, daß es gleichgültig ist, ob die Leukocyten von einem immunisierten Tiere stammen oder nicht. Das Wesentliche ist, daß das Serum von einem immunisierten Tiere stammt.

Diese Wirkung des Immunserums auf die Bakterien, gegen welche das Tier immunisiert ist, in dem Sinne, „daß sie den Leukocyten als bereite Beute anheimfallen“, bezeichnet nun Wright als „opsonic effect“,*) und die Körper, die bei der Immunisierung entstehen, die diese Wirkung ausüben, nannte er Opsonine. Sie müssen naturgemäß, ähnlich wie die vorhin erwähnten Agglutinine, zu den bakteriziden Stoffen gerechnet werden.

Nehmen wir die Tatsache des Bestehens solcher Stoffe im Blutserum an, so erklärt sich sogleich der Umstand, daß, wie wir vorhin sahen, die Leukocyten erst dann an dem Kampfe gegen die Bakterien sich beteiligen, wenn schon die Hauptschlacht gegen diese geschlagen ist (was man ja als Grund gegen die Phagocytentheorie Metschnikoffs anführte), ganz ungezwungen dadurch, daß die Leukocyten eben erst als Phagocyten fungieren können, wenn genügend opsoninhaltiges Immunserum produziert ist, daß dann aber die Phagocytose vielleicht einen wesentlichen Anteil an der wirksamen Bekämpfung der Bakterien übernimmt.

Es scheint mir angebracht, hier sogleich, ehe wir auf die praktische Bedeutung dieser neuen Wrightschen Theorie eingehen, die Hauptresultate der Arbeiten dieses Forschers anzuführen:

Normales Blutplasma resp. Serum besitzt dieselbe opsonische Wirkung gegenüber Bakterien verschiedener Art.

Diese Wirkung verliert das Serum, wenn man es auf 60 Grad erhitzt. Solches Serum nennt er inaktiviert.

2. Dieses besitzt denselben Einfluß wie physiologische Kochsalzlösung auf die Phagocytose.

4. Die opsonische Kraft geht dem Serum beim Stehen-

*) Das Wort opsonisch stammt von dem lateinischen Verbum opsono = ich besorge Nahrungsmittel für jemand.

Feuilleton.

Das Silber als Arzneimittel.

Von Dr. **E. Roth.**

Da das Silber namentlich durch das Vorgehen von Credé neuerdings wieder einen so hervorragenden Platz in der Arzneikunde einnimmt und der Höllensteinstift niemals gänzlich aus der Hand der Mediciner geschwunden ist, dürfte es wohl interessant sein, einmal rückwärts zu verfolgen, wie und seit wann dieses Metall in die Therapie eingeführt wurde und zu welchen Zwecken es speziell diente.

Als Leitfaden dazu dient uns ein Werk von F. Krahmer, damaligen Arzte und Privatdozenten der Medicin zu Halle (Halle, E. Anton, 1845).

Zuerst begegnet uns das weiße Metall als Arzneimittel bei den Arabern, welche das Silber in Verbindung mit anderen Gemischen gegen Krätze und Hautjucken empfahlen; auch gegen üblen Mundgeruch und Herzzittern fände es brauchbare Verwendung. Doch lassen sich von der Verschreibung des salpetersauren Silbers oder eines anderen löslichen Silbersalzes weder bei Avicenna noch bei einem anderen Araber der frühesten Zeit Andeutungen eruieren. Der medicinische Gebrauch des Silbers scheint also bei den Arabern immerhin höchst unbedeutend gewesen zu sein.

In Europa war man dann bald von der Vortrefflichkeit des Silbers als Arzneimittel überzeugt, wenn auch vielleicht aus dem einzigen Grunde, weil es überhaupt ein wertvoller Gegenstand war; man suchte deshalb auch nach Mitteln und Wegen, das verborgene, innerste heilkräftige Wesen aufzuschlichten, zu läutern und zu heben. Dabei kann man sich aber nicht von der Meinung frei machen, daß naturgemäß das Silber weniger heilkräftig als das Gold sein müsse, gemäß der allgemeinen Wertschätzung des gelben Metalles.

Bei Paracelsus ist der Kreis, welcher dem Gebrauche des Silbers eingeräumt wurde, bereits beträchtlich gewachsen. Die Heilkräfte der Präparate lassen sich gegen schmerzhafte Leiden des Kopfes, der Milz, der Leber verwenden, sie sind vortrefflich gegen unterdrückte Ausleerungen. Anzunehmen ist dabei, daß es sich um Schwefelsilber handelte oder ein mehr weniger reines kohlensaures Kali gegeben wurde.

Libavius war von der pharmakodynamischen Bedeutung der Silbermittel weit überzeugter; er empfahl die Essenz des weißen Metalls gegen Epilepsie, Manie, Phrenitis, den Schlagfluß usw. Auf diesen Spagyriker ist dann auch wohl zurückzuführen, daß man am Ende des 18. Jahrhunderts plötzlich begann, in England den Höllenstein gegen Epilepsie in Gebrauch zu nehmen. Er war 1540 in Halle geboren, hieß eigentlich Andreas Libau und schrieb wohl das erste Lehrbuch der Chemie.



lassen verloren und zwar zirka fünfzig Prozent in vier bis fünf Tagen.

4. Im Zustande der Immunität ist die opsonische Kraft außerordentlich erhöht.

Die Tatsache, daß das Serum beim Stehen seine opsonische Kraft mehr oder weniger einbüßt, erklärt wohl die von mehreren Seiten gemachte sonderbare Erfahrung, daß z. B. Streptococcen im Antistreptococcenserum sehr wohl zu wachsen vermögen und auch, wenn sie nur vorsichtig behandelt werden, ihre Virulenz behalten. Ueberdies spielt ja schließlich bei der Vernichtung der Bakterien die Wirkung der Opsonine nicht die einzige Rolle, da diese ja die Bakterien nur dazu präformieren, daß sie für die Leukocyten aufnahmefähig werden, dann aber die Arbeit der Leukocyten einsetzt, durch deren verdauende Kräfte die Bakterien endgültig vernichtet werden.

Schließlich wurde noch von Wright eine anti-opsonische Wirkung konstatiert bei Blutserum, das mit Typhusbazillen behandelt war; und es wäre immerhin denkbar, daß der Organismus sich mit der Produktion der Agglutinine gegenüber diesen Bakterien begnügt und die Bildung der Opsonine in diesem Falle verschmäht. Denn gerade bei dieser Infektion ist die Agglutininbildung so markant und augenfällig, daß sie ja bekanntlich als Hilfsmittel zur Diagnosenstellung vorteilhaft verwandt werden kann.

Aus diesen angeführten Tatsachen ergibt sich nun in praktischer Hinsicht zweierlei.

1. Wenn es gelingt, für die Größe der opsonischen Kraft eines Serums gegenüber bestimmten Bakterien, ein Maß zu finden, so haben wir damit zu gleicher Zeit auch ein Maß für die Größe der Immunität des Serums gegenüber den betreffenden Bakterien, und zwar muß die Immunität um so größer sein, um so größer die opsonische Kraft ist. Diese Ueberlegung führt dazu, die Bestimmungen der opsonischen Kraft für die Prognose einer infektiösen Krankheit zu verwenden. Diese wird sich natürlich um so besser stellen, je größer die opsonische Kraft und somit auch die Immunität ist.

2. Will man die opsonische Kraft in dem Blutserum eines Individuums erhöhen, um es damit im Kampfe mit den Infektionserregern zu unterstützen, so würde das am zweckmäßigsten dadurch geschehen, daß man es aktiv immunisiert, d. h. indem man durch Einführung kleiner, allmählich steigender Dosen von Bakterientoxinen*) die Bildung der Opsonine anregt.

*) Es ist hierbei wohl aber von Wichtigkeit, daß, wie wir später bei der genaueren Angabe der Technik sehen werden, man nicht nur Extrakte aus den Bakterien benutzt, sondern abgetötete Kulturen, die noch die Bakterienleiber mit ihren Bakterienkörpergiften enthalten.

Die passive Immunisierung wäre erstens schon deshalb unvorteilhaft, da das Serum ja immer ganz frisch gewonnen sein müßte, da es ja, wie wir vorhin sahen, beim Stehen seine opsonische Kraft mehr oder weniger einbüßt, und zum andern auch deshalb unvorteilhaft, da es zum mindesten fraglich erscheinen kann, ob durch die Einführung eines artfremden Blutserums nicht eine schädigende Wirkung auf die Leukocyten ausgeübt werden kann, denen ja die endgültige Vernichtung der Bakterien zukommt.

Zum Schlusse, ehe wir auf die technisch-praktische Seite etwas näher eingehen, sei noch die Frage, ob die Hyperleukocytose einen Einfluß auf die opsonische Kraft und auf die Phagocytose ausübt, kurz erwähnt. Es liegt hierüber eine größere Arbeit von Ledingham und Bullock vor. Die Autoren kommen auf Grund eines großen experimentellen Materials zu der Ansicht, daß die Hyperleukocytose keinen Einfluß auf die opsonische Wirkung ausübt.

Zur Bestimmung der opsonischen Kraft dient der

$$\text{opsonische Index} = \left\{ \frac{\text{Zahl der v. den Leukocyten aufgenommenen Bakterien in dem zu untersuchenden Serum.}}{\text{Zahl der von den Leukocyten aufgenommenen Bakterien in dem Normalserum.}} \right.$$

Es ist klar, daß für die Bestimmung dieser Größe eigens ein technisches Verfahren ausgearbeitet werden mußte, damit die experimentellen Bedingungen dauernd möglichst gleichmäßige sind, und auf diese Weise kleinere Fehler, wie sie bei dergleichen Untersuchungen unvermeidlich sind, dadurch, daß strictissime nur nach einer Vorschrift gearbeitet wird, in Wegfall kommen.

Wir wollen die Bereitung der einzelnen Komponenten, die zu dieser Untersuchung notwendig sind, der Reihe nach besprechen. (Schluß folgt.)

Freilich, Genaueres über die von Libavius empfohlenen Präparate zu geben, bleibt uns wohl für immer versagt, und erst mit Angelus Sala (Anfang des 17. Jahrhunderts) beginnen die Darstellungen chemischer Operationen klarer, deutlicher und bestimmter zu werden; mit ihm hebt wohl die sichere, nicht nur konjekturale Geschichte des Silbers als Arzneimittel an. Er beschreibt deutlich und bestimmt die Darstellung des geschmolzenen salpetersauren Silbers und lehrt die wässerige Auflösung des zuförderst geschmolzenen Präparates in Kristallform zu bringen, wie zu medicinischen Zwecken zu verwenden; er führt dabei mehrere physikalische und chemische Eigenschaften desselben an und beschreibt ausführlich seine pharmakodynamische Wirkung und ärztliche Anwendung. Die Liste der einzelnen Krankheiten, in denen sich der Gebrauch der Silberpräparate nützlich beweisen soll, ist begreiflicherweise sehr groß; er stellt aber besonders wassersüchtige Leiden in den Vordergrund und berücksichtigt weniger die krampfstillenden Eigenschaften des Silbers. Andererseits aber leugnet dieser einsichtsvolle Arzt bereits, daß die Großsprechereien anderer Chemiker und Kollegen, welche aus dem uns beschäftigenden Körper ein schlafmachendes und schmerzstillendes Prinzip ausgezogen zu haben, sich rühmten, irgendwie begründet seien, da das Silber nicht ausziehbar sei und es überhaupt im Mineralreich kein narkotisches Prinzip gäbe. (Schluß folgt.)

Kongressbericht.

Sechzehnte Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft.

(Schluß.)

27. Hr. Eschweiler-Bonn: Demonstration zur pathologischen Histologie des Taubstummenohres.

28. Hr. R. Panse-Dresden-N.: Was können wir im histologischen Präparat des inneren Ohres als sicher krankhafte Veränderungen betrachten?

P. nennt als sicher krankhaft: im Knochen Fehlen des Mallolus, Resorption durch Osteoklasten, Apposition durch Osteoblasten, Bildung von Spangen und Ausfüllung vorgebildeter Hohlräume mit Knochen oder Bindegewebe, Blut, Eiter, Exsudat mit Fibrin, Bakterien. Im häutigen Labyrinth muß man mit der Deutung von Formveränderungen der Häute und Zellen äußerst vorsichtig sein. Außer obigen Krankheitsstoffen ist Colloid sicher krankhaft. Verschiebung der Ansätze der Membr. Reissneri beweist Erweiterung des Ductus cochlearis, bei Veränderungen der Papille ist nur bei deutlich erhaltenen Kern- und Zellgrenzen Fäulnis und Kunsterzeugnis auszuschließen. An den Nerven ist in den Knochenkanälen Querschnittsverminderung Beweis für Atrophie; im Acusticusstamm auch Folge von Zerrung bei Herausnahme des Gehirns. Ganglion spirale zeigt in der Basis öfters spärliche Zellen als Zeichen seniler Atrophie. Nervenfärbung infolge Fäulnis und der Säuren unsicher.

29. Hr. Voß-Königsberg: Wodurch entsteht der Nystagmus bei einseitiger Labyrinthverletzung?

Mitteilung der Beobachtung eines Falles, in dem, bei nachgewiesener Unerregbarkeit eines Labyrinthes, infolge einer Verletzung des anderen, vorher erregbaren Labyrinthes Nystagmus nach der unverletzten Seite hin auftrat. V. erörtert die verschiedenen Möglichkeiten, die diesfalls für die Entstehung des Nystagmus in Betracht kommen.

30. Hr. Bárány-Wien: Untersuchungen über das



Verhalten des Vestibularapparates bei Kopftraumen und ihre Bedeutung.

B. bespricht die Untersuchung des Vestibularapparates bei traumatischen Fällen mit Schwindel. Er verfügt über 40 derartige, genau beobachtete Fälle. Bei der Untersuchung wird zunächst eine genaue Anamnese erhoben, die besonders auf die Art des Schwindels eingeht. Sodann wird auf spontanen, rhythmischen Nystagmus in den Endstellungen der Augen untersucht. Nur stärkere Grade desselben bei intaktem Sehorgan haben eine klinische Bedeutung, geringere Grade sind auch bei Normalen häufig. Von großer Wichtigkeit ist die Beobachtung von Nystagmusanfällen mit Schwindel bei raschen Kopfbewegungen (Rückwärtsneigen des Kopfes, Bücken etc.). B. konnte in der Hälfte seiner Fälle dadurch die Angaben seiner Patienten verifizieren. Drittens wird der Nystagmus und Schwindel bei Drehung auf dem Drehstuhl untersucht. Hier ist die Identifikation des experimentellen Schwindels mit dem spontan auftretenden von Bedeutung. Diese Identifikation erfolgt in der Regel bis ins kleinste Detail bei Hervorrufung des rotatorischen Nystagmus, entsprechend der Tatsache, daß auch der spontane Schwindel von rotatorischem Nystagmus begleitet ist. Viertens empfiehlt B. neuerdings die Untersuchung der Gegenrollung der Augen für diese Fälle (cf. Archiv f. Ohrenheilk., 1906). Am Schlusse macht B. einen terminologischen Vorschlag. Er legt die Verwirrung dar, die durch den Gebrauch der Namen Ménièresche Krankheit, Ménièrescher Symptomenkomplex, Pseudoménière etc. in der Ohren- und Nervenheilkunde gestiftet wurde, indem heterogene Zustände mit ähnlichem oder gleichem Namen bezeichnet wurden, und schlägt die Bezeichnung vestibulare Erkrankung mit Angabe des Sitzes und der Art der Erkrankung vor.

31. Hr. Neumann-Wien: Ueber cirkumskripte Labyrintheiterung.

N. unterscheidet sowohl bei den diffusen wie bei den circumskripten Labyrinthitiden die manifesten und die latenten Formen. Vorhandensein oder Fehlen des spontanen Nystagmus (bei Blick nach der ohrkranken, bezw. der ohrgesunden Seite), der Erregbarkeit des Vestibularapparates, der Hörfunktion geben, eventuell im Zusammenhalt mit dem Befunde an der Labyrinthwand bei der Eröffnung der Mittelohrräume, nach N.s Erfahrungen zuverlässige Anhaltspunkte dafür, ob eine Radikaloperation, bezw. konservative Behandlung am Platze oder die Eröffnung der Labyrinthräume im Anschluß an die Radikaloperation indiziert ist. Wegen der Details muß auf die ausführliche Mitteilung in den „Verhandlungen der Deutschen otologischen Gesellschaft“ verwiesen werden.

32. Hr. Stimmel-Leipzig: Zur Behandlung der chronischen Otitis media durch Saughyperaemie nach Bier (nur zu Protokoll gegeben).

St. berichtet über sehr günstige Erfolge, welche derselbe mit der längere Zeit fortgesetzten Anwendung der Bierschen Saugtherapie in einer größeren Anzahl meist sehr veralteter chronischer Mittelohreiterungen seit Mai 1905 erzielte. Selbstverständlich wurden nur solche Fälle der Saugbehandlung unterworfen, bei welchen zur Zeit noch keine gefahrdrohenden Symptome für sofortige Ausführung der Radikaloperation bestanden. Neben prompter Abnahme von Eiter und Foetor wurde häufig auch wesentliche Hörverbesserung beobachtet.

Die Zahl der Saugstauungen, welche zur völligen Heilung erforderlich waren, betrug nach der hartnäckigsten Eiterung 35 und bei dem am schnellsten geheilten Falle 5. Die Dauer der einzelnen Saugstauung hat 15 Minuten nie überschritten, und kam dieselbe jeden zweiten bis dritten Tag zur Anwendung. Schmerz darf dabei nie im Innern des Ohres empfunden werden.

33. Hr. Dahmer-Posen: Die Trockenbehandlung der perforativen und exsudativen Mittelohrentzündung.

Die Trockenbehandlung der perforativen und exsudativen Mittelohrentzündung geschieht mit gestielten Ohrtampons, welche aus einem konischen Buchsbaumhölzchen bestehen, das vorn in kochendes Paraffin getaucht ist. Um das Hölzchen ist doppelt gesäumte, weitmaschige Gaze in der Art gewickelt, daß der Führungsstab nicht bis ganz nach vorn reicht, sondern einige Millimeter wegbleibt und so von der Gaze eine Art Pinsel gebildet wird, wodurch jede Verletzung des Gehörgangs und des Trommelfells vermieden wird.

Dieser weiche Gazebausch kann beschickt werden mit feinpulverisierter Borsäure. Der Patient führt sich die Tampons selbst ein auf folgende Weise: Die Papierhülse wird entfernt, die Ohrmuschel nach hinten gezogen, der Tampon in den Gehörgang bis zum Trommelfell eingeführt, der Tragus gegen die Gaze gedrückt und der Führungsstab leicht herausgezogen. Die Einführung geschieht dann, wenn ein in der Ohrmuschel liegender Gazetampon feucht wird. Durch die Cappillarität der Gaze wird jede Sekretansammlung vermieden.

34. Hr. Reichel-Bremen: Bericht über 60, nach Killians Methode ausgeführte Radikaloperationen bei Nebenhöhleneiterung.

R. demonstriert zahlreiche, zum Teil schon vor mehreren Jahren operierte Patienten. Der Erfolg war in Bezug auf Kopfschmerzen und Sekretion bei zwei Patienten nicht befriedigend, bei 14 leidlich gut und bei 34 sehr gut. Doppeltsehen trat anfänglich öfter auf, verschwand aber gewöhnlich nach kurzer Zeit. Deformationen, die bei den neueren Operationen nicht mehr vorkamen, machten in vier Fällen eine Korrektion durch Paraffineinspritzung erforderlich. Noltenius, aus dessen Privatklinik die demonstrierten Fälle stammen, bildet eine ziemlich breite (bei großen Höhlen bis 1 cm breite) Knochenspange von ganz horizontalem Verlauf und empfiehlt noch einige andere Modifikationen der ursprünglichen Killianschen Vorschrift.

In der Geschäftssitzung wurde als Ort der nächstjährigen Versammlung Heidelberg gewählt; dem Vorstande wurde überlassen, eventuell nach Unterhandlung mit dem Verein Süddeutscher Laryngologen, den Zeitpunkt so zu verschieben, daß der Besuch beider Versammlungen erleichtert werde. Als Vorstandsmitglied an Stelle des verstorbenen Reinhard-Duisburg wurde A. Hartmann-Berlin gewählt.

Die Gesellschaft hat 4 Mitglieder durch den Tod verloren, 5 sind ausgetreten, 32 neu aufgenommen, so daß die Mitgliederzahl jetzt 381 beträgt. Die Präsenzliste wies 98 Namen auf. Die Gesellschaft hat auch in diesem Jahre ein neues Heft des Werkes über die Anatomie der Taubstummheit herausgegeben, das zwei Abhandlungen von Schwabach-Berlin und Denker-Erlangen enthält.

Die geselligen Veranstaltungen waren trefflich gelungen: der Begrüßungsabend im Alt-Bremer-Haus war stark besucht, am 17. hatte der Hohe Senat die Gesellschaft zu einem Frühstück im Ratskeller eingeladen, das sehr fröhlich verlief. Nicht minder gehobene Stimmung herrschte beim Festessen am Abend des gleichen Tages. Die gastlichen Bremer Kollegen Noltenius und Winckler boten ein Frühstück in der kurzen Pause der Sonnabendsitzung, und auf die freilich zeitweise recht bewegte See führte eine große Zahl der Teilnehmer die liebenswürdige Einladung des Norddeutschen Lloyd am Sonnabend Nachmittag. Die Deutsche otologische Gesellschaft wird die Versammlung in der alten Hansestadt in dankbarer Erinnerung behalten.

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 15. Mai 1907.

Vor der Tagesordnung:

v. Pirquet demonstriert an einer Reihe von Kindern die Tuberkulin-Diagnose durch Haut-Impfung.

Diskussion: Baginsky hat zahlreiche Versuche mit positivem Ergebnis gemacht. Ob die Reaktion freilich ganz spezifisch ist, ist noch nicht völlig sicher; in einzelnen Fällen, wo eine Tuberkulininjektion eine sichere Reaktion gab, zeigte die Impfmethode ein negatives Resultat. Jedenfalls aber ist die neue Methode außerordentlich interessant und für den Praktiker eminent wichtig.

Wolf hat zahlreiche Impfungen an Erwachsenen vorgenommen und sehr häufig positive Resultate erzielt. Vieles bleibt aber noch



rätselhaft; so ergab die stärkste Reaktion ein Patient mit Mitralinsuffizienz, der keinerlei klinische Zeichen einer Tuberkulose aufwies. Mittelschwere Reaktionen erzielte er bei Spitzenkatarrhen, keine bei anscheinend Gesunden und bei progressiven Phthisen. Bei conjunctivaler Applikation des Tuberkulin waren die Resultate denen bei cutaner Impfung nicht parallel in allen Fällen. Eine Allgemeinreaktion wurde gelegentlich beobachtet. Tuberkuloseimmunisierte Tiere geben die Reaktion nicht.

Lassar: Kurze Mitteilung über Atoxylbehandlung, mit Demonstration.

L. hat schon früher die Atoxylbehandlung der Syphilis versucht; über Dosen von 0,2 g, dreimal wöchentlich, wagte er nicht hinauszugehen; damit war aber bei der Lues nichts zu erreichen; die Resultate blieben völlig unbefriedigend. Nach neueren Mitteilungen aus dem Institut Pasteur sind aber wesentlich höhere Dosen (bis über 1 g) als erlaubt zu betrachten. L. hat darauf erneut eine Reihe von Syphilisfällen mit Atoxyl behandelt und 0,5 g zwei- bis dreimal wöchentlich gegeben; darunter gingen die syphilitischen Erscheinungen prompt zurück. Ob alle Patienten ebenso resistent gegen Atoxyl sind, wie die Versuchspersonen, ist mit den wenigen Fällen nicht bewiesen, ebensowenig, ob das Atoxyl besser ist als die anderen Mittel gegen Syphilis. Primäraffekte werden schon durch wenige Injektionen zur Involution geführt. L. gibt sein Urteil zunächst vorsichtig dahin ab, daß Atoxyl auslöschend auf die Symptome der Syphilis wirkt.

Diskussion: Uhlenhut hat gute Wirkungen des Atoxyls bei experimentell syphilitischen Affen gesehen.

Blaschko meint, daß, da primäre und sekundäre Syphilissymptome auch von selbst schwinden, die vorgestellten Fälle nicht viel beweisen.

Hoffmann hat auch lokalisierte Syphilome unter Atoxylbehandlung heilen sehen.

v. Coenen demonstriert einige Fälle von Schädelverletzungen, die er in der Bergmannschen Klinik beobachtete. Bei dem ersten Patienten trat nach einem Fall auf den Kopf sofortige Lähmung ein; die Trepanation zeigte, daß eine Splitterfraktur des Schädels und eine Blutung aus der Arteria meningea media vorlag. Der Gehirnprolaps und der große Defekt im knöchernen Schädel wurde durch doppelte Lappenbildung gedeckt. Bei einem zweiten Falle traten nach einer Quetschung des Schädels keine Herdsymptome auf, aber schwere Allgemeinerscheinungen. Die sofort vorgenommene Trepanation zeigte, daß eine Impression vorlag und Splitter ins Gehirn gedrungen waren, deren Beseitigung leicht gelang. Schon wenige Stunden nach der Operation war der Puls wieder langsam, das Bewußtsein zurückgekehrt. Der günstige Erfolg dürfte wohl nur der sehr frühzeitig vorgenommenen Operation zu danken sein. Bei einem dritten Falle, der nach Schlag auf den Kopf mit hohem Fieber und Lähmungserscheinungen erkrankt war, der erst am vierten Tage zur Operation kam, fand sich eine starke Impression; die Trepanation brachte vorübergehende Besserung, bald stellten sich metastatische Abscesse ein, der Tod erfolgte durch Pyaemie.

Guleke berichtet über einen Fall von Stichverletzung des Großhirns.

Der Patient wurde in tiefem Coma reaktionslos eingeliefert; es bestand eine motorische Aphasie, halbseitige Lähmung. Die Trepanation zeigte, daß ein Knochenstück abgesprengt und ins Gehirn gedrungen war. Die Rückbildung der Lähmungen erfolgte in verschieden langsamer Weise.

Wolff demonstriert an sich selbst die Serumkrankheit, die auf Eiweißüberempfindlichkeit gegenüber Pferdeserum beruht. Nach einer Tetanusseruminjektion entwickelte sich bei ihm sehr schnell eine lokale Reaktion in Gestalt einer urticariaähnlichen Eruption, der nach drei Tagen ein Nachschub folgte.

Tagesordnung:

Plehn: Ueber perniciöse Anaemie.

Aus der Fülle von Krankheitsbildern, die als perniciöse Anaemie gelten, will P. zwei Gruppen herausheben. Die erste betrifft Individuen vorgerückteren Alters. Dieselben klagen im wesentlichen über Schwäche, besonders der Verdauungsorgane, fühlen sich aber keineswegs dem schweren Krankheitsbilde entsprechend schlecht. Meist sind Zeichen von Nephritis vorhanden, Veränderungen des Magensaftes sind nachweisbar, ebenso solche von seiten des Nervensystems; Geräusche am Cor werden selten vermißt; öfters treten Fieberstörungen ohne lokale Ursache auf; eine Abmagerung ist nicht immer vorhanden; Schmerzen fehlen fast stets; am hervorstechendsten ist immer eine enorme Blässe der Haut und der Schleimhäute. Der Blutbefund kann in solchen Fällen die Diagnose perniciöse Anaemie ergänzen; der mikroskopische Blutbefund kann aber auch fast völlig normal sein, ohne daß deshalb der schlimme Ausgang aufgehalten wird. Das Auftreten von Myeloblasten ist nicht von ausschlaggebender Bedeutung: wichtiger erscheint die Poikilocytose und der verschiedene Farbengehalt der roten Blutkörperchen; der Haemoglobingehalt findet sich herabgesetzt. Diese perniciöse Anaemie im engeren Sinne dürfte häufiger vorkommen, als gemeinhin angenommen wird; oft genug kann erst der charakteristische pathologisch-anatomische Befund die Deutung des Krankheitsbildes entscheiden. P. verfügt über 25 einschlägige Beobachtungen. Wenn nach dem Blutbefund die Entwicklung einer perniciösen Anaemie anzunehmen war, war therapeutisch nichts mehr zu erreichen. Weiter könnte in dieser Hinsicht vielleicht die frühzeitige genaue Magenuntersuchung führen. Anatomisch sind Veränderungen am Magen, nicht am Darm nachzuweisen. Diese können aber nicht die Ursache der perniciösen Anaemie sein; ebensowenig ist die Unterernährung als solche anzusprechen. Es muß sich vielmehr um eine Vergiftung handeln, durch Toxine oder durch unvollständig abgebaute Nahrungsstoffe. Der Salzsäuremangel ist nicht die Ursache der Entstehung des endogenen Giftes, aber seine Voraussetzung. Die Giftwirkung ist keine haemolytische, sondern eine spezifische, die gleichzeitig die verschiedenen Symptome auslöst. Ob verschiedene enterogene Gifte vorhanden sind, oder ob eine verschiedene persönliche Disposition die atypischen Formen erklärt, ist nicht zu entscheiden.

Bei einer zweiten Gruppe von Fällen steht die haemorrhagische Diathese völlig im Vordergrund des Krankheitsbildes. Die von P. beobachteten betrafen jugendliche Individuen. Die Hauptbeschwerden bezogen sich auf Blutungen; nie fanden sich Störungen der Magensekretion; der mikroskopische Blutbefund zeigte Megalocyten, Megablasten, Poikilocytose, Herabsetzung des Haemoglobingehaltes, Blutplättchen fehlten. Die Erkrankung setzte plötzlich ein und zeigte einen Verlauf wie eine akute Infektionskrankheit mit schwerem Fieber. Trotz des bedrohlichen Verlaufs endete die Erkrankung aber fast immer mit Heilung. Therapeutisch erwiesen sich als wirksam Gelatineinjektionen (30 bis 60 g einer 20%igen Lösung), Adrenalin, subcutane Arsenapplikation; in einem Falle brachte die Röntgenbestrahlung schon innerhalb von 14 Tagen einen verblüffenden Erfolg. Bei den Achylikern der ersten Gruppe wurde dieselbe dagegen vergeblich versucht.

Standesfragen.

Von Dr. M. Cohn (Berlin-Charlottenburg).

XXXV. Deutscher Aerztetag zu Münster i. W. am 21. und 22. Juni 1907.

II.

Des Aerztetags zweiter Verhandlungstag begann mit der Besprechung des Verhältnisses zu den Lebensversicherungsgesellschaften, die durch Lent (Köln) eingeleitet wurde. Dieser legte die historische Entwicklung der ganzen Angelegenheit dar, und erörterte dann die zu besprechenden Fragen, unter denen die Honorarfrage die wesentlichste sei, da die Gesellschaften eine Erhöhung der Honorare unbedingt ablehnten. Zur Diskussion wurden dann folgende Anträge gestellt:

a) Antrag des Berliner Standesvereins zahlreich unterstützt: Der Aerztetag wolle beschließen:

1. Als Grundlage für die zukünftige Vereinbarung mit den Lebensversicherungsgesellschaften gilt der Honorarsatz von M. 10 für die Ausstellung des hausärztlichen Attestes.

2. Für den Fall der Ablehnung dieses Vorschlags durch den Verband der Lebensversicherungsgesellschaften wird der Geschäfts-



ausschuß beauftragt, den jetzigen Vertrag zu dem nächstzulässigen Termin zu kündigen.

b) Antrag Löwenstein (Elberfeld):

1. Für Aufnahmeatteste der Vertrauensärzte sind mindestens M. 15, für Hausarztatteste M. 10 bei Lebensversicherungsgesellschaften zu fordern.

2. Eventualantrag bei Ablehnung des ersten Antrags: Die Regelung und der Abschluß der Verträge soll der wirtschaftlichen Abteilung des Aerztevereinsbundes nach Kündigung der jetzigen Verträge übertragen werden.

c) Antrag Bergeat (München):

Der Aerztetag beschließt, die Angelegenheit an die zu erweiternde Kommission zu überweisen mit dem Antrage, weiter zu verhandeln unter der Grundbedingung einer Erhöhung der bestehenden Honorarsätze.

In der sehr lebhaften Diskussion zeigte sich bald, daß die Zahl der Gegner der Honorarerhöhung sehr gering war und wesentlich aus Direktionsärzten bestand, welche die sonderbare Behauptung aufstellten, die Gesellschaften seien außer Stande, die Honorarerhöhung zu tragen. Die Abstimmung ergab die Annahme des Antrages Löwenstein mit großer Majorität und die Annahme der Nr. 2 der Berliner Anträge.

Es folgt der Bericht der Kurpfuschereikommission durch Deahna (Stuttgart) und im Anschluß daran die Beratung der Anträge Leipzig (Land): Der Aerztetag erklärt erneut das gesetzliche Verbot der Kurpfuscherei im Deutschen Reiche für dringend nötig. Dieser wurde nach Begründung durch Götz (Leipzig) fast einstimmig angenommen nach einer lebhaften Diskussion, in der besonders die Darlegungen von Franz (Schleiz) über die in Reuß j. L. übliche Behandlung der Kurpfuscher große Heiterkeit erregt. Zur Annahme gelangten ferner ein Antrag Korman (Leipzig): „Die Kurpfuschereikommission zu beauftragen, für ganz Deutschland das Material über das Geheimmittelwesen aus den Tageszeitungen zu sammeln, zu ordnen und es den gesetzgebenden Faktoren zu unterbreiten" und ein Antrag Hesselbarth (Berlin): Der Aerztetag möge sein Interesse für die nötigen Kämpfe gegen die Kurpfuscherei dadurch bezeugen, daß er eine Summe von M. 500 an die Geschäftsstelle der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Kurpfuscherei zu entrichten beschließt.

Es wurde alsdann die Beratung der über die Unterweisung und Erziehung der Schuljugend zur Gesundheitspflege aufgestellten Thesen auf das nächste Jahr vertagt und gleichzeitig auf Antrag Sternfeld (München) beschlossen, die Frage der Schularztsysteme auf den nächsten Aerztetag zur Erörterung zu stellen.

Dann folgten die üblichen Kommissionsberichte, die nichts besonderes boten, und mit den üblichen Dankesbezeugungen wurde der Aerztetag geschlossen.

Periodische Literatur.

Münchener medicinische Wochenschrift. Nr. 16. 1907.

1. Lenhartz, Hamburg: **Ueber die akute und chronische Nierenbeckenentzündung.**

Pyelitiserkrankungen, die primär oder im Anschluß an Schwangerschaft und Wochenbett entstehen, sind nicht so selten, als gemeinhin angenommen, und verdienen wohl Beachtung neben den bekannteren Sekundärinfektionen bei alten Prostatikern, Stein- und Rückenmarkskranken, umsomehr als sie meist durch einen charakteristischen Gang der Eigenwärme ausgezeichnet sind. Bezüglich der Entstehung ist durchgängig eine aufsteigende Infektion anzunehmen von den äußeren Genitalien aus. Die Pyelitis kommt mit überwiegender Häufigkeit beim weiblichen Geschlecht vor (in 74 von 80 durch L. beobachteten Fällen; Menses, Schwangerschaft, Wochenbett, der Katheter, Darmkatarrh bei Kindern vermitteln die Infektion. In vielen Fällen findet eine Uebertragung von Keimen vom Darm her auf die Schamspalte statt; dafür spricht, daß in 66 von den 80 beobachteten Pyelitisfällen Bacterium coli als Erreger nachgewiesen werden konnte. 11 der von L. behandelten Frauen waren schwanger, 7 im Wochenbett; bei weiteren 14 waren Beziehungen zwischen der Erkrankung und den Menses nachzuweisen. Erkrankungen der Genitalien, Verletzungen der Harnwege durch Traumen und mechanische Behandlung, vorausgehende Infektionskrankheiten, schwere Erkältungen des Unterleibs können die Vorbedingungen für die Infektion abgeben. Die Durchwanderung der Infektionskeime durch die Blase braucht sich in keiner offenkundigen Weise bemerkbar zu machen. Harnblasensymptome sind deshalb selten; ebenso Zeichen einer Mitbeteiligung des Nierengewebes; meist handelt es sich um reine Pyelitiden. Die Diagnose dieser Erkrankungen des Nierenbeckens wird zunächst ermöglicht durch einen charakteristischen Gang der Eigenwärme: häufig sind sie begleitet von einem heftigen Fieberanfall, der in 3 bis 14 Tagen abläuft, öfters durch initialen Schüttelfrost, hohe Continua und kritischen Anfall völlig dem Temperaturgang bei krouposer Pneumonie gleich, von dieser durch niedrigen Puls und die Respiration aber zu unterscheiden ist; in einer noch größeren Zahl von Fällen stellen sich bald in regelmäßigen, bald in unregelmäßigen Abständen zyklische Fieberanfälle von meist kürzerer Dauer ein. Heftige Allgemeinerscheinungen, Kopf-, Glieder-, Rückenschmerzen, Erbrechen, wie bei vielen Infektionskrankheiten, treten mit dem Fieber ein; ein Spontan- und Druckschmerz der Nieren kann auf eine Erkrankung dieses Organs hinweisen; die Untersuchung des Urins zeigt reichlich Eiter, häufig auch Blut. Die Differentialdiagnose ist keineswegs immer leicht; Appendicitis, Influenza, Pneumonie, typhöses Fieber kommen hier wesentlich in Betracht. Bei den Fällen mit zyklischem Verlauf, deren Temperaturkurve fast an Rückfallfieber erinnert, gehen die Relapse meist mit einer enorm vermehrten Ausscheidung von Bakterien im Harn einher, was darauf hinweist, daß sie durch eine akut rezidivierende bakteritische Entzündung des Nierenbeckens angeregt werden; in andern Fällen fällt der Relaps mit einer Erkrankung der vorher gesunden Seite zusammen. Auch eine Beziehung der Relapse zu den Menses ist nicht zu verkennen. Die akuten Fälle gehen meist bald in ein Latenzstadium über, in dem sie noch die Zeichen der Bakteriurie darbieten; eine geringe Zahl aber wird chronisch mit über viele Monate hin sich folgenden Anfällen. Von den 80 Patienten L.s sind 5 gestorben, davon 3 an der Pyelitis; von den 75 aus der Behandlung entlassenen waren 54 klinisch geheilt, 14 gebessert, 7 hatten noch Beschwerden. Die sogen. Geheilten befanden sich absolut wohl und hielten sich für völlig gesund; vom bakteriologischen Standpunkt aus waren das aber nur 16; denn die steril entnommenen Harnproben zeigten bei den übrigen noch die Anwesenheit der Keime, die die Infektion verursacht. Die Bakteriurie durch die bekannten internen Desinfektionsmittel zu beseitigen, gelang L. nicht. Er beschränkte deshalb die Behandlung im wesentlichen auf Verabreichung von heißem Lindenblütentee, dreimal täglich ½ l, und Applikation von Wärme oder Kälte über der affizierten Niere; Narcotica waren dann kaum nötig. Eine Wildunger Kur kann empfohlen werden. Eine aktive Behandlung der Blase ist nur erforderlich, wenn dieselbe tatsächlich miterkrankt ist; spielt die Krankheit sich im Nierenbecken ab, so sind Spülungen eher schädlich.

2. Moranik, Straßburg: **Die Behandlung schwerer Anaemien mit Bluttransfusionen.**

Verf. berichtet über sechs Fälle von schweren Anaemien, bei denen als ultimum refugium Transfusionen von defibriniertem Blut vorgenommen wurden. Zwei blieben zu kurze Zeit in Beobachtung, als daß eine deutliche Einwirkung sich hätte geltend machen können; gänzlich versagte die Transfusion in einem Falle; bei diesem ergab die Autopsie eine so extreme Verarmung des Markes an erythroblastischem Gewebe, daß eine Regeneration durch irgend einen therapeutischen Eingriff nicht zu erwarten sein konnte. Sehr günstig, zum Teil von überraschender Wirkung war das Resultat der Behandlung in den drei übrigen Fällen; vom Zeitpunkt der Transfusion trat (bei einem, nachdem unter einer dreiwöchigen energischen Arsenkur eine dauernde Verschlechterung bestanden) eine rapide subjektive und objektive Besserung ein, die zu langsamer Rückkehr des Blutbildes zur Norm führte. Die unmittelbaren Folgen der Transfusion waren bei zwei Patienten scheinbar sehr bedrohliche, Schüttelfrost, Oedeme, Dyspnoe, Haemoglobinurie, gingen aber bald vorüber; nach drei bis vier Tagen setzte dann die Wendung zum Besseren ein. Die günstige Wirkung der Transfusion ist wohl darin zu suchen, daß das



transfundierte Blut das Knochenmark in irgend einer Weise in einen Reizzustand versetzt und zu vermehrter Produktion anregt.

3. Eitner, Innsbruck: **Ueber Beobachtungen an der lebenden Spirochaete pallida.**

Die Methode der Dunkelfeldbeleuchtung, welche die Beobachtung von Objekten im auffallenden Lichte ermöglicht, ist für die Untersuchung von Spirochaeten im Nativpräparat besonders geeignet. In den meisten Fällen kann man die Pallida als Spirochaete sui generis deutlich unterscheiden; der schlanke Körper, die große Zahl steiler, gleichmäßiger Windungen, die Bewegungsart sind viel deutlicher als im durchleuchteten, bezw. am Giemsapräparat zu sehen. Die Zahl der andern Spirochaetenarten, die sich in Nativpräparaten besonders von oberflächlichen Regionen finden und zur Differentialdiagnose gegenüber der Pallida in Betracht kommen, ist ziemlich groß; der Begriff der Spirochaete refringens reicht nicht aus. Besonders wichtig sind die Spirochaetenformen, die sich bei der Balanitis errosiva finden; ähnliche trifft man auch bei luetischen Genitalaffektionen als häufige Begleitung der Pallida. Durch die Farbe, einen dickeren Körper, flachere Windungen sind sie von letzterer zu unterscheiden. Auffallend ist ferner der Unterschied in der Bewegung; sie ist bei diesen bedeutend energischer als bei der Pallida, die hauptsächlich drei Bewegungsarten zeigt, Rotation um die Längsachse, Achsenknickung und Vor- und Rückwärtsstoßen. Bei Mundaffektionen finden sich neben Spirochaeten vom Balanitistypus (Sp. buccalis) noch die Sp. dentium, die in Gestalt und Bewegung der Pallida sehr nahe steht. Beim Absterben strecken sich die Spirochaeten mehr oder weniger aus, am wenigsten die Pallida und die Sp. dentium. Verschiedentlich sind Spirochaeten aus nicht luetischen Produkten beschrieben worden, die der Pallida sehr ähnlich sein sollen. Verf. hat solche von einem ulcerierten Peniscarcinom beobachtet; in Präparaten, in denen diese mit echten Pallidae zusammengebracht waren, war es nicht mit Sicherheit möglich, die beiden zu unterscheiden. Die Pallida kann bei verschiedenen Luesfällen recht bedeutende Größendifferenzen aufweisen. Gegen Einwirkung antiseptischer Stoffe sind die Spirochaeten sehr empfindlich; Sublimat-, Karbol-, Lysollösungen in den zur Desinfektion üblichen Konzentrationen, lassen in wenigen Sekunden die Spirochaeten ihre Beweglichkeit verlieren. An lebenden Pallidis beobachtete Verf. häufig Vorgänge, die als Teilungsakte aufgefaßt werden können. Die Untersuchung mit der Dunkelfeldbeleuchtung erlaubt eine rasche und zuverlässige Konstatierung der Anwesenheit von Pallidis; daß man bei gewissenhafter und wiederholter Untersuchung Spirochaeten übersehen könne, hält Verf. für ausgeschlossen. Trotzdem hat er klinisch sichere Luesfälle gesehen, bei denen in den gut charakterisierten Manifestationen der Sekundärperiode Spirochaeten nicht zu finden waren. In anderen Fällen war der primäre Befund klinisch zweifelhaft, Spirochaeten wurden nicht gefunden; erst sekundäre Erscheinungen sicherten die Diagnose Lues und in den Efflorescenzen wurden nun auch Spirochaeten gefunden. Vereinzelt wurden schließlich auch Pallidae bei nicht syphilitischen Hautaffektionen gefunden. Dem Befunde von Spirochaeten kommt danach bei der Diagnose von klinisch unklar charakterisierten Erscheinungen nicht immer entscheidende Bedeutung zu; einerseits darf das Fehlen von Spirochaeten nicht zu schwer ins Gewicht fallen, andererseits ist ihre Anwesenheit kein absoluter Beweis für die luetische Natur einer Effloreszenz.

4. Stursberg, Bonn: **Ein Beitrag zur Kenntnis der Addisonschen Krankheit.**

Verf. berichtet über drei Kranke mit Nebennierentuberkulose, bei denen Pigmentierungen ganz fehlten oder nur angedeutet waren. Zweimal wurde das Leiden zu Lebzeiten erkannt, in einem Falle erst durch die Autopsie nachgewiesen. Von besonderer Wichtigkeit für die Erkennung der Nebennierentuberkulose ist der auffallende Gegensatz zwischen der schweren Adynamie und der verhältnismäßig guten Erhaltung des Ernährungszustandes, speziell des Fettpolsters; dieses Mißverhältnis kann nicht nur im Beginn der Erkrankung bestehen, sondern bis zum Tode fortdauern. Abgesehen von schweren Anaemien gibt es kaum eine andere Erkrankung wie die Nebennierentuberkulose, die zu schwerstem Kräfteverfall führen kann, ohne den Ernährungszustand in entsprechendem Maße zu schädigen; eine Blutuntersuchung kann hier leicht vor diagnostischem Irrtum schützen. Ein auffallender Widerspruch zwischen verhältnismäßig günstigem Ernährungszustand und schwerer Adynamie muß den Verdacht auf eine Nebennierentuberkulose hervorrufen.

5. Gierke, Freiburg i. B.: **Die Persistenz und Hypertrophie der Thymusdrüse bei Basedowscher Krankheit.**

In der Literatur finden sich etwa 40 Mitteilungen über persistierende Thymus bei Basedow, eine Anzahl, die wohl eine Zufälligkeit ausschließt. Verf. berichtet über zwei weitere Fälle. Beide zeichneten sich durch bösartigen Verlauf aus, wodurch in zwei bis drei Jahren der Tod bedingt wurde, im einen nach vorübergehender Besserung, bis unter Verkleinerung der früher deutlichen Struma rasche Verschlimmerung mit letalem Ausgang eintrat, im zweiten mit Exitus bald nach der Operation, durch die die Struma bis auf $^2/_3$ des linken Lappens exstirpiert wurde. Beide Male fand sich bei der Sektion eine beträchtliche Thymushypertrophie, deren Bau der kindlichen Thymusdrüse entspricht; die Größe ist so bedeutend, das Gewicht zwei- bis viermal so groß als zu irgend einer Zeit der normalen Entwicklung, so daß man nicht von einer einfachen Persistenz der Drüse sprechen kann; vielmehr muß sich noch eine ganze Menge Thymussubstanz neugebildet haben, so daß man von einer Hypertrophie sprechen kann. Im einen Teil zeigte das Organ die Zweilappigkeit der kindlichen Drüse, im andern aber eine glatte, rundliche Form, wie sie bei Kindern nicht vorkommt. Die Schilddrüse zeigt bei beiden Fällen wesentlich das Bild der Struma colloides, die vielfach als charakteristisch für Basedow angesprochenen Veränderungen sind wenig ausgeprägt. Die Fälle können die Vermutung bestätigen, daß gerade bei Thymushyperplasien es nicht zur Ausbildung solcher Basedowstrumen kommt, daß zwischen Thymus und Bau der Struma eine Reciprocität vorhanden ist. Basedowkranke gelten für chirurgische Eingriffe als besonders empfindlich; von den bald nach der Operation Gestorbenen weist ein weit größerer Prozentsatz Thymuspersistenz auf, als anderweitig an Basedow zu Grunde gegangene. Ein Zusammenhang der hohen Mortalität mit der Thymuspersistenz ist wahrscheinlich. Vielleicht stehen Schilddrüse und Thymus in gewissen chemischen Reaktionen; etwa so, daß pathologische Schilddrüsenfunktion und pathologische Thymusfunktion sich bis zu einem gewissen Grade kompensieren, daß Entfernung der Struma, oder wie im einen der beschriebenen Fälle, spontane Rückbildung eine thymogene Autointoxikation bewirken könnten. Diese Hypothese findet vielleicht eine Stütze in gewissen Erfahrungen mit der Organtherapie; über auffallende Erfolge mit Thymusfütterung bei parenchymatösen Kröpfen und auch beim Basedow ist verschiedentlich berichtet worden; daß bei zwei Basedowfällen, wo ein Erfolg sich nicht einstellte, die Autopsie eine hypertrophische Thymus ergab, ist vielleicht kein Zufall.

6. Eichholz: **Einige Erfahrungen über den Typhusverlauf bei geimpften und nichtgeimpften Mannschaften der Schutztruppe für Deutsch-Südwest-Afrika.**

Verf. teilt seine Beobachtungen im Etappenlazarett Windhuk bezüglich der Frage, inwieweit die Typhusimpfung imstande ist, bei trotz derselben erfolgter Infektion den Krankheitsverlauf zu mildern, mit. In seine Statistik hat er 68 Fälle aufgenommen, die folgende Bedingungen erfüllten: es mußte sich um echten Typhus handeln, der angenommen wurde, wenn die genannte Fieberkurve das typische Aussehen zeigte, wenn die Milz deutlich vergrößert war, wenn sichere Roseolen vorhanden waren; die Kranken mußten mindestens acht Tage nach Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen in das Lazarett gebracht sein und sich dort bis mindestens zehn Tage nach der Entfieberung aufgehalten haben. Die Uebersicht über die Fälle ergibt:

Gestorben sind: Geimpfte 0%, Nichtgeimpfte 8,8%.

Schwere Komplikationen (Rezidiv, Darmblutung, Lungenentzündung) haben gehabt: Geimpfte 8,8%, Nichtgeimpfte 22,6%.

Ueber 40° C hatten: Geimpfte 48,3%, Nichtgeimpfte 79,2%.

Das Fieber dauerte: bei Geimpften 12,5 Tage, bei Nichtgeimpften 14,8 Tage im Durchschnitt.

Aus der Gegenüberstellung geht hervor, daß der Geimpfte

im Verhältnis zum Nichtgeimpften durchschnittlich bessere Chancen hat. Zwischen den einmal Geimpften und den zwei- und mehrmal Geimpften war bei dem beobachteten kleinen Material ein Unterschied nicht zu konstatieren. Nach dieser Statistik scheint also durch die Typhusimpfung am meisten die Zahl der Todesfälle heruntergedrückt zu werden, dann folgt die Zahl der Komplikationen und schließlich die Höhe und Dauer des Fiebers.

7. Dehler, Frankenthal: **Zur Behandlung der Typhusbazillenträger.**

In der Pflegeanstalt Frankenthal befinden sich zwei konstante Typhusträgerinnen, die bei ungestörtem eigenen Wohlbefinden offenbar jahrelang einige Säle der Irrenanstalt durchseucht und eine Anzahl Erkrankungen an Typhus verursacht haben; erst die Unterbringung der Beiden in einer Isolierbaracke erstickte die Typhusendemie. Die eine der Patientinnen lieferte bei 39 Untersuchungen 37 mal positiven Befund von Typhusbazillen im Stuhl; in Blut und Urin waren nie Bazillen nachzuweisen. In den letzten zwei Jahren litt Patientin an schwer zu beeinflussendem Abgang von dünnflüssigem Kot, Darmschleim mit blutigen Fetzen, dabei bestand ein bedeutender Mastdarmvorfall. Sämtliche vorgeschlagenen internen Mittel zur Vertreibung der Typhusbazillen wurden vergebens angewendet. Verf. entschloß sich daher, einzig zum Versuch der Heilung der Patientin von ihren Typhusbazillen, dazu, die Gallenwege operativ zu reinigen. Nach Eröffnung der Gallenblase entleerten sich zwei kirschgroße Gallensteine, die sich bakteriologisch als steril erwiesen; nach ihrer Entfernung floß so reichlich helle Galle, daß die Entfernung der Gallenblase und Hepaticusdrainage völlig überflüssig erschien. Der erweiterte Ductus cysticus wurde durch einen dicken Schlauch drainiert. Solange die Galle aus der Fistel rasch und reichlich abfloß, waren die Typhusbazillen in derselben spärlicher, vier Wochen lang gar nicht nachweisbar; als mit allmählicher Verengerung der Fistel die Galle langsamer abfloß und ihre anreichernde Wirkung zur Geltung kam, erschienen auch zahlreichere Typhusbazillen. Nach Schluß der Fistel und Ausschaltung der Gallenblase können sich die Typhusbazillen in der nirgends mehr stagnierenden Galle nicht mehr anreichern und vermehren; seitdem die Fistel geschlossen, wird die Galle kontinuierlich in den Darm abgeleitet. Die aus den Gallengängen der Leber mit der Galle nachgeschobenen und nun in den Darm gelangenden Typhusbazillen werden hier von andern Bakterien wohl überwuchert und unschädlich gemacht; vom vierten Tage nach der Operation wurden bei der Patientin nur noch einmal im Stuhl spärliche Typhuskolonien gefunden, sonst erwiesen sich die fast sämtlich untersuchten Stühle als frei von Typhusbazillen; in Blut und Urin waren solche ebensowenig wie vor der Operation nachzuweisen. Die Patientin hat durch den Gallenverlust keinen Schaden erlitten; sie hat bei ihrer früher gewohnten Kost im Ernährungszustand zugenommen; seit der Operation hat sie keine Diarrhoen mehr gehabt, der Mastdarm ist nicht wieder prolabiert. Das nunmehr sechs Monate währende befriedigende Resultat läßt bei Typhusträgern eine Ausräumung, resp. Verödung oder totale Entfernung der Gallenblase in geeigneten Fällen als berechtigt erscheinen, solange nicht durch erhöhte Immunisierung auf sero-therapeutischem Wege oder durch andere Mittel radikale Heilung erzielt werden kann.

8. Stolzenburg, Slawentzitz: **Ueber die mit der Kuhnschen Lungensaugmaske in der Heilstätte Slawentzitz gemachten Erfahrungen.**

9. Kuhn, Berlin: **Weitere Erfahrungen mit der Hyperaemiebehandlung der Lungen mittels der Lungensaugmaske.**

10. Herz, Wien: **Zur Prüfung des Herzens auf seine Beweglichkeit.**

Die Wanderung des Spitzenstoßes, bezw. die Verlagerung des Herzens findet beim Lagerwechsel ausschließlich unter dem Einflusse der Schwere statt; die verschiedenen Grade der Verschieblichkeit sind nur durch ein verschiedenes Verhalten der die Bewegung hindernden Organe zu erklären. Um den Einfluß der Schwere ganz auszuschalten und durch Veränderung der topographischen Verhältnisse der Frage nach dem eventuell veränderten Verhalten des Aufhänge- bezw. Fixationsapparates des Herzens näherzutreten, verwandte Verf. folgendes Verfahren: man untersucht den Patienten im Stehen, bestimmt die Lage des Spitzenstoßes; hat man den Kranken nicht beeinflußt, so bewahrt er hierbei seine gewohnte mehr oder minder lässige Körperhaltung; nunmehr fordert man ihn auf, eine möglichst stramme, militärische Haltung anzunehmen und untersucht abermals. Jetzt ist der Spitzenstoß und die linke Grenze der absoluten Herzdämpfung nach rechts verschoben. Unter normalen Verhältnissen beträgt die Verschiebung im Durchschnitt etwa $1^1/_2$ cm; es gibt aber auch Fälle, wo der Spitzenstoß dann in oder außerhalb der rechten Mammillarlinie zu fühlen ist, ohne daß man eine Vergrößerung des Herzens annehmen dürfte. In Fällen, wo es sich um die ohne Röntgenapparat immer etwas schwierige Differentialdiagnose zwischen einer Verbreiterung des Herzens nach links und einer Schieflage oder lockere Verschiebung handelt, kann dieses Symptom, das Verf. als „Strecksymptom" bezeichnet, von Nutzen sein.

11. Fischer, Bonn: **Die Entdeckung der Krebsursache durch Herrn Dr. H. Spude.**

Polemische Erörterungen.

12. Deutschländer, Hamburg: **Die Hyperaemiebehandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose.** (Schluß aus Nr. 15.)

Die hierbei zu befolgenden Grundsätze faßt Verf. folgendermaßen zusammen: 1. Die Stauung muß stets von kurzer Dauer sein (täglich ein bis zwei Stunden); sie soll möglichst heiß sein, d. h. den Eindruck einer hochroten, akuten Entzündungsform hervorrufen. 2. Die Stauung darf unter keinen Umständen Schmerzen hervorrufen; es dürfen keine Oedeme entstehen. 3. Nach einer mehrwöchigen Stauungsbehandlung empfiehlt es sich, regelmäßig eine Staupause von einigen Tagen einzuschieben. 4. Fistulöse und abscedierende Tuberkulosen werden mit der Saughyperaemie behandelt. 5. Die Hyperaemiebehandlung soll möglichst frühzeitig beginnen und möglichst lange, auch nach Schwinden äußerer Entzündungserscheinungen fortgesetzt werden, um Rezidive zu vermeiden. 6. Heiße Abscesse müssen frühzeitig gespalten werden. 7. Kalte Abscesse und größere Hydropsien werden unter Stauungshyperaemie punktiert, ohne daß jedoch Jodoform eingespritzt zu werden braucht. 8. Eine Immobilisation ist bei Hyperaemiebehandlung nicht notwendig; im Gegenteil sind leichte Bewegungen sogar nützlich und zweckmäßig, um die Funktion der Gelenke zu erhalten. Indessen ist streng vor einer Uebertreibung derartiger Maßnahmen zu warnen. 9. Das Prinzip der Entlastung muß auf das sorgfältigste gewahrt werden, und tuberkulöse Gelenke sind noch lange vor der Belastung zu schützen. Die Hyperaemiebehandlung betrachtet Verf. nicht nur als ein gutes, sondern als bei weitem bestes konservatives Behandlungsverfahren; es bringt nicht nur die Tuberkulose zur Ausheilung, sondern es bewirkt in vielen Fällen die Ausheilung mit gut beweglichen Gelenken und mit guten Funktionen.

Wiener klinische Wochenschrift. Nr. 12. 1907.

1. Fränkel: **Vinzenz von Kern — Joseph Lister.**

Rede, gehalten am 15. März in der Hauptversammlung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

2. R. Kraus und v. Stenitzer, Wien: **Ueber Toxine des Typhusbazillus.**

Die Frage, ob der Typhusbazillus spezifische Gifte produziere, ist seit längerer Zeit Gegenstand eifrigen Studiums. Chantemesse gelang der Nachweis eines bakteriellen Toxins aus den Typhusbazillen und später einigen andern Forschern die Gewinnung gelöster, giftiger Substanzen aus Agarkultur von Typhusbazillen mit antigenen Eigenschaften. Der Nachweis der löslichen Gifte bei vielen Bakterien gelingt oft nicht, weil die Nährmedien, die bei der Toxindarstellung eine Rolle spielen, nicht genügend berücksichtigt werden, und weil die toxigene Eigenschaft der Bakterien sehr variabel ist. Verf. verfuhren nun so, daß sie aus Typhusleichen gezüchtete, biologisch bestimmte Stämme in verschiedenartig präparierter Bouillon verschieden lange züchteten und in den Filtraten dieser Bouillonkulturen die Gifte nachwiesen. Für den Giftnachweis bedienten sie sich der intravenösen Injektion, was das Gelingen des Giftnachweises förderte. Aus der ersten Tabelle über die Giftproduktion verschiedener Typhusstämme geht hervor, daß es gelingt, in verschiedenaltrigen, ver-

schieden alkalisierten Bouillonkulturen einzelner Stämme giftige Substanzen nachzuweisen, welche in Mengen von 0,5, 1, 2 und 3 cm³ bei intravenöser Injektion Kaninchen vom Gewichte 800 bis 1000 g innerhalb 5 bis 24 Stunden zu töten. Bei der Obduktion gelang es bisher nicht, irgend welche Veränderungen nachzuweisen, die als spezifische Wirkungen des Typhusgiftes anzusehen waren. Die Darstellung des Giftes ist schwer; es glückte nicht, einen Nährboden zu finden, in welchem die Giftbildung konstant optimal vor sich ging, das Gift selbst ist äußerst labil; Fällungsmethoden haben kein resistenteres Toxin ergeben. Die zweite Tabelle zeigt, daß ein mit diesen Giften gewonnenes Serum die Fähigkeit besitzt, dieses Gift spezifisch zu neutralisieren; im Prinzip ist damit die Frage entschieden. Es hat sich herausgestellt, daß dem Serum der vorbehandelten Tiere eine giftneutralisierende Wirkung in Mengen zukommt, in welchen weder Serum normaler Tiere, noch das mit anderen Toxinen (Dysenterie, Cholera) immunisierter Tiere sich wirksam erweist. Aus der dritten Tabelle geht die Indentität der in den Filtraten aus Bouillonkulturen nachgewiesenen Gifte mit den Endotoxinen von Besredka und Macfadyen hervor; denn es gelang, mit dem Antiendotoxin letztgenannter Forscher das Toxin der Verf. zu neutralisieren. Zu betonen wäre, daß mit diesen Versuchen der Streit wohl entschieden ist, ob die Toxine als Sekretionsprodukt der Bakterien aufzufassen sind oder ob sie durch Zerfall der Bakterienleiber entstehen. Zum Schluß machen Verf. darauf aufmerksam, daß Bail jetzt seinen Aggressiven der Typhusbazillen giftige Eigenschaften zuschreibt, die er ihnen früher für gewöhnlich nicht zuerkannt hat. Der Nachweis, daß Exsudate von mit Typhusbazillen infizierten Tieren giftig wirken, sei bereits von F. Lange vor zwei Jahren geliefert und daher nicht mehr neu.

3. R. Kraus: **Erwiderung auf L. Zupniks Artikel.** (Berliner klinische Wochenschrift, Nr. 53, 1906.)

Zum Referat ungeeignet.

4. Hoke, Prag: **Ueber Bakterienpraecipitation durch normale Sera.**

R. Kraus hatte im Jahre 1897 nachgewiesen, daß in keimfreien Kulturfiltraten durch homologes Serum Niederschläge auftreten. Daraus schloß er auf eine Spezifität der Reaktion. Zum Zustandekommen eines Praecipitates sind zweierlei Dinge notwendig, ein aktives, in den Filtraten enthaltenes Prinzip, das Praecipitinogen, und ein passives, im Serum vorhandenes, das Praecipitin. Die Stärke der Praecipitation, die Raschheit der Reaktion hängen danach besonders vom Gehalt der verwandten Flüssigkeiten an den genannten zwei Stoffen ab. Es muß daher auch bei einer an Praecipitinogen reichen Flüssigkeit durch geeignetes normales Serum eine Niederschlagsbildung hervorgerufen werden können. In der Tat hat Verf. bei der Untersuchung der Fällbarkeit der Bakterienextrakte durch normale Seren gefunden, daß dem Rinder-, ebenso dem Pferde-, Schaf- und Schweineserum, nicht aber dem Kaninchen-, Meerschweinchen- und Rattenserum fällende Eigenschaften zukommen. Die Wirkung der Rinderseren auf Typhus- und Choleraextrakte war stets eine starke, sie war so deutlich, daß sie einem homologen Serum kaum nachsteht. Pferde-, Schaf-, Schweine- und Ziegenseren waren in ihrer Wirkung recht inkonstant, versagten auch gelegentlich völlig. Im normalen Menschenserum waren bisher niemals Praecipitine nachzuweisen. Rinderserum ließ sich wie Immunserum durch Erhitzen inaktivieren. Durch halbstündiges Erhitzen auf 50° wird es nur qualitativ beeinflußt. Es gelang ferner, durch Hitze inaktiviertes Rinderserum zu ergänzen, verhält sich also auch in dieser Hinsicht homologem Immunserum analog. Bei der Untersuchung, ob ein durch Choleraextrakt erschöpftes Serum noch imstande ist, Typhusextrakt zu fällen und umgekehrt, zeigte es sich, daß das durch Fällung erschöpfte Serum weder Typhus- noch Choleraextrakt mehr praecipitieren kann. Die Reaktion ist demnach nicht spezifisch und unterscheidet sich dadurch von Immunserum. Durch Immunkörperzufuhr die durch Extraktfällung erschöpften Seren gewissermaßen zu ergänzen, gelang nicht. (In Tabellen sind die genauen Resultate dargestellt.)

5. v. Fritsch, Wien: **Ein Fall von Abrißfraktur eines Dornfortsatzes.**

Ein 18 jähriger, hagerer Patient mit zierlichem Knochenbau machte beim Kohlenschaufeln eine heftige Drehung des Körpers, fühlte stechende Schmerzen im Rücken. Jede größere Bewegung verursachte darnach Schmerzen zwischen den Schulterblättern. Der Dornfortsatz des ersten Brustwirbels war auf Druck schmerzhaft, die Haut an dieser Stelle völlig normal. Bei seitlicher Verschiebung deutliche Krepitation, nach oben und unten ist der Fortsatz nur wenig verschiebbar. Beim Kopfdrehen hat Patient ebenfalls Schmerzen. Das Röntgenbild ergab eine äußerst selten vorkommende isolierte Abreißfraktur des Proc. spin. vertebr. dors. I. durch Muskelzug des Rhomboideus major. Die geringe Dislokation nach abwärts ist durch symmetrischen Zug der Musculi rhomboidei zu erklären; die mangelhafte Verschieblichkeit in den Vertikalen spricht für die relative Intaktheit des Ligamentum apicum.

Bücherbesprechung.

Die Skoliosenbehandlung des praktischen Arztes. Von Georg Müller. 33 Abb., 3 Tafeln. Therapie der Gegenwart. 1906, 3.

Die einzig wirksame und statthafte Art der Skoliosenbehandlung ist die in einem ärztlich geleiteten und gut eingerichteten Institute. Die Bestrebungen der Stadt Schöneberg (und auch Charlottenburg, Ref.), durch Turnlehrer derartige Behandlungen vornehmen zu lassen, die 14 Tage orthopädisch ausgebildet waren, wären genau so widersinnig, als wenn solchen Nichtärzten die Behandlung scharlachkranker Kinder überantwortet würde. Die Ausführungen des Verfassers gipfeln darin, daß die Skoliose eine Krankheit sei und demgemäß einzig und allein einem Arzte überantwortet werden dürfte. In den weiteren Ausführungen versucht Verf. dem praktischen Arzte einen weiteren Behandlungseinfluß zu verschaffen, als bisher, dabei betont er aber stets wieder den eingangs zitierten Grundsatz. Muskat-Berlin.

Neue Entscheidungen des Reichsgerichts.

Der Verkauf einer ärztlichen Praxis verstösst gegen die guten Sitten und ist deshalb nicht rechtswirksam.

Zu dieser neuen Entscheidung gelangte das Reichsgericht auf Grund einer Anfechtungsklage des praktischen Arztes Dr. med. K. in Aue gegen den praktischen Arzt Dr. med. B. in Dresden. Der Beklagte B., der in Dresden eine Praxis für Zahn- und Mundkrankheiten betrieb, verkaufte dem Kläger durch Vertrag vom 1. September 1902 seine Praxis in Höhe von 70000 Mark. Ueber das Vermögen des Klägers, der die Praxis am 1. April 1903 antrat, ist auf Antrag des Beklagten das inzwischen beendete Konkursverfahren eröffnet worden. Der Kläger hat daraufhin den Vertrag mit dem Beklagten auf Grund der §§ 134 und 138 des Bürgerlichen Gesetzbuchs als nichtig angefochten.

Das Landgericht zu Dresden ließ den § 134 B. G. B. gelten, da der Verkauf der ärztlichen Praxis gegen die Standesordnung für die ärztlichen Bezirksvereine im Königreich Sachsen verstoße. Auf die Berufung des Beklagten ließ das Oberlandesgericht Dresden die Entscheidung der Frage nach § 134 B. G. B. unentschieden, erklärte aber die Anfechtung des § 138 B. G. B. wegen Verstoßes gegen die guten Sitten für begründet.

Diese Entscheidung des Oberlandesgerichts wurde vom II. Zivilsenat des Reichsgerichts gebilligt. Die Annahme des Oberlandesgerichts, daß die Vertragsbestimmung einer monatlichen Abzahlung von 1500 Mark zum Nachteile für die Hilfesuchenden werden müßte, da es dem Kläger bei der drückenden wirtschaftlichen Lage hauptsächlich um hohe Einnahmen zu tun sein müsse, sei richtig. Dazu komme, daß dem unter solchen drückenden Verhältnissen arbeitenden Arzte die Arbeitsfreudigkeit und die Geneigtheit, dem Gemeinwohl zu dienen, abgehen müsse. Diese Umstände träten aber noch zu dem bei jedem Verkauf der ärztlichen Praxis sich ergebenden allgemeinen Nachteil hinzu, der darin



bestehe, daß der Verkäufer weniger auf die wissenschaftliche und sittliche Befähigung seines Nachfolgers, als auf die Höhe des Kaufpreises Rücksicht nehmen wird. Das vorliegende Verkaufsverhalten verletze somit nicht nur die Standessitten der Aerzte, sondern auch das sittliche Empfinden der Gesamtheit. Aus allen diesen Gründen sei ein Verkauf der ärztlichen Praxis nicht angängig. K. M., L.

Ist die Ausübung der ärztlichen Praxis als versicherungspflichtiger Gewerbebetrieb zu betrachten?

Diese Frage hat das Reichsgericht kürzlich in einer Streitsache der praktischen Aerzte v. C. und W. gegen die gemeinsame Ortskrankenkasse zu Hannover verneint. Die Kläger sind Spezialärzte für Frauenkrankheiten und halten in Hannover für die Zwecke ihrer Praxis eine Privatklinik. In derselben sind eine Oberin, zwei Schwestern, eine Mamsell und vier Dienstmädchen gegen Gehalt und freie Station beschäftigt. Die Ortskrankenkasse hat nun mit der Begründung, der klägerische Betrieb stelle sich als ein stehender Gewerbebetrieb dar, die Kläger veranlaßt, das erwähnte Personal für versicherungspflichtig bei ihr anzumelden. Nachdem die Kläger diese Verpflichtung erst bestritten hatten, entschied die Aufsichtsbehörde und der Magistrat von Hannover zu Gunsten der Krankenkasse. Daraufhin haben die Kläger diese Entscheidung im Rechtswege vor den ordentlichen Gerichten angefochten.

Das Landgericht Hannover hat zu Gunsten der beklagten Ortskrankenkasse auf Abweisung der Kläger erkannt. Die Berufung der Kläger wurde vom Oberlandesgericht Celle zurückgewiesen. Dahingegen schloß sich das Reichsgericht anläßlich der Revision der Kläger den Vorderrichtern nicht an, sondern erkannte für Aufhebung des oberlandesgerichtlichen Urteils. Der erkennende VII. Zivilsenat des höchsten Gerichtshofs führt hierzu aus, daß es zunächst nicht aufrecht zu erhalten sei, daß der ärztliche Beruf als solcher, wenn er zum Zwecke des Erwerbes ausgeübt werde, schon einen Gewerbebetrieb darstelle. Er nimmt Bezug auf Urteile des VI. Zivilsenats des Reichsgerichts vom 4. Oktober 1906 und des IV. Zivilsenats vom 6. März 1902, die denselben Standpunkt vertreten und erklärt dann noch, daß die Ausübung der ärztlichen Praxis allein kein die Versicherungspflicht des Personals des Arztes bedingender Gewerbebetrieb sei, auch werde durch besondere Bestimmung, wie dies hinsichtlich der bei anderen ebenfalls nicht Gewerbebetreibenden (Anwälten, Notaren, Gerichtsvollziehern pp.) beschäftigten Personen geschehen sei, die Versicherungspflicht der Bediensteten des Arztes nicht festgesetzt. Es sei das deshalb nicht für ratsam erachtet, weil sich bei ihnen schwer entscheiden lasse, ob sie Dienstboten oder im Geschäftsbetriebe beschäftigte Personen seien.

Was die Privatkrankenanstalt der Kläger betrifft, so führt das Reichsgericht aus, daß es darauf ankomme, ob dieselbe — was die Kläger bestreiten — einen selbständigen Erwerb abwerfe. Da das Oberlandesgericht hierüber keine Beweiserhebung angestellt hatte, wurde die Sache zur Untersuchung über diesen Fall noch einmal an das Oberlandesgericht Celle zurückverwiesen. K. M., L.

Vermischtes.

Berlin. Am Donnerstag, den 4. d. M. fand im Sitzungssaale des Kultusministeriums, Unter den Linden 4, die Mitgliederversammlung der Zentralstelle für das Rettungswesen an Binnen- und Küstengewässern unter Vorsitz von Ministerialdirektor Dr. Förster statt. Anwesend waren die Herren: Polizeimajor Barckow, Regierungsrat Dr. Breger, Dr. Brühl, Geheimrat Dietrich, Geheimer Baurat Eger, Baurat Eggemann, Hartung, Max Jordan, Baurat Lasser, Baurat Löwe, Meenen, Syndikus Rösing (Bremen), Sakozewsky, Regierungsrat v. Schumann, Witte (Spandau). Nach geschäftlichen Beratungen über die vom Schriftführer Professor George Meyer gemachten Vorlagen wurden sachverständige Kommissionen für die einzelnen Tätigkeitsgebiete der Zentralstelle gewählt, und hierauf Fragebogen zur Erhebung des Standes des Rettungswesens an Binnen- und Küstengewässern beraten. Es fand eine lebhafte Erörterung über diese Frage statt, an welcher fast alle anwesenden Sachverständigen sich beteiligten. Es wurde beschlossen, beim Herrn Kultusminister zu beantragen, die Fragebogen auf amtlichem Wege weiter zu geben. Ferner sollen versuchsweise an zwei Stellen in Berlin guirlandenartig Ketten an den Uferböschungen angebracht werden, um die Rettung Ertrinkender zu erleichtern. Zum Schluß wurde beschlossen, daß die Zentralstelle für besonders mutig ausgeführte Rettungen oder Rettungsversuche von Menschen aus Ertrinkungsgefahr Auszeichnungen verleihen solle.

Berlin. Das von der Berliner Rettungsgesellschaft, E. V., mit dem Magistrat der Stadt Berlin getroffene Abkommen ist nunmehr durchgeführt worden. Die Zentrale und die Rettungswachen der Gesellschaft sind auf die Stadt übergegangen, die Hauptwachen (Krankenhäuser) haben sich an die Städtische Zentrale im Rathause angeschlossen. Dem Aerzte-Verein der Berliner Rettungsgesellschaft ist der ärztliche Dienst in den nunmehr Städtischen Rettungswachen übertragen worden. Der größte Teil der seitherigen Beamten der Rettungsgesellschaft ist vom Aerzte-Verein übernommen worden, der Bureauvorsteher seitens des Magistrats und einige Angestellte haben anderweitig passende Stellung gefunden. Außerdem hat die Berliner Rettungsgesellschaft ihren sämtlichen 20 seitherigen Beamten in Anerkennung der ihr in dem beinahe zehnjährigen Bestehen geleisteten treuen Dienste und um denselben den Uebergang in einen neuen Wirkungskreis zu erleichtern, Gratifikationen in ungefährer Höhe des Gehalts für zwei und einen Monat gewährt. Diese Gratifikationen hat der Schatzmeister der Gesellschaft in Sparbüchern bei der Städtischen Sparkasse angelegt und den Beamten dieser Tage übermittelt. Die Berliner Rettungsgesellschaft, E. V., wird auch nach Aufgabe ihrer Wachen nach wie vor unter der Verwaltung ihres seitherigen Gesamt- und geschäftsführenden Vorstandes weiter bestehen bleiben.

Wien. Preisausschreibung. Die k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien schreibt neuerdings den von Med. Dr. Moritz Goldberger gestifteten Preis im Betrage von 2000 Kr. für die beste Beantwortung des vom Präsidium gestellten Preisthemas: „Experimentelle Beiträge zur Frage der Beeinflussung von Organsystemen und Organfunktionen untereinander, in normalen oder pathologischen Verhältnissen.“ Um diesen Preis können Aerzte aus Oesterreich-Ungarn und ganz Deutschland konkurrieren. Berücksichtigung finden nur Arbeiten, welche in deutscher Sprache verfaßt, bis längstens 15. Mai 1909 an das Präsidium der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, mit einem Motto versehen, eingesendet werden. Dazu ist ein mit demselben Motto versehenes verschlossenes Kuvert einzusenden, welches Name und Adresse des Autors enthält. Die Zuerkennung des Preises erfolgt in der ersten, im Monat Oktober 1909 stattfindenden Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, die Ausfolgung desselben an den preisgekrönten Bewerber am 28. Oktober, an dem Sterbetage des Stifters. Hat die preisgekrönte Arbeit mehr als einen Verfasser, so kann der Preis unter den Verfassern zu gleichen Teilen geteilt werden. Die k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien behält sich das Recht vor, die preisgekrönte Arbeit zu publizieren. Im übrigen behält der Autor alle Rechte an seinem geistigen Eigentume*).

*) Nach § 1b des Statuts kann der Preis, falls die ausgeschriebene Preisfrage überhaupt keine oder keine befriedigende Beantwortung erfahren hat, dem Verfasser der besten im Laufe der letzten drei Jahre vor Schluß des Einreichungstermines erschienenen oder ad hoc im Manuskripte dem Präsidium der k. k. Gesellschaft der Aerzte vorgelegten Untersuchungen aus dem Gebiete der medicinischen Wissenschaften, mit Einschluß der theoretischen Fächer, verliehen werden.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen.



R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P. Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 22. Juli 1907. Nr. 29.

Die „Medicinische Woche“ erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Einiges über die Wrightsche Opsonintheorie und deren praktische Verwendung.

Zusammenfassender Bericht von **Karl Vogt,**
Erster Assistent am Institute für Pharmakologie und phys. Chemie zu Rostock.

(Schluß.)

Gewinnung der Bakterienemulsion.

Ungefähr 24 Stunden alte, kräftige Bakterienstämme werden in einer physiologischen Kochsalzlösung aufgeschwemmt. Die hauptsächlich in Frage kommenden Bakterien sind Staphylococcen, Streptococcen, Gonococcen, Pneumococcen und Colibazillen. Nachdem die Mischung sich abgesetzt hat, wird die über dem Bodensatz stehende Flüssigkeit mit einer Pipette abgesaugt und dann, um aus ihr noch die kleineren Bakterienklümpchen zu entfernen, zirka fünf Minuten lang schnell zentrifugiert. Die dann resultierende Bakterienaufschwemmung ist für die Untersuchung geeignet.

Kulturen von Tuberkelbazillen werden erwärmt, dann bei Zusatz von Salzlösung in einem Mörser fein zerrieben und schließlich zentrifugiert. Kommen Glycerinkulturen zur Verwendung, so muß das Glycerin durch wiederholtes Waschen mit Wasser und schließlich mit 1,5 prozentiger Salzlösung entfernt werden. Die gewaschenen Kulturen werden dann auch in einem Mörser fein zerrieben und endlich zentrifugiert.

Da es für die Genauigkeit der Resultate von großer Wichtigkeit ist, daß die Emulsion stets die gleiche Dichtigkeit besitzt, so muß die Menge der Bakterien in einer bestimmten Menge der Emulsion festgestellt werden. Dies kann durch Zählung mit Hilfe eines gefärbten Deckglaspräparates etwa auf folgende Weise geschehen.

Von einer Mischung, die etwa aus ein Teil Emulsion, ein Teil frischen Blutes und drei Teilen einer Salzlösung besteht, wird ein gut ausgestrichenes Deckglaspräparat gefärbt und dann in einem bestimmten Areal die roten Blutkörperchen und die Bakterien gezählt. Sind dann z. B. zehnmal soviel Bakterien wie rote Blutkörperchen gezählt worden, so beträgt die Zahl der Bakterien, wie wohl ohne weiteres ersichtlich, approximativ 45000000 p. cmm. Eine einfachere Methode besteht darin, daß man die Opaleszenz der Bakterienemulsion mit der Opaleszenz einer Bariumsulfataufschwemmung von bestimmter Konzentration vergleicht. Dieser Apparat ist von Mc. Farland und L'Engle angegeben und Nephelometer benannt.

Gewinnung der Leukocyten.

Das Blut, das aus der Fingerbeere oder aus dem Ohrläppchen entnommen wird, wird direkt in einer 0,85 prozentigen Salzlösung, die ein Prozent Natriumcitrat enthält, aufgefangen. Der Zusatz von Natriumcitrat dient dazu, das Gerinnen des Blutes zu verhindern. Darauf wird die Blutmischung zentrifugiert und mehrfach mit 0,85 prozentiger Salzlösung (ohne Zusatz von Natriumcitrat) gewaschen, um die letzten Spuren des Citrats zu entfernen. Da die Leukocyten spezifisch etwas leichter sind als die Erythrocyten, sammeln sie sich hauptsächlich in den oberen Schichten des Sedimentes an. Diese obere Schicht des Sedimentes, der „Leukocyten-Cream“ wird zu der Untersuchung benutzt.

Gewinnung des Serums.

Das Blut wird auf die gewöhnliche Weise entnommen und in kleinen Glasröhrchen aufgefangen. Durch Zentrifugieren kann man dann das Serum leicht von dem geronnenen Blutkuchen abscheiden.

Zur Gewinnung des Normalserums empfiehlt es sich, eine Mischung von dem Blute mehrerer gesunder Personen zu verwenden. Das so gewonnene Normalserum wird als „Pool“ bezeichnet.

Als Färbemittel

für die Leukocyten und Bakterien wird, wenn nicht, wie z. B. für Tuberkelbazillen oder Malariaparasiten, bestimmte Färbemethoden in Anwendung kommen, Leishmannsches Eosin-Methylenblau empfohlen. Natürlich würden sich auch andere Farbgemische, etwa das Giemsasche, wohl zu diesem Zwecke eignen.

Zur Bestimmung des opsonischen Index

verfährt man nun folgendermaßen. Gleiche Mengen von den gewaschenen Leukocyten, von der Bakterienemulsion und dem Serum des Patienten werden in einem Glasschälchen gut gemischt und in einer kleinen Pipette aufgenommen. Diese Pipette wird dann verschlossen und in einem Brutschrank*) untergebracht, der auf 37 bis 40 Grad eingestellt ist. Dort wird sie 15 Minuten belassen. Ebenso wird eine zweite Pipette behandelt, nur mit dem Unterschied, daß statt des Serums des Patienten das vorhin beschriebene Normalserum „Pool“ angewandt wird.

Nach 15 Minuten werden dann von beiden Röhrchen Deckglaspräparate hergestellt und gefärbt. Dann werden in 50 bis 100 Leukocyten die von denselben aufgenommenen Bakterien gezählt und aus der gefundenen Gesamtzahl das Mittel für den einzelnen Leukocyten berechnet.

Ist z. B. in dem Röhrchen, das mit dem Serum des Patienten beschickt war, das Mittel 1, und in dem mit dem Normalserum 2, so würde nach der eingangs dieser Betrachtung angeführten Formel der

$$\text{opsonische Index} = \frac{1}{2} = 0{,}5 \text{ sein.}$$

*) Es ist eigens für diesen Zweck von Freemann ein besonderer „Opsonic-Inculator“ angegeben worden.

Wright und seine Schüler haben nun in Bezug auf die Größe des opsonischen Index auf Grund zahlreicher Untersuchungen folgende Typen der Infektionskrankheiten gegeben.

1. Bei Infektionen, die streng lokalisiert sind, z. B. Furunkulose, Lupus und lokale Tuberkulose, ist der opsonische Index normal, da ein Reiz zur Bildung von Opsoninsubstanzen fehlt.

2. Bei solchen Infektionen, bei denen es zeitweise zu einem Durchbruch der Bakterien in dem Körper kommt — hierher gehören hauptsächlich die infektiösen Gelenkaffektionen — ist der opsonische Index entweder erhöht oder verringert oder auch normal, je nach der Phase der Krankheit. Normal ist er, solange der Prozeß lokal beschränkt ist, erniedrigt, solange der Durchbruch der Bakterien in das Lymphgefäßsystem währt, da während dieser Zeit noch nicht genügend neue Opsonine gebildet und die vorhandenen in Anspruch genommen sind und endlich erhöht, nachdem die einmal durchgebrochenen Bakterien überwunden sind und dadurch eine relative Immunität hergestellt ist.

3. Bei solchen Krankheiten, bei denen die Infektion im Blutstrom selbst lokalisiert ist, z. B. Malaria, Endocarditis, Septicaemie usw. ist der opsonische Index verkleinert.

Als Regel für die Behandlung dieser Krankheiten stellt nun Wright folgende Grundsätze auf:

1. Isolierung der kausativen Mikroorganismen.

2. Prüfung der opsonischen Kraft des Blutserums des Patienten gegenüber diesen Mikroorganismen mit Hilfe des opsonischen Index.

3. Stellt es sich heraus, daß der opsonische Index gerade nur normal oder sogar subnormal ist, so empfiehlt sich die Herstellung einer „Vaccine" von den betreffenden Mikroorganismen.

4. Diese „Vaccine" soll dann dem Patienten in angemessener Dose unter ständiger Kontrolle seines opsonischen Index injiziert werden.

Natürlich ist der Sinn dieser Manipulation der, die opsonische Kraft des Blutserums des Patienten zu erhöhen und damit seinen Organismus im Kampfe gegen die Bakterien wirksam zu unterstützen.

Die „Vaccine", die zur Injektion verwandt werden soll, stellt nun nichts anderes dar als abgetötete Bakterienaufschwemmungen von bestimmter Konzentration.

Die Konzentration einer Bakterienaufschwemmung läßt sich ja, wie wir vorhin schon sahen, ziemlich leicht durch Zählverfahren approximativ eruieren, und die Abtötung derselben geschieht dadurch, daß man sie einige Zeit lang auf 60 Grad erwärmt. Natürlich muß man sich, ehe man sie zur Injektion verwendet, durch Kulturverfahren davon überzeugen, daß sie in der Tat keine lebenden Keime mehr enthält.

Für die Behandlung der Tuberkulose entspricht das Kochsche Neu-Tuberkulin, das ja auch nichts anderes als eine abgetötete Tuberkelbazillenkultur darstellt, der Wrightschen Bakterien-Vaccine.

Die Behandlung gestaltet sich nun folgendermaßen.

Nachdem eine exakte Diagnose, auch in Bezug auf die kausativen Mikroorganismen gestellt und der opsonische Index des Patienten bestimmt ist, erhält der Patient eine Anfangsinjektion von mehreren hundert Millionen durch Hitze abgetöteter Bakterien. Einige Zeit nach der Injektion pflegt dann der opsonische Index noch unter die Größe, die er vor der Injektion zeigte, zu sinken. Dann aber, nachdem der Organismus diese „negative Phase", wie Wright die Paenomen bezeichnet, überwunden hat, steigt der opsonische Index über die Anfangsgröße hinaus an. Diese zweite Phase der Injektionswirkung bezeichnet Wright als „positive Phase". Diese tritt einige Stunden, oft aber auch erst mehrere Tage nach der Injektion auf.

Dann wird nach einigen Tagen die gleiche Injektion wiederholt. Dabei zeigt sich, daß dann die negative Phase viel weniger ausgesprochen zu sein pflegt, als bei der ersten Injektion, und daß in der positiven Phase der opsonische Index eine größere Höhe erreicht.

Die Injektionen werden dann von Zeit zu Zeit unter ständiger Kontrolle des opsonischen Index wiederholt, solange, bis die opsonische Kraft des Blutserums des Patienten ebenso hoch oder beträchtlich höher ist als die des Serums eines normalen Menschen. Nur soll man sich davor hüten, während der negativen Phase zu injizieren.

Durch diese Behandlung sollen die Gewebe des Patienten zur Produktion der Opsonine angeregt und dadurch die Phagocytose hervorgerufen werden. Die Bakterien werden auf diese Weise vernichtet und der Patient wirksam in der Bekämpfung der Infektion unterstützt.

Als diejenigen Krankheiten, die sich vornehmlich für diese Art der Behandlung eignen, werden Akne, Furunkulose, Sykosis, Abszesse, Lupus, tuberkulöse Lymphdrüsenentzündung und andere ähnliche tuberkulöse Infektionen genannt.

Auch bei beginnender Lungentuberkulose sind vielversprechende Resultate mit sehr geringen Mengen (einige Tausendstel Milligramm) Neu-Tuberkulin erzielt worden. Und hierbei haben gerade die neuen Untersuchungen Wrights dargetan, daß der ursprüngliche Gedanke der Koch-

Feuilleton.

Das Silber als Arzneimittel.

Von Dr. **E. Roth.**

(Schluß.)

Von bekannteren späteren Jüngern des Aeskulap wollen wir erwähnen, daß beispielsweise Boerhaave — seine Wirksamkeit fällt in die erste Hälfte des 18. Jahrhunderts — vor dem unvorsichtigen innerlichen Gebrauch des salpetersauren Silbers und besonders des geschmolzenen oder Höllensteins warnt.

Wir können also resumierend sagen, daß das salpetersaure Silber im 16. und 17. Jahrhundert durch Salas Empfehlung zwar den Aerzten aus der spagyrischen Schule wohl bekannt war, daß man seine Anwendung aber gern für extreme Fälle aufbewahrte, da es leicht unerwünscht heftig wirkte. Bei dem Gebrauche der damals üblichen Gaben kann dann auch diese „unerwünschte" Wirkung nicht auffallen.

Neben dem salpetersauren Silber traten damals auch andere Verbindungen unseres Metalles in den Arzneischatz.

So finden wir das kohlensaure Silberoxyd erwähnt, das besonders acidum melancholico-maniacum verbessert und deshalb von einigen Narrenpulver genannt wird. Chlorsilber, Schwefelsilber und ein Silberamalgam treten an verschiedenen Stellen auf, die gegen Epilepsie, Manie, Gedächtnisschwäche usw. wirksam seien, während andere Autoren deren Hülfe in diesen Leiden bezweifeln. Auch Silbertinkturen gibt es, die aber sämtlich bläulich gefärbt sind und dadurch ihren Gehalt an Kupfer zeigen. Eine Auflösung des Höllensteins in Rosenwasser diente damals bereits eitlen Leuten als haarschwärzendes Mittel, doch dürften unerwünschte Nebenwirkungen, wie Färbung und Corrosion der Haut bei den üblichen starken Konzentrationen bald dieses Kosmetikum in den Hintergrund gedrängt haben.

Aus allem ersieht man, daß das Silber hauptsächlich zu innerem Gebrauch verwandt wurde und seine äußerliche Verwendung erst später aufkam. So dürfte sich der berühmte Bologneser Arzt P. Poter (Anfang des 17. Jahrhunderts) wohl zuerst des salpetersauren Silberoxyds bedient haben, um eine Geschwulst auf der Wange zu öffnen; daß ihm das Mittel bekannt war und er wohl sich dessen bewußt war, dürfte aus seinen Worten hervorgehen, er wolle seine Bereitungsweise desselben später beschreiben. Wie rasch hat sich dann das salpetersaure Silberoxyd und vorzüglich das geschmolzene und in Stangen ausgegossene — der sogen. Höllenstein — seinen großen Ruf als eines der kräftigsten Aetzmittel gesichert!

Noch bei den Chirurgen und in den Pharmakopoen des

schen Tuberkulosebehandlung in der Tat recht wohl begründet war und daß, wenn, wie es ja allen Anschein hat, sich die Wrightschen Untersuchungen sich in vollem Maße bestätigen, Koch schon lange vor der genaueren Kenntnis dieser Zusammenhänge den Wrightschen Gedanken antizipierte und auch sogleich praktisch verwendete.

Soviel werden wir aber heute schon sagen dürfen, daß wir bei der Wrightschen Opsonintheorie und ihrer praktischen therapeutischen Anwendung, gleichgültig ob alle theoretischen Spekulationen derselben in der Zukunft bestätigt werden mögen oder nicht, einer vielversprechenden neuen Errungenschaft der praktischen Medicin gegenüberstehen.

Es sind mittlerweile schon recht viele Berichte von Klinikern erschienen — allerdings meist von angelo-amerikanischer Seite —, die über die denkbar günstigsten Erfolge bei der Anwendung dieser Therapie berichten.

Allerdings ist wohl hier der Enthusiasmus und, ich möchte fast sagen, der Wunsch nach dem Besitze einer Panacee, einer alles heilenden Medicin, auch manchmal etwas zu weit gegangen. So existiert auch schon eine Notiz über den günstigen Einfluß der Opsoninbehandlung des Krebses. Die beiden Autoren, von denen diese Notiz stammt, gehen von der Voraussetzung aus, daß der Krebs eine bakterielle Aetiologie besitzt, und zwar durch den von Doyen beschriebenen und nach ihm benannten Bacillus neoformans Doyeni hervorgerufen wird.*) Bei dieser Voraussetzung liegt es natürlich nahe, einen Versuch mit Neoformans-Vaccine zu machen, und nach den Berichten der Verfasser ist der Erfolg auch ein günstiger gewesen (s. Anm.).

So sehr es auch unser Wunsch sein muß, diesem heimtückischen Leiden entgegenzutreten, so gering scheint dennoch die Hoffnung, daß auf diesem Wege unsere Bestrebungen von Erfolg gekrönt sein können.

*) Gegen die bakterielle Aetiologie des Krebses spricht außer gewichtigen morphologischen Gründen auch der Umstand, daß, da bekanntlich jede einzelne Krebszelle eine Metastase hervorrufen kann, auch jede einzelne Krebszelle mit einem Krebsparasiten versehen sein müßte, ein Vorkommen, das in ähnlicher Weise bei keinem der bekannten Mikroorganismen bisher beobachtet worden ist, und was auch für den bac. neoformans Doyeni keineswegs bewiesen ist. — Die günstigen Erfolge, über die die Verfasser der oben erwähnten Notiz berichten, und an denen wir keine Ursache haben zu zweifeln, dürften vielleicht verständlich werden, wenn man bedenkt, daß z. B. ein ausgebrochenes Erysipel einen vorhandenen Krebs zeitweise zum Stillstand oder auch gar zur Heilung zu bringen vermag. Die Annahme, daß es sich hierbei um eine spezifische Schutzkörperwirkung handelt, muß wohl abgelehnt werden. Vielleicht kann diese wunderbare Erscheinung damit erklärt werden, daß durch den mächtig veränderten Chemismus der Gewebe bei einer schweren Infektionskrankheit oder bei einer Behandlung mit Immunserum und Vaccine ein eigentümlicher Reiz auf eine vorhandene Geschwulst ausgeübt wird, so daß sie nicht mehr weiter wächst und womöglich atrophiert und „heilt". — Es soll indessen nicht verhohlen werden, daß die Gegner der Lehre von den spezifischen Schutzkörpern dieselbe Erklärung auch für die günstige Einwirkung der Immunsera und Vaccine bei der Behandlung von den Infektionskrankheiten benutzen.

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Berliner ophthalmologische Gesellschaft.

Sitzung vom 20. Juni 1907.

1. Herr Greeff: Doppelkörnchen in Trachomzellen. Auf eine anderwärts veröffentlichte Arbeit bezugnehmend zeigt Vortr. allerfeinste Körnchen in Epithelzellen und aus tieferen Follikeln bei frischem Trachom.

Diskussion: Herr Leber hat bei Affen, die mit Trachom infiziert worden waren, ähnliche Befunde erhoben.

Herr Greeff antwortet auf eine diesbezügliche Frage von Michels, die Körnchen seien anfangs nur in den großen Leberschen Körperchenzellen, später auch in kleineren Zellen und im Sekret gefunden worden.

2. Herr Leber: Komplementablenkung bei syphilitischen Augenleiden. Drei Fälle von Lues (Lues incerta mit Diplopie und Skleritis in anamnesi. Kerat. parenchymat. Iritis specif.), in denen die Hemmung der Haemolyse das Vorhandensein von Antikörpern im Blute bestätigte; in einem Falle gelang dies auch mit dem Humor aqueus. Spezifische Therapie verringerte die Hemmung.

3. Herr Nagel: a) Sichtbarkeit der Röntgenstrahlen bei totaler Farbenblindheit. Nach vorheriger Dunkeladaptation sah eine intelligente, total farbenblinde Person die Röntgenstrahlen wie ein normales Individuum, selbst bei Verbinden des Auges mit Samt. Größere Empfindlichkeit total farbenblinder Augen ist mindestens unerwiesen.

Diskussion: Herr v. Michel hat bei Versuchen, die Röntgen selbst mit ihm anstellte, die Strahlen auch wahrgenommen.

b) Gefahren im Eisenbahn- und Marinedienst durch Farbensinnstörungen. Das Verlangen des Vortr., den Farbensinn der im Eisenbahn- und Marinedienst Angestellten strenger zu prüfen als z. B. mit Holongrens Methode, ist selbst von Berufsgenossenschaftsärzten der Marine bekämpft worden. Ein beliebter Einwand gegen die Verwendung seiner Tafeln ist die Behauptung, es kämen im Seedienste keine durch Farbensinnstörungen bedingten Unfälle vor. Allein der Vortr. bespricht eine große Anzahl von Unfällen,

---

18. Jahrhunderts wird des Argentum hydragogi kaum gedacht oder seiner nur als eines kräftigen Diuretikums erwähnt, während dann die Furcht vor der heftigen Einwirkung des Höllensteins beim äußeren Gebrauch mehr und mehr entschwand, so daß man ihn selbst auf die empfindlichsten und zartesten Teile des menschlichen Körpers nach und nach anzuwenden begann.

Freilich geht damit Hand in Hand eine gänzliche Verachtung der innerlichen Anwendung des Silbers. Ein van Swieten, ein de Haen wie andere Heroen jener Zeit lassen keine Angabe erkennen, welche die Benutzung eines Silberpräparates wahrscheinlich machen. Wohl findet man in den Lehrbüchern der materia medica und den Pharmakopoen aus dem vorvorigen Jahrhundert hier und da noch einzelne früher gebräuchliche Silberpräparate aufgeführt, ihre Unwirksamkeit oder Gefährlichkeit indeß wird unverhohlen eingestanden.

Nur einzelne, man möchte sagen vereinzelte Aerzte kamen immer wieder auf das Silber zurück. So bediente sich beispielsweise Weigel in Stralsund um die Mitte des 18. Jahrhunderts namentlich des schwefelsauren Silberoxyds oftmals und mit bestem Erfolge bei hartnäckigen Nervenkrankheiten. Nur der Umstand, daß Weigel seine Arzneien als Geheimmittel verabreichte, verhinderte wohl ihre Verbreitung, und Krahmer steht nicht an, zu erklären, daß bei der stetig wachsenden Zahl medicinischer Zeitschriften ein leichterer Austausch der Erfahrungen, Beobachtungen und Ansichten der einzelnen Aerzte über das Mittel wohl möglich gewesen wäre, wenn nicht die geheimnisvolle Zusammensetzung des Präparates im Wege gestanden hätte.

1845 konnte dann unser Gelehrter schreiben: Das Silber gehört zu den geschätztesten und gebräuchlichsten metallischen Arzneimitteln. Behufs der äußeren Anwendung hat man die Präparate nicht zu ändern versucht. Es ist immer noch das salpetersaure Silberoxyd, und zwar vorzüglich der Höllenstein, den man bald gegen Entzündungen aller Art, bald als Reizmittel bei atonischen Geschwüren, bald als Aetzmittel gegen Contagien, Auswüchse und Geschwülste, bald als Hülfsmittel zur Beförderung der Vernarbung fressender Geschwülste in Gebrauch zieht. Die äußerliche Anwendung des Höllensteines ist so mannigfach gewesen, daß, um deren Geschichte zu schreiben, man fast eine Therapie der Krankheiten aller Organe, deren Lage eine unmittelbare Applikation der Heilmittel erlaubt, verfassen müßte.

Höchst interessant sind Krahmers Ausführungen über die therapeutische Benutzung der Silberpräparate im einzelnen und in dem bogenlangen Werk wird man so ziemlich jedes Ungemach antreffen, welches den Menschen befällt. Geschichtlich wohnt dem Buche aber ein großer Wert bei, zumal die Literaturausgaben die Höhe von 371 erreichen.

bei denen eine mehr oder weniger große Anzahl von Menschen ums Leben kam und Materialschaden angerichtet wurde nur durch Farbenuntüchtige, bez. von Verhütung derartiger Vorkommnisse im letzten Moment durch das Eingreifen Farbentüchtiger. Z. B. der Untergang der „Elbe“ ist durch Versehen Farbenuntüchtiger herbeigeführt worden; der Urheber der „Primus“-Katastrophe war ein farbenblinder Flußschiffer, der keiner Prüfung seines Farbensinns unterworfen worden war. Anomale Trichromaten sind ebenso gefährlich wie Daltonisten oder Leute mit erworbenen vorübergehenden, z. B. durch Alkoholismus erzeugten Störungen des Farbensinns.

Diskussion: Herr v. Michel hält Nagels Tafeln für sehr zuverlässig, mit denen er einen skeptischen Kollegen als anomalen Trichromaten entlarven konnte.

4. Herr G. Guttmann: Gummöser Tumor der Sehnervenpapille. 42 Jahre alte Dame, die sechs Wochen nach einer Influenza mit sekundärer Spitzenaffektion plötzlich auf dem linken Auge erblindete. Man sah ophthalmoskopisch einen prominenten Tumor der Papille und eine Sternfigur in der Macula. Trotz negativer Anamnese und negativem Allgemeinbefund wurde wie in einem Fall von Scheidemann Lues diagnostiziert und Hg mit gutem Erfolge gegeben. Zeichnungen demonstrieren das langsame Verschwinden der Veränderungen im Hintergrund.

5. Herr Napp: Bakteriengehalt der Bindehautsäcke von Staroperierten bei Anwendung aseptischer Verbände. Der Bakteriengehalt des Bindehautsacks ist für Staroperierte ziemlich bedeutungslos, auch bei den fast stets positiven Bakterienbefunden heilt die Wunde reizlos. Die Bakterien vermehren sich unter dem Verbande, erzeugen aber nur leicht zu beseitigende Reizung der Conjunctiva, so daß man den altbewährten Verbänden weder das Drahtgitter noch die Freibehandlung vorzuziehen braucht.

Diskussion: Herr G. Guttmann empfiehlt das Gitter gut mit Watte gepolstert als angenehm, stoßsicher und die Verschiebung des Verbandes hindernd.

Sitzung vom 16. Mai 1907.

1. Herr Prof. Hoffmann (a. G.): Atoxylwirkung bei Syphilis. Demonstration von drei schweren ulzerösen Syphiliden, die erfolgreich mit intramuskulären Atoxyleinspritzungen behandelt wurden. Es werden jeden zweiten Tag 0,5 g Atoxyl, ingesamt 4,0 g eingespritzt; lokal gelangt es als 10% ige Lösung zur Anwendung. Es ist dem Hg nicht überlegen, wirkt aber langsamer. Nach den bei 2 Fällen gewonnenen Erfahrungen eignet sich Atoxyl besonders für Frühsyphilide. Sechs Kranke hatten keine Nebenwirkungen, fünf Magenbeschwerden, Schwindel, Erbrechen, Durchfall; 1 bekam nach vier Spritzen Albuminurie (0,5%) mit granulierten Zylindern und Erythrozythen; Aussetzen der Therapie beseitigte alsbald die Albuminurie, die aber nach einer weiteren Injektion wiederkehrte.

Diskussion: Herr v. Michel erinnert an die nach Atoxylgebrauch beobachteten Opticusatrophieen.

2. Herr Herford: a) Syphilitischer Tumor des Ziliarkörpers. Vor einem Jahre Lues, die mit Hg zweckgemäß behandelt wurde. Vor kurzem Hypopyon-Keratitis. Am oberen äußeren Hornhautrande zeigte sich eine langsam wachsende Vorwölbung, die die Sclera durchbrach; sie verschwand erst auf Calomelinjektionen.

Diskussion: Herr Hirschberg: trotz anfänglicher Verschlimmerung soll eine energische Schmierkur in derartigen Fällen stets durchgeführt werden.

Herr v. Michel: Die primäre Erkrankung ist oft Arteriitis und Endarteriitis.

b) Retinitis prolif. tuberkulöser Natur.

Doppelseitige Parotitis bei einem 17 Jahre alten Lehrling, danach Entzündung beider Augen, die rechts zu alle 2—3 Wochen rezidivierenden Glaskörperblutungen mit weißlichen Herdchen und Strängen auf den Venen, links zu Beschlägen auf der Membr. Descem. und einem grauen Tumor der Iris im mittleren Kammerwinkel führte, so daß das Leiden als tuberkulös angesprochen wurde, zumal der Gesamthabitus und eine Spitzenaffektion diesen Verdacht bestätigten. Nach 1,5 mg Alt-Tuberkulin rechts erneute Glaskörperblutung; auf Neutuberkulin hellten sich die Medien auf, der Iristumor verschwand. Einen ähnlichen Fall hat v. Michel veröffentlicht.

Diskussion: Herr Salomonsohn hat 1903 einen Fall von rezidivierenden Glaskörperblutungen durch Phlebitis retinalis vorgestellt, der auf Tuberkulose verdächtig war. Die Pat. hat später wiederholt Glaskörperblutungen und Haemoptoe gehabt. Episcleritis und Hornhautinfiltrate wurden beobachtet, so wie Anisokorie bei guter Pupillenreaktion (Mydrasis des gesunden Auges). Obwohl dieses Symptom nicht zu lokalisieren ist, ist der tuberkulöse Charakter der Gesamtaffektion nunmehr sicher.

Herr Ginsberg hat in seinem Grundriß der pathologischen Anatomie des Auges (1902) einen analogen Fall beschrieben.

Herr v. Michel projiziert Bilder von Ret. prolif. int. mit Tuberkelknötchen im Sehnervenstamm. Kurt Steindorff.

Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur.

Sitzung vom 31. Mai 1907.

Vorsitzender: Herr Uhthoff, Schriftführer: Herr Rosenfeld.

1. Herr Göbel: Demonstrationen zur Abdominalchirurgie: Myoma ventriculi und Tuberculosis omenti.

a) Bei einer 69jährigen Frau wurde vor vier Monaten ein kindskopfgroßer, sehr beweglicher Tumor in der Magengegend wahrgenommen; Magenprobe war nicht ganz positiv. Bei der Laparotomie fand man eine intraligamentäre Geschwulst, die aber einriß und eine Höhle mit bräunlichem, flüssigem Inhalt aufwies. Diese wurde für den Magen angesehen. Fünf Tage nach der Operation Exitus letalis. Die Sektion ergab, daß es sich um ein reines Leiomyom in der Vorderwand des Magens, ausgehend von der äußeren Muskulatur (nicht von der muscul. mucos.) gehandelt hat. Die durch degenerative Vorgänge entstandene Höhlenbildung ist für diese Geschwulstform typisch.

b) 16 jähriger Junge mit Tumor der Bauchdecken in ganzer Ausdehnung des Netzes. Der Fall wurde auswärts wegen der klinischen Symptome für Typhus gehalten, später vom Vortr. für eine abgesackte tub. Peritonitis. Bei der Operation fand man das Netz in einen Tumor von 1 bis 2 cm Dicke verwandelt, grau opak verfärbt, zerreißlich und brüchig und blutleer. Die Därme darunter in toto verklebt. Mikroskopisch wurde tuberkulöse Omentitis festgestellt. In der Literatur konnte kein ähnlicher Fall gefunden werden. Weder Darm noch Peritoneum war tuberkulös. Man muß in zweifelhaften Fällen an diese Möglichkeit denken.

Herr Rosenfeld berichtet im Anschluß daran auch über einen Fall von vermeintlichem Typhus, bei dem aber die Diazoreaktion fehlte und der sich später als tub. Peritonitis herausstellte.

2. Herr Zieler: Ueber die Anwendung des grauen Oels (40%) bei Syphilis.

Die sicherste und zuverlässigste Behandlung der Lues ist die Injektionskur mit unlöslichen Salzen; aber sie ist mit mancherlei Gefahren verknüpft, und auch die Anwendung des grauen Oels ist wegen des Auftretens ungünstiger Nebenerscheinungen und sogar einiger Todesfälle zumeist wieder verlassen worden. Hier in der Neißerschen Klinik wurde das graue Oel, bestehend aus Hydr. puriss. Merck, Lanol., Vasel. und Paraff. liquid., seit einem Jahre mit meist gutem Erfolge angewendet. Das Oel ist bei 30° Wärme flüssig. Die größte Dosis war $^1/_4$ ccm. An Stärke der Wirkung kommt es dem Calomel gleich, an Dauer ist es ihm überlegen; die Injektionen wurden in Pausen von vier bis fünf, später von sieben bis acht Tagen gemacht.

Im ganzen wurden in dem einen Jahre bei 345 Fällen 360 Kuren mit 2700 Injektionen ausgeführt. Viel Wert muß auf das Instrumentarium gelegt werden; es wurden nur Platin-Irridium-Kanülen angewandt. Die Injektionen sollen in die Muskulatur und jedesmal an einer anderen Körperstelle gemacht werden. Kontraindikationen sind: Körperliche Störungen, wie Erkrankungen der Niere, Leber etc., ferner Alkohol- oder Blei-Intoxikationen, ein höheres Alter als 40 Jahre, sowie Tuberkulose und Epilepsie. Von größter Wichtigkeit ist eine exakte Mundpflege, da Stomatitis leicht auftritt. Zähne müssen vorher in Ordnung gebracht werden. Oft tritt eine Spätstomatitis, 2 bis 40 Wochen nach der Kur, auf, wenn das Zahnfleisch schlecht gepflegt wird. Infiltrate kommen auch zuweilen vor; einigemal mußte die Behandlung deswegen aufgegeben werden. Bei zwei Patienten entwickelte sich im Anschluß an die Kur eine Nephritis. Bei einem Pat. wurde



noch ½ Jahr nachher Hg im Urin festgestellt. Zwei Patienten zeigten noch lange nach der Kur ernstere Darmstörungen; eine davon, eine 22jährige schwächliche Arbeiterin, ist dann an Stomatitis und Enteritis gestorben; dies ist der einzige Todesfall. Bei strenger Indikationsstellung wäre hier das Oel wegen der Schwächlichkeit der Pat. nicht anzuwenden gewesen.

Herr Schäffer schließt sich den Ausführungen im allgemeinen an. Embolien sind auch zu vermeiden, wenn man nach dem Einstechen leicht aspiriert. Trotz allem hält er das Oel nicht für gleichwertig den anderen Injektionspräparaten. Seine Reihenfolge ist Calomel, Hg. thymolo-acetic., Hg. salicyl., Oleum ciner. Die anderen Mittel wirken schneller auf die luetischen Erscheinungen. Manchmal ist es zweckmäßig, einen Wechsel der Präparate vorzunehmen.

Herr Winkler berichtet, daß außer dem vom Vortr. erwähnten Mädchen, im letzten Jahre noch fünf Fälle von ausgesprochener Mercurialvergiftung zur Sektion gelangt sind, zum Teil allerdings von auswärts.

Herr Zieler bemerkt im Schlußwort, daß graues Oel zwar langsamer, aber energischer wirke, wie die anderen Präparate, ausgenommen vielleicht Calomel. Peritz.

Periodische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift. Nr. 17. 1907.

1. Esser, Bonn: **Die Aetiologie der Rhachitis.**

Die bisher über die Aetiologie der Rhachitis aufgestellten Theorien sind, soweit sie sich nicht als falsch erwiesen haben, zum mindesten unbefriedigend. Das Wesentliche der anatomischen Knochenveränderungen bei der Rhachitis liegt in einer vermehrten Bildung eines unfertigen Knorpel- und Knochengewebes und einer oft damit konkurrierenden, gegen die Norm erhöhten Einschmelzung bereits gebildeter Knochensubstanz. Die Aehnlichkeit der Blutbefunde bei Rhachitis und chronischer Ueberfütterung brachte Verf. auf den Gedanken, daß die bei beiden eigenartige Hyperleukocytose als Ausdruck einer abnormen Knochenmarksfunktion für einen Zusammenhang von chronischer Ueberfütterung und Rhachitis sprechen könnte. Er fahndete dann bei der Aufnahme der Anamnese auf diese chronische Ernährungsstörung und konnte bei allen Fällen von Rhachitis, ob sie Brust- oder Flaschenkinder betrafen, ob es sich um Kinder von rhachitischen oder von rhachitisfreien Eltern handelte, anamnestische Ueberfütterung feststellen. Dem Einwand, daß bei der Häufigkeit der Rhachitis einerseits und der Häufigkeit der Ueberfütterung andrerseits das Zusammentreffen beider ein rein zufälliges ist, steht das Thierexperiment entgegen, indem Verf. durch Ueberfütterung bei jungen Ratten Knochenveränderungen erzielte, die als rhachitische anzusehen sind. Chronische Ueberfütterung, die bei künstlicher Ernährung leichter und häufiger vorkommt als bei natürlicher, hat zu einer vermehrten Bildung leukocytärer Elemente eine erhöhte Inanspruchnahme des Knochenmarks zur Folge, die wiederum bei künstlicher Ernährung erheblicher ist als bei natürlicher. Dabei kann zunächst dahingestellt bleiben, ob diese vermehrte Leukocytenbildung nur als eine abnorme Steigerung eines zu der Verdauung nötigen Vorganges oder etwa als Schutz gegen giftige Abbauprodukte von Eiweißkörpern aufzufassen ist. Die erhöhte Inanspruchnahme des Knochenmarks wirkt bis zu einem gewissen Grade anregend auf das Wachstum, führt aber schließlich zur Insufficienz. Die Hyperaemie des rhachitischen Knochenmarks ist die Folge der größeren Inanspruchnahme, und die schließlich eintretende Insufficienz des überanstrengten Knochenmarks zeigt sich neben dem Auftreten von jungen oder noch unreifen Leukocyten im peripheren Blute und einer Verminderung der roten Blutkörperchen, speziell an den Epiphysen und am Periost, den Stellen lebhaftester Zelltätigkeit in der vermehrten Bildung eines unfertigen, zur Verknöcherung ungeeigneten Gewebes. Der bekannte Frühjahrsanstieg in der Häufigkeit der Erkrankungsfälle an Rhachitis läßt sich ungezwungen dadurch erklären, daß während des Winters eine Ueberfütterung der Säuglinge viel eher möglich ist, als im Sommer, in dem die so häufigen Darmkatarrhe infolge qualitativ schädigender Nahrung mehr oder weniger vor Ueberfütterung bewahren. Ist die Auffassung Verf.s vom Zustandekommen des rhachitischen Krankheitsprozesses an dem Knochen richtig, dann muß sich auf einfachste Weise durch richtige Ernährung, speziell durch Vermeidung von Ueberfütterung, das Auftreten der Erkrankung verhindern lassen.

2. Brand, Frankfurt a. M.: **Ueber die praktische Bedeutung der Reduktionsfähigkeit der Milch.**

In Uebereinstimmung mit den Ansichten von Schmidt und entgegen denen Seligmanns, kommt Verf. auf Grund einer Reihe von Versuchen zu dem Ergebnis, daß bei der Reduktion der Milch zwei verschiedene Substanzen im Spiele sind: die Bakterien bezw. ihre Spaltungsprodukte, und eine Substanz, die thermolabil ist, durch das Fermentgift Blausäure momentan vernichtet wird, vom Säuregrad stark abhängig ist und ihr Wirkungsoptimum bei 70° hat — aller Wahrscheinlichkeit nach ein Ferment, das originäre Milchferment. Die Reduktion der frischen Milch bei 50° entsteht aus zwei Komponenten: hauptsächlich aus der Reduktion, hervorgerufen durch das originäre Ferment, dann aber auch aus der bakteriellen Reduktion — die in diesem Stadium summierend wirkt. Die Reduktion der Milch bei 70° ist reine Fermentwirkung. Das Ferment wird bei Erhitzen bis zu 80° zerstört; es ist von seiner Konzentration abhängig; durch längeres Stehen wird es in seiner Lebens- resp. Reduktionsfähigkeit beeinträchtigt; es ist in irgend einer Weise an den Rahm gebunden. Die Reaktion gibt für das Laboratorium einen ziemlichen Maßstab über die Qualitäten einer Milch; die Verwendbarkeit im praktischen Betriebe ist noch zu erproben. Bei Anstellung der Prüfung sind folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen: 1. Das Reagens: 5 ccm Formaldehyd (40 %ig), 5 ccm konz. alkohol. Methylenblau, 190 ccm Aq. dest.; 2. 10 ccm Milch werden mit 0,5 ccm des Reagens versetzt; 3. die Reaktion ist bei 68 bis 70° anzusetzen; 4. die durch das Methylenblau gefärbte Milch muß innerhalb einer Zeit von etwa sechs Minuten eine absolut reine weiße Färbung annehmen (bloßes Abblassen ist nicht zu berücksichtigen); 5. tritt Gerinnung während der Reaktion ein, so ist dieselbe nicht zu verwerten; 6. eine zweite Probe einer Milch mit positiver Reaktion, kurz aufgekocht und nachher mit dem Reagens versetzt, darf sich nicht entfärben.

3. Liefmann, Halle: **Ueber das scheinbar aërobe Wachstum anaërober Bakterien.**

In verschiedenen Arbeiten der letzten Jahre ist über scheinbar aërobes Wachstum anaërober Bakterien in solchen Nährböden berichtet worden, denen tierische oder auch pflanzliche Organteile zugesetzt waren. Eine genauere Analyse dieser Versuche legt den Gedanken nahe, daß die reduzierende Fähigkeit der Organe dabei von Bedeutung ist, und daß die Annahme eines Stoffes, der das Wachstum der Anaëroben so sehr begünstige, daß sie auch bei Anwesenheit von Sauerstoff zu gedeihen vermöchten, unnötig und irrig sei. Um diese Vermutung zu prüfen, ging Verf. zwei Wege; der eine sollte zur Beantwortung der Frage führen, ob überall dort, wo anaërobe Keime mit Hilfe von Organzusätzen zur Entwicklung kämen, die Anwesenheit reduzierender Substanzen nachweisbar sei; der zweite sollte die Entscheidung bringen, ob es nicht möglich sei, die Wirksamkeit der Gewebe durch einfache, chemisch bekannte, organische oder anorganische Reduktionsmittel voll und ganz zu ersetzen. Die angestellten Versuche ergaben für beide Fragen eine bejahende Antwort; anaërobe Keime gedeihen immer nur dann — scheinbar bei Luftzutritt —, wenn reduzierende Substanzen anwesend sind, die den zudringenden Sauerstoff von ihnen fernhalten; die Resultate, die man mit tierischen oder pflanzlichen Gewebsstücken erhält, vermag man ebenso gut mit organischen oder anorganischen Reduktionsmitteln zu erzielen.

4. Fabricius, Wien: **Ueber die operative Behandlung von Kruralhernien.**

Abgesehen von Abnormitäten sind bei den Schenkelhernien im allgemeinen drei verschiedene Arten zu unterscheiden: die erste Form betrifft hauptsächlich ganz kleine Hernien, bei denen die Geschwulst unter dem Rande des Processus falciformis minor, demnach durch einen Spalt oder eine Oeffnung des oberflächlichen



Blattes der Fascia lata hervortritt; eine zweite Art von Schenkelhernien sind die, bei welchen die Bruchgeschwulst direkt im Gefäßtrichter zum Vorschein kommt; bei der dritten Form, die aus der ersten durch Vergrößerung der Bruchpforte allmählich hervorgeht, ist die Bruchpforte so groß, daß der ganze Raum vom Processus falciformis minor bis zu den großen Gefäßen von der Bruchgeschwulst ausgefüllt ist. Wenn es bei der ersten Art oft genügen kann, die Bruchpforte mit wenigen Nähten zu verschließen, ohne ein Rezidiv befürchten zu müssen, so muß bei den beiden anderen Formen die Beseitigung des Schenkeltrichters und eine möglichst feste Fixation des Poupartschen Bandes am Ramus horizontalis ossis pubis erstrebt werden. Dazu empfiehlt Verf. die Annähung des Poupartschen Bandes an den innern Rand des horizontalen Schambeinastes, wo die zarte Fascia pectinea sich zu dem dicken und festen Ligamentum Cooperi verdickt. Dazu ist es häufig erforderlich, den oberen Rand des Processus falciformis minor und die Fasern des Poupartschen Bandes an dessen Insertion am Tuberculum ossis pubis zu incidieren, bis sich dieses hinreichend entspannt und zurückdrängen läßt.

5. Freund, Danzig: **Die Röntgenbehandlung der Basedowschen Krankheit.**

6. Reiche, Hamburg-Eppendorf: **Laryngitis membrano-ulcerosa fusibacillaris.**

Verf. berichtet über einen Fall von membrano-ulceröser Entzündung, bedingt durch fusiforme Bazillen, die nahezu ausschließlich auf die Kehlkopfschleimhaut beschränkt blieb. Das Bild, das sich bot, hatte große Aehnlichkeit mit den Plaut-Vinzentschen Manifestationen auf der Rachenschleimhaut, und zwar mit ihrer diphtheroiden Verlaufsform; dicke, gelbe, pelzige Beläge, mit auffallend geringer Irritation der Nachbarschaft, nahmen beträchtliche Partien der Kehlkopfschleimhaut ein, sie breiteten sich über eine Reihe von Tagen aus und nach Abstoßung der Pseudomembranen blieben flache Substanzverluste der Schleimhaut, die völlig ausheilten; keine Reaktion in den Halslymphdrüsen, nirgends im ganzen Verlauf bedrohliche Erscheinungen, selbst nicht, als die Beläge zum Teil auch die Stimmbänder überzogen hatten. Starke Heiserkeit, Hustenreiz und sehr reichlicher, wässriger, dünner Auswurf waren die hervorstechendsten Symptome, das Schlucken war unbehindert und dem Husten war nicht der beängstigende Klang des Krupphustens eigen. Das Fieber zeigte sich höher und von längerer Dauer, als gemeinhin bei der Vincentschen Angina; es war aber bereits zur Norm abgesunken, als der spezifische Prozeß noch weitere Ausbreitung erfuhr. Die Milzschwellung war geringfügig, die Leukocytose nicht unerheblich und von großer Konstanz. Die Abwesenheit der Löfflerschen Bazillen wurde bakteriologisch in vielen Abstrichpräparaten und kulturell sowohl durch Untersuchung des Sputums wie des im unteren Pharynx leicht erreichbaren Belagstreifens sichergestellt. Dagegen fanden sich im Auswurf fusiforme Bazillen in allergrößter, jedes Gesichtsfeld beherrschender Reichlichkeit, und ebenso lagen sie in einer Reinkultur ähnlichen Menge in den Abstrichen der Pseudomembran. Die Kenntnis dieser Affektion — Laryngitis membrano-ulcerosa fusibacillaris — ist in differentialdiagnostischer Hinsicht gegenüber der Kehlkopfdiphtherie von großer Bedeutung. Die Prognose ist eine völlig differente in beiden Krankheiten, auch der Therapie sind verschiedene Wege gewiesen. Nur die Bakteriologie kann hier das entscheidende Wort sprechen. Von Bedeutung erscheint, daß nur fusiforme Bazillen ohne begleitende Spirillen in diesem Falle nachgewiesen wurden. Weiter von Interesse ist eine starke nephritische Reizung auf der Höhe der Krankheit und späterhin das Auftreten einer doppelseitigen Akkomodationslähmung, einer peripheren Neuritis in den unteren Extremitäten, sowie einer anscheinend myopathischen Hypokinese des Larynx. Solche für echte Diphtherie charakteristischen Komplikationen können danach auch gelegentlich bei schweren und protrahierten Formen der fusibazillären Erkrankung in Erscheinung treten.

7. Gregor, Leipzig: **Ein Fall von Arzneiexanthem mit ungewöhnlichen Allgemeinerscheinungen.**

Nach einer zweimaligen Dosis von 2 g Chloralhydrat stellte sich bei einer Patientin ein schnell über den größten Teil des Körpers sich verbreitendes Exanthem mit makulo-papulösen Efflorescenzen, Haemorrhagien, Blasenbildungen ein, das von hohem Fieber, haemorrhagischer Bronchitis, Conjunctivitis, Somnolenz in gefahrdrohender Heftigkeit begleitet war.

8. Lange, München: **Künstliche Gelenkbänder aus Seide.**

Herz hat (d. W. 1906, Nr. 51) ungünstige Erfahrungen mitgeteilt, die er mit künstlichen Gelenkbändern aus Seide bei paralytischen Schlottergelenken gemacht hat; die seidenen Gelenkbänder heilten zwar anstandslos ein, Form und Stellung der Gelenke war nach der Verbandabnahme zunächst noch sehr gut und blieb auch einige Wochen so; dann aber kam stets ein Rezidiv der Deformität, so daß die Operation vergebens gewesen war. Demgegenüber betont L., daß man der Seide allein keine allzugroße Belastung zumuten darf, da sonst die Ansatzstellen nachgeben. Eine große Belastungsfähigkeit gewinnt das künstliche Gelenkband durch die Umwachsung mit Bindegewebe; diese erfolgt erst nach der Verbandabnahme unter dem Reiz der funktionellen Anspannung der künstlichen Gelenkbänder. Deshalb sind die ersten zwei Monate nach der Verbandabnahme kritisch für das seidene Gelenkband; die Anspannung muß aber in Schranken gehalten werden, damit die Seide an ihren Ansatzstellen nicht gelockert oder gar zerrissen wird. Bei den paralytischen Schlottergelenken des Fußes hat L. die seidenen Gelenkbänder nicht mehr benutzt, da die Verkürzung der Dorsalflektoren durch eine Raffnaht ebensogute Resultate liefert und technisch schneller auszuführen ist. Ausgezeichnetes aber leistet die Seide bei den Schlottergelenken des Knies, die in ihren schweren Formen bisher unheilbar waren. In solchen Fällen verkürzte Verf. den Semitendinosus und Semimembranosus durch Raffnaht und bildete neue künstliche Gelenkbänder aus Seide an der Beugeseite des Knies, indem er 10 bis 12 Seidenfäden oberhalb und unterhalb der Kniegelenkkapsel vom Periost des Femur zum Periost der Tibia ausspannte. Mit entsprechender vorsichtiger Nachbehandlung erzielte er so ideale Heilerfolge.

9. Ottolenghi, Siena: **Die Blutplättchen als Alexinerzeuger.**

Ein Beitrag zur Abhandlung von Gruber und Futaki: „Ueber die Resistenz gegen Milzbrand und über die Herkunft der milzempfindlichen Stoffe".

In dieser Arbeit (Münch. m. W. 1907, Nr. 6) haben Gruber und Futaki unter anderem gezeigt, daß die bakterizide Tätigkeit gegen Milzbrandbazillen, welche das Serum des Kaninchens und der Ratte besitzt, von einer Substanz herrührt, die von den Blutplättchen während der Gerinnung des Serum abgegeben wird. Diese von den Blutplättchen abgegebene Substanz sprechen sie nicht als ein thermolabiles Alexin an, sondern als die für Milzbrandbazillen bakterizide Substanz. Verf. erinnert daran, daß er schon früher das Vorhandensein einer solchen von den Blutplättchen herrührenden Substanz als wahrscheinlich angenommen hat; er glaubt aber, nach neueren Versuchen es als sicher hinstellen zu können, daß diese Substanz ein echtes Komplement ist.

10. Schwab, Erlangen: **Ein letztes Wort zur Bestimmung der Gerinnbarkeit des Blutes.**

Erwiderung an Birnbaum-Göttingen.

11. Angerer, München: **Ernst von Bergmann.**

Deutsche med. Wochenschrift. No. 16. 1907.

1. Wassermann, Berlin: **Die Immunitätswissenschaft und ihre Bedeutung für die Praxis.**

Klinischer Vortrag, der eine kurze, aber eingehende Zusammenstellung des auf dem Gebiete der Immunitätswissenschaft bisher Erzielten gibt, und den diesem Forschungsgebiet fernerstehenden Praktiker in das Verständnis dieser, die innere Medicin so nahe und vielfach berührenden Fragen einführen soll.

2. Kolle, Bern: **Die Serumtherapie und Serumprophylaxis der akuten Infektionskrankheiten.**

Nicht abgeschlossen.

3. Ebstein, Göttingen: **Ueber die Natur und die Behandlung der gichtischen Anlage.**

Die Entwicklung der Fettleibigkeit, der Zuckerkrankheit und

der Gicht, die zu der Gruppe der vererbbaren, cellularen Stoffwechselkrankheiten zu vereinigen sind, verlangt eine Disposition, eine Anlage der Individuen, welche ihnen zum Opfer fallen. Dieselbe ist vererbbar und kann entweder im frühen Kindesalter oder erst in späteren Jahren sich bemerkbar machen. Entgegen den beiden anderen Affektionen ist die Diagnose der gichtischen Anlage eine komplizierte und schwierige, indem die dafür angeführten Symptome oft genug nicht eindeutig sind. Frühzeitige hartnäckige und besonders stark juckende Hautaffektionen, die oft schwer von scrophulösen zu unterscheiden sind, große Empfindlichkeit der Schleimhäute, eine Form der Angina, die Pharyngitis granulosa, sehr früh einsetzende Migräne, Neigung zu Nasenblutungen ohne erweisbare Gelegenheitsursache, Gelenkschmerzen, die häufig fälschlicherweise auf das Wachstum bezogen werden, dyspeptische Erscheinungen, von Schwindel begleitet, schwankende Stimmung wie beim Neurastheniker und der Hysterischen setzen das widerspruchsvolle Bild zusammen, das zur Diagnose „gichtische Anlage" führt, unter der die Individuen verstanden werden sollen, bei welchen die charakteristischen Symptome der primären Gelenkgicht, der typische Gichtanfall und die makroskopisch sichtbaren Uratablagerungen, die Tophi, noch fehlen. Bei der primären Gelenkgicht, die in allen ihren Phasen zur Entwicklung kommt, kann man folgende Stadien unterscheiden: 1. die prämonitorischen oder initialen Symptome, die mit dem Eintreten des ersten Gichtparoxysmus ihr Ende erreichen, 2. den akuten Gichtparoxysmus, 3. die intervallären Symptome zwischen den einzelnen Paroxysmen. Je intensiver der gichtische Prozeß sich im Laufe der Zeit gestaltet, umso mehr Körperteile und Organe werden bei der Gestaltung des gichtischen Symptomenkomplexes in Mitleidenschaft gezogen.

Die Gicht scheint, auch in Deutschland, eine im Zunehmen begriffene Krankheit zu sein, sie ist umso seltener und gestaltet sich umso milderer, je tätiger und einfacher das Leben ist, das die Menschen führen. Am schlechtesten bekommt den Gichtkranken bezw. den zur Gicht Disponierten der Alkohol; sein Genuß ist absolut auszuschließen. Neuere Untersuchungen haben ergeben, daß die Störung des Harnsäurestoffwechsels beim Alkoholgenuß bezw. -mißbrauch dieselbe ist, wie sie für Gicht als charakteristisch angesehen wird; nämlich, daß sie sich teils in Retention, teils in verschleppter Ausscheidung der Harnsäure, oder in einer Kombination beider bekundet. Das wichtigste bei der Behandlung der Gichtiker ist, dieselben an eine gesundheitsgemäße Lebensweise nicht nur im Essen und im Trinken, sondern in ihrem ganzen Regime zu gewöhnen. Bezüglich der Ernährung empfiehlt sich bei den zu Gicht Disponierten im wesentlichen dieselbe Methode, wie bei der Behandlung der Fettleibigkeit; Eiweiß in ausreichender Menge (tierisches und pflanzliches Eiweiß sind dabei als gleichwertig anzusehen), Fett in entsprechender Menge (60 bis 100 g täglich) und tunlichste Einschränkung der Kohlehydrate, d. h. Vermeiden von zu großen Brotmengen, von Zucker, Süßigkeiten, Kuchen, Puddings, Mehlspeisen etc., welche am häufigsten zu exzessivem Fettansatz Veranlassung geben. Für wohlgeordnete Darmtätigkeit ist peinlichst Sorge zu tragen.

4. Sahli, Bern: **Die Sphygmobolometrie, eine neue Untersuchungsmethode der Zirkulation.**

Nicht abgeschlossen.

5. Eppinger, Graz: **Ueber Ikterus bei Cholecystitis.**

Durch Einführung eines neuen histologischen Verfahrens, welches die feinsten menschlichen Gallenkapillaren darzustellen ermöglicht, konnte Verf. bezüglich der Pathogenese des Ikterus gewissen, in der Pathologie schon längst bestehenden Vorstellungen eine objektive Basis geben, speziell der Lehre vom mechanischen Ikterus. Weiter konnte er zeigen, daß bei manchen andern Formen des Ikterus, so bei Lebercirrhose, Phosphorvergiftung und gewissen Fällen von Herzfehlern, das mechanische Prinzip eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt, so daß es nicht notwendig ist, bei Erklärung dieser Formen zur Hypothese der Paracholie zu greifen, der zufolge die Leberzelle die Galle nicht in die Gallenkapillaren sezerniert, sondern wieder zurück, entlang jener unbekannten und unbewiesenen Bahn, auf welcher die Vorstufen der Galle aus dem Blute in die Leberzelle gelangt sind. Zu Gunsten dieser Theorie der Paracholie könnten wohl die Fälle von rasch einsetzender, nie sehr hochgradiger und nie sehr lang währender Gelbsucht gedeutet werden, wie sie häufig einen akuten Anfall von Cholecystitis begleiten. Verf. hatte Gelegenheit, einen derartigen Fall, der während des Anfalles zum Exitus kam, pathologisch anatomisch zu untersuchen. Er fand zwar keine der mechanischen Veränderungen in den Gallenkapillaren, Erweiterung des Lumens, Rupturen der Wandungen, Thrombenbildungen, so daß anatomisch und histologisch ein Anhaltspunkt für das mechanische Entstehen dieser leichten Gelbsucht nicht gegeben ist; dagegen zeigte die Gallenblasenschleimhaut Veränderungen, die die Möglichkeit nicht ausschließen, daß Gallenfarbstoff direkt aus der Gallenblase in das Blut gelangen kann. Speziell in diesem Sinne angestellte Experimente zeigten, daß nur die geschädigte Gallenblasenschleimhaut für den Gallenfarbstoff durchgängig ist. Danach dürfte wohl bei Beurteilung der Pathogenese leichter Ikterusfälle, insbesondere beim akuten Gallensteinanfall, mit der Möglichkeit des Entstehens der Gelbsucht durch das Hineingelangen von Gallenfarbstoff aus der Gallenblase in das Gefäßsystem zu rechnen sein.

6. Steinert, Leipzig: **Vibrationsempfindung und Drucksinn.**

Nach dem Vorgange Strümpells ist von dem Tastsinn, dem vielfach sogenannten Drucksinn der Physiologen, als der Fähigkeit, Berührungen zu empfinden, scharf zu trennen die Empfindlichkeit für tiefen Druck, die Fähigkeit, Druckunterschiede zu differenzieren, Druck von Tastreizen zu unterscheiden; für dieses Vermögen sollte der Ausdruck Drucksinn reserviert werden. Die Strümpellsche Drucksinnprüfung hat wesentlich beigetragen zur Klärung der Frage nach dem Wesen der Sensibilität des Körpers für Stimmgabelschwingungen und nach dem Werte der Prüfung dieser Empfindlichkeit. Eingehende Versuche in dieser Richtung haben Verf. zu dem Resultat geführt, daß die Stimmgabel, je nach der Art ihrer Anwendung, sowohl die Tastnerven der Haut als die Drucknerven der tiefen Weichteile derart zu erregen vermag, daß eine Vibrationsempfindung entsteht. Praktisch empfehlenswert ist die Stimmgabel nur für die Untersuchung der tiefen Sensibilität. Sie ist die feinste Reagens auf Störungen des Drucksinns und besonders zu quantitativen Untersuchungen auf dem Gebiete dieser Sensibilitätsqualität geeignet.

7. Jeziersky, Zürich: **Versuche von Uebertragung der Lepra auf Tiere.**

In Uebereinstimmung mit den Befunden der meisten früheren Autoren konnten weder auf den bekannten Wegen, noch durch neue Versuchsanordnungen (Inokulation der Lepra in die peripherischen Nerven, Injektion von frischem Leprablut in die Bauchhöhle) positive Ueberimpfungen erzielt werden.

8. Yakimoff, Petersburg: **Zur Atoxylbehandlung der experimentellen Dourine.**

Bei weißen Mäusen wird durch einmalige subcutane Einspritzung von 0,5 ccm einer 1%igen Atoxyllösung das Trypanosoma Rougeti zum Schwinden aus dem Blute gebracht, ein Rezidiv tritt nicht wieder auf; aber für die Mehrzahl der Mäuse ist diese Dosis tödlich. Kleinere Dosen der Lösung, 0,15 bis 0,3 ccm, werden von den Mäusen gut vertragen, die Trypanosomen schwinden aus dem Blute, es kommt aber zu Rezidiven. Wiederholung einer Injektion von 0,3 ccm mehrmals mit eintägigen Intervallen vermag die Trypanosomen endgültig zu vertreiben. Bei weißen Ratten ist die einmalige Einspritzung von 0,18 g Atoxyl pro Kilo Körpergewicht toxisch; kleinere Dosen sind wirkungslos, sie bringen zwar die Trypanosomen zum Schwinden nach mehreren Stunden, aber nach einigen tritt ein Rezidiv auf. Spritzt man Mäusen gleichzeitig Atoxyl und Trypanosomen an verschiedenen Körperstellen ein, so kommt keine Infektion zu stande, selbst bei Einführung des Atoxyls (0,5 ccm der 1%igen Lösung) drei Tage nach Einführung der Trypanosomen bleibt die Erkrankung aus. Werden aber die Trypanosomen nur 24 Stunden später injiziert als das Atoxyl, so haftet die Infektion.

9. Leyden: **Zur Feier des 25 jährigen Bestehens des Kongresses für innere Medicin.**

Eröffnungsrede am 15. April 1907 in Wiesbaden.



10. Strauß, Berlin: **Zum Jubiläum des Kongresses für innere Medicin.**

Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 16. 1907.

1. Goldscheider, Berlin: **Ueber den Begriff der Zweckmäßigkeit in der Krankheitslehre.**

In längeren Ausführungen, deren Einzelheiten sich kürzerer Mitteilung entziehen, verteidigt G. gegenüber Ribbert die Berechtigung des Ausdrucks „zweckmäßig" in der Medicin als sachlich und dem Sprachgeist entsprechend und erörtert die Bedeutung der Anschauung von der „teleologischen Mechanik" im Sinne Pflügers für die Krankheitslehre.

2. Sachs und Teruuchi, Frankfurt a. M.: **Die Inaktivierung der Komplemente im salzfreien Medium.**

Nicht abgeschlossen.

3. Joseph, Berlin: **Beiträge zur Rhinoplastik.**

An der Hand von Abbildungen berichtet Verf. über einige operative Nasenkorrekturen. Der erste Fall betrifft eine starke Hypertrophie der Nase, die hauptsächlich auf die Hypertrophie des knorpeligen Septums zurückzuführen ist, durch dessen Vorspringen zwei äußere Höcker gebildet werden. Auf intranasalem Wege und unter lokaler Anaesthesie wurde die Verkleinerung (Rhinomiosis) in genauer geschilderter Weise vorgenommen. Im zweiten Fall handelt es sich um eine angeborene Sattelnase, die durch intranasale Ueberpflanzung eines Knochenstücks aus dem Schienbein korrigiert wurde. Im dritten Fall wurde bei traumatischer Sattelnase der Defekt ebenfalls mit dem eigenen organischen Material der Patientin, aber nicht mit Knochen, sondern mit Knorpel ersetzt, der von dem gleichzeitig verkürzten Septum genommen und ungestielt intranasal implantiert wurde.

4. Blumenthal, Berlin: **Ein Fall von angeborenem Fibuladefekt (Volkmannsche Sprunggelenkmißbildung) mit Metatarsus varus aequisitus.**

An der Hand von Abbildungen und Röntgenbildern werden die besonderen Verhältnisse beschrieben.

5. Zuelzer, Berlin: **Experimentelle Untersuchungen über den Diabetes.**

Die Injektion von Nebennierensaft ruft bei den verschiedensten Tieren Glykosurie und Hyperglykaemie hervor; beim Nebennierendiabetes handelt es sich also nicht um ein Analagon des Phoridzindiabetes, um einen Nierendiabetes, vielmehr ähnelt er durchaus dem richtigen Diabetes. Um den Ort des Angriffs des Nebennierensaftes zu eruieren, untersuchte Verf. zunächst seine Einwirkung auf die Leber, das Organ, das mit der Zuckerregulierung im Körper in engster Beziehung steht. Er stellte Durchblutungsversuche mit normalem, defibriniertem Hundeblut, dem bestimmte Mengen Traubenzucker zugesetzt waren, an und fand eine bedeutende Blutzuckerzunahme bei Hunden, die auf der Höhe der Nebennierensaftwirkung i. e. der Hyperglykaemie standen. Vergleichsweise angestellte Versuche an Hunden, die ebenfalls, aber auf dem anerkannten Wege der Pankreasexstirpation diabetisch gemacht waren, ergaben gleichfalls bedeutende Blutzuckervermehrung. Daß gewisse gleichsinnige Aenderungen im Verhalten der Leber durch die Pankreasexstirpation und durch die subkutane Einverleibung von Nebennierensaft hervorgerufen werden, läßt sich wohl aus diesen Versuchen schließen. Es läßt sich weiter die Hypothese ableiten, daß eine antagonistische Wirkung des Nebennieren- und Pankreasfermentes besteht. Diese konnte Verf. stützen durch den experimentellen Nachweis, daß gleichzeitige Injektion von künstlichem Nebennierensaft und künstlichem Pankreassaft das Auftreten einer Glykosurie hindert, und weiter, daß die Herausnahme des Pankreas und gleichzeitige Unterbindung der Nebennierenvenen keine Zuckerausscheidung hervorruft.

6. Fellner und Rudinger, Wien: **Beitrag zur Funktionsprüfung des Herzens.** (Schluß aus Nr. 15.)

Verff. haben ihre Untersuchungen nach der Katzensteinschen Methode angestellt, bei der als Indikator der Funktionstüchtigkeit des Herzens die Aenderung des Blutdruckes bei Kompression beider Arteriae femorales gilt. Die Ausführung der Funktionsprüfung gestaltete sich in folgender Weise: An dem in ruhiger Rückenlage befindlichen Patienten wurde unter gleichzeitiger Zählung des Pulses der systolische und diastolische Blutdruck in der Arteria brachialis mit Hilfe des Sphygmomanometer von Riva-Rocci bestimmt; darauf komprimierte ein Untersucher manuell die Artt. femoralis am Ligamentum pouparti, was ohne übermäßige Kraftanwendung möglich, absolut konstant und für den Kranken vollständig schmerzlos war; der zweite Untersucher kontrollierte außerdem zu Beginn und am Ende der Untersuchung an der Arteria pedica beiderseits den Affekt der Kompression, deren Dauer vier bis fünf Minuten betrug. Während der Kompression wurde nun abermals unter gleichzeitiger Pulszählung mehrmals der diastolische und systolische Blutdruck an der Arteria brachialis bestimmt und das Durchschnittsresultat festgelegt. So wurden 70 Fälle untersucht; dabei ergab sich: das normale, kräftige Herz reagiert auf die Kompression mit einer Druckzunahme von 5 bis 10 mm; das kräftige, hypertrophische Herz antwortet mit der stärkeren Druckzunahme von 10 bis 20 mm; als Zeichen der Herzschwäche ist das Ausbleiben der Drucksteigerung anzusprechen; häufiger findet man hierbei eine Drucksenkung von 5 bis 15 mm; eine nur geringe Blutdruckzunahme beim hypertrophischen Herzen muß schon als beginnendes Nachlassen der Herzenergie bezeichnet werden. Im einzelnen reagierten Herzerkrankungen ohne wesentliche Hypertrophie in vollkommen kompensiertem und beschwerdefreiem Stadium, wie die normalen Fälle mit entsprechender Steigerung des Blutdruckes. Bei Herzkranken, die ohne objektiv nachweisbare Zeichen einer gestörten Kompensation mit subjektiven Klagen, Palpitationen, Atembeschwerden etc., zur Untersuchung kamen, machte sich die leichte Adynamie des Herzens durch eine Drucksenkung bei der Kompression deutlich geltend. Entsprechend der mehr oder minder entwickelten Hypertrophie des linken Ventrikels reagierten die Fälle mit Insufficienz der Aortaklappen im kompensierten Zustande mit stärkerer Steigerung auf die Kompression; mit dem Einsetzen von Zeichen der Dekompensation schwand dieselbe, kehrte aber wieder, wenn durch Cardiaca die Kompensation wieder hergestellt wurde. Bei Chlorosen und Anaemien ohne Befund einer organischen Läsion fand sich oft eine beträchtliche Blutdrucksenkung bei der Kompression, eine Bestätigung der alten praktischen Erfahrung, die solche Herzen als schwach bezeichnet hat. Aehnlich reagierten verschiedene tuberkulöse Patienten; speziell bei jugendlichen Individuen fand sich oft eine Blutdrucksenkung, ohne daß die physikalische Untersuchung einen Anhaltspunkt für die Annahme eines organischen Herzleidens bot. Eine negative Reaktion ließ auch des öftern im Verlaufe akuter Infektionskrankheiten das Auftreten einer vorübergehenden Schädigung des Herzens konstatieren. In den Fällen von Nephritis mit Drucksteigerung zeigte sich bei der Kompression beträchtliche Druckzunahme, in den Nephritisfällen, in denen von vornherein eine Drucksteigerung ausgeblieben war, fand sich nur geringe Druckzunahme oder Senkung des Blutdruckes unter der Kompression, ein Beweis dafür, daß die durch die Kompression bedingte Drucksteigerung analog der Drucksteigerung bei Nierenerkrankungen als Reaktion der vermehrten Herzenergie auf erhöhten Widerstand aufzufassen ist.

7. Benda, Berlin: **Zur Levaditifärbung der Spirochaeta pallida, nebst Bemerkungen über die Histologie der Leber bei Lues congenita.** (Schluß aus Nr. 15.)

Wenn zugegeben ist, daß sowohl typisch als auch bei gewissen kleinen Fehlschlägen der Levaditischen Methode außer parasitären Elementen auch andere Gebilde mit Silber geschwärzt sein können, so ist doch die Behauptung zurückzuweisen, daß die gesamten, mit den Versilberungen in Gewebsschnitten dargestellten Spirochaeten Trugbilder seien, die durch Versilberung von teils artefiziell, teils durch den Krankheitsprozeß (Nekrose, Maceration) verunstalteten Fäserchen des kollagenen, des Nervensystems usw. zustande gekommen seien. Vielmehr ist die Tatsache als feststehend zu betrachten, daß in den syphilitischen Geweben durch die Versilberungsmethode ein typisches, in den normalen Geweben nicht darstellbares Element von Spiralform gefunden wird, welches nach Formanordnung und Menge keinem bekannten normalen oder pathologischen Gewebsbestandteil entspricht. Zur Entscheidung der Frage, welcher Natur diese Spiralgebilde sind, ob es Parasiten sind,

ob sie mit den in Abstrichen gefundenen, mit Anilinfarben darstellbaren Spirochaetae pallidae identisch sind, ist die Forderung, die Resultate der Versilberung durch Anilinfärbungen bestätigt zu sehen, berechtigt. Verf. hat zunächst aus denselben Stellen einer congenital syphilitischen Leber, aus denen kleine Stückchen versilbert und voll von Spirochaeten gefunden waren, gleich große Stückchen in Gefrierschnitte zerlegt, davon einen Teil mit gewöhnlichen Färbungen behandelt und das Vorhandensein der gleichen histologischen Veränderungen wie in den Levaditischnitten konstatiert, einen andern Teil zerrieben und davon mit Giemsa gefärbte Präparate hergestellt, in denen dann zahllose Spirochaeten sich fanden. Damit ist bewiesen, daß in demselben Material, in dem die Levaditispirochaeten liegen, auch mit der Giemsamethode gleichgeformte Gebilde parasitärer Natur nachzuweisen sind. Verf. ist es dann weiter gelungen, durch vergleichende Untersuchungen nachzuweisen, daß Silberspirochaetenhaufen, wie sie in den kongenitalen Lebergummosen vorkommen, nichts anderes sind, als die dem pathologischen Anatomen lange bekannten zentralen Gebilde der miliaren Lebergummata congenital Syphilitischer, die als riesenzellenartige Gebilde bezeichnet worden sind. Ferner konnte er zeigen, daß diese Haufen auch in nicht versilberten Schnitten aus einem Filz feinster Fasern bestehen, die sich durch Kaliber, Form, Anordnung, Farbaffinität von jedem bekannten normalen oder pathologischen Gewebsbestandteil unterscheiden; schließlich, daß das tinktoricile Verhalten der Gesamthaufen gegen Anilinfarben und speziell gegen die Giemsafärbung durchaus demjenigen von bakteriellen Parasiten und sogar dem der Spirochaete pallida entspricht. Es ist damit die Spirochaete sicherer, als es bisher gelungen, in außerordentlichen Mengen als Zentrum einer anerkannten syphilitischen Gewebsveränderung nachgewiesen und damit das in den bisherigen pathologisch-anatomischen Arbeiten noch immer mit einiger Reserve behandelte anatomische Substrat der Aetiologie geschaffen.

Gazette médicale de Paris. Nr. 3. 1907.

Marie, Villejuif: **Considérations pratiques sur la Folie.**

Kurze Erörterung der praktisch wichtigen Gesichtspunkte bei den verschiedenen Formen der Geistesstörungen, der toxischen (Alkoholismus), der paralytischen, der Manie, Melancholie, des chronischen Verfolgungs- und Größenwahns, bei Geistesschwachen und Idioten, der nervösen Formen (Epilepsie, Hysterie, Neurasthenie), der Demenz. Ein Schema für den Untersuchungsgang, für Ausstellung von Attesten und die wichtigsten gesetzlichen Bestimmungen werden zugefügt.

Nr. 4.

1. Troller, Paris: **Le Diabète parasyphilitique.**

Die Syphilis spielt bei der Aetiologie des Diabetes keine zu unterschätzende Rolle. In auf Lues zurückzuführenden Fällen von Diabetes vermag die Quecksilberbehandlung wunderbare Resultate zu zeitigen, die das antidiabetische Regime nicht herbeiführen konnte. Verf. verweist auf andere Diabetesfälle, bei denen die Syphilis zwar nicht der einzige pathogene Faktor ist, aber doch die Entwicklung des Diabetes beeinflußt hat, parasyphilitischer Diabetes. Hier vermag die spezifische Therapie nicht den völligen und definitiven Schwund des Zuckers herbeizuführen, erweist sich aber als ein wichtiger unterstützender Faktor der antidiabetischen Kur. Bei allen Diabetikern sollte man deshalb in der Familien- und persönlichen Anamnese sorgfältig auf Lues fahnden.

2. Lucien-Graux: **La Tuberculose et le chargement du Fantassin.**

Verf. verweist auf einen Vortrag von Barthélmy, der die Beziehungen zwischen der Gepäckbelastung des Fußsoldaten und der Tuberkulose erörtert. Solange die Rekruten noch wenig Gepäck tragen und gut ernährt werden, bekommt ihnen meist das militärische Leben gesundheitlich gut; im März und April aber, wenn allmählich schwereres Gepäck getragen wird, zu den größeren Uebungen, findet man bei vielen eine Gewichtsabnahme, und die Statistik zeigt zu dieser Zeit stets einen deutlichen Anstieg der Tuberkulosemorbidität. Ein Soldat soll nicht mehr als ein Drittel seines Gewichtes als Gepäck schleppen, der Tornister sollte nicht mehr als 7 kg wiegen, und er muß so befestigt werden, daß sein Gewicht nicht in erster Linie auf den Schultern ruht.

Nr. 5.

La Diététique des Entérites et de l'Arterio-sclérose.

Die Bedeutung intestinaler Infektionen für die Entstehung mancher Krankheitserscheinungen, Arthritiden, Arteriosklerose, Appendicitis, Hautaffektionen, wird nach neueren Theorien erörtert und die Diätetik, die dieselben vermeiden resp. bekämpfen soll, dargelegt. Eine Reihe von Diätvorschriften zeigen, wie das Prinzip, in der Nahrung ein Minimum von Stickstoffsubstanzen, die für die proteolytischen Bakterien ein günstiger Nährboden sind, zuzuführen, zur Geltung gebracht werden kann.

Bücherbesprechung.

Aus der Werkstatt des dramatischen Genies

(Musik und Dichtkunst). Eine psycho-physiologische Studie von Dr. S. Rahmer. (Grenzfragen der Literatur und Medicin in Einzeldarstellungen, herausgegeben von Dr. S. Rahmer, Berlin. 1. Heft.) Ernst Reinhardt, München. 1906. Preis 1 M.

Der nicht allein in medicinischen, sondern auch in literarischen und bibliophilen Kreisen durch seine Werke über Heine und Kleist wohlbekannte und geschätzte Verfasser eröffnet mit diesem Aufsatz eine Reihe in zwangloser Folge erscheinender Abhandlungen, die das Leben und Schaffen von Künstlern — dieser Begriff ist möglichst weit zu fassen und auf Dichter, Musiker etc. zu beziehen — vom psychologischen Standpunkt aus beleuchten sollen. Weder der Arzt noch der Literar-Historiker allein sind in der Lage, diesen Forderungen gerecht zu werden; es gehören Menschen dazu, die in beiden Disziplinen bewandert sind und es verstehen, die vielfach dunklen Fäden zu entwirren und ein Bild zu zeichnen, das auch dem weniger Versierten klar und deutlich erscheint. Inwieweit die in Aussicht gestellten Beiträge diese Forderung erfüllen werden, soll die Zukunft lehren; mit der Studie Rahmers ist jedenfalls ein glückverheißender Anfang gemacht.

Die Belesenheit und das tiefe Verständnis, die aus dem Heine- und Kleist-Werk des Verf. hervortritt, zeigt sich auch in der vorliegenden Abhandlung, die uns in die geistige Werkstatt des Dramatikers führt. R. betont, daß die Kunst des Dichters zunächst eine Phantasiekunst ist, die ihr Analogon im Traumzustand findet. „Das planmäßige anschauliche Denken gleicht einem Schiffe, das von kräftigen Ruderern geleitet, alle Fährnisse und alle Gefahren vermeidet; das Träumen einem steuerlosen Boote, das, ein Spiel der Wellen, planlos umherirrt; die Phantasie einem Schiffe, das mit aufgeblähten Segeln dahinstürmt, an dem eine treibende und steuernde Kraft nicht sichtbar ist, das aber doch einen zielbewußten und sicheren Kurs erkennen läßt." Nicht unklare und mystische geistige Elemente bedingen die Schaffenskraft des Genies; sein Signum ist die ungewöhnliche Energie und Leichtigkeit der geistigen Prozesse. Der ganze Vorgang des Produzierens, d. h. die Natur der plötzlichen Eingebung, ist ganz unklar und am ehesten einem somnambulen Zustand zu vergleichen, der von dem alten Dichter L. Theob. Rosegarten in besonders anschaulicher Weise geschildert wird.

Wie alle Arbeiten, die sich einem neuen, noch unerforschten oder wenigstens noch kaum bebauten Gebiete zuwenden, muß auch die Rahmersche sich vorwiegend auf eine Zusammenstellung von Beobachtungen stützen. So gibt er uns Kunde von Schillers Schaffensart, der durch (selbst schlechte) Musik in den höchsten dichterischen Schwung geriet; desgleichen von der Hebbels, dem ein Gedicht „immer mit einer Melodie kam"; Heines, der bei der Dichtung seines „Ratcliff" über sich ein Rauschen, ähnlich dem Flügelschlag eines Vogels, verspürte. Eine gleiche Beziehung zwischen geistiger Produktion und Erregung des akustischen Zentrums findet sich bei Grillparzer, bei dem Italiener Alfieri, bei Otto Ludwig, bei Kleist. Ueberall zeigt sich die merkwürdige Erscheinung, daß sich „aus einem musikalischen Eindruck die dichterische Idee entwickelt". Sehr geistvoll wird

außer Kleist auch Richard Wagner in dieser Hinsicht analysiert, dessen musikalische Kraft nur in Verbindung mit der Poesie in die Erscheinung tritt, wogegen seine Werke, in denen es sich um absolute Musik handelt, deutlich zurücktreten. Als eine Bestätigung dieser Ansicht möchte ich noch hinzufügen, daß die beiden bedeutendsten Schöpfungen Wagners in „absoluter Musik", die Faust-Ouvertüre und das Siegfried-Idyll, ganz eklatant auf dichterische bezw. dramatische Vorgänge hinweisen.

Es ist als ein glückliches Zeichen unserer Zeit zu betrachten, daß sich aus dem Heer der Aerzte, und vornehmlich der „praktischen", Erscheinungen loslösen, die aus dem öden Einerlei der praktischen Tätigkeit einen Flug in höhere, idealere Regionen unternehmen. Nicht wenige solcher könnte ich nennen; und da man längst aufgehört hat, solche Männer, die „töricht genug ihr volles Herz nicht wahrten", mit bedauerndem Achselzucken zu betrachten, so rufe ich ihnen ein freudiges Glückauf für ihr mühvolles Weiterschreiten zu. Hirschberg.

Vermischtes.

Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten veranstaltete ihren fünften öffentlichen Vortragsabend am 2. Juli in Kellers Festsälen, Koppenstraße. Der Vorsitzende der Ortsgruppe, Herr Sanitätsrat O. Rosenthal, teilte mit, daß die Charlottenburger und Berliner Schulbehörden die im vorigen Jahre versuchsweise abgehaltene sexualhygienische Abiturientenbelehrung und Aufklärung über die Gefahren der Geschlechtskrankheiten in diesem Jahre allgemein einzuführen beabsichtigen und sich deshalb bereits mit dem Vorstand der D. G. B. G. ins Vernehmen gesetzt haben. Alsdann sprach Herr Dr. F. Nagelschmidt über das Thema: „Welche Folgen kann die Syphilis für die Organe des Körpers haben?" Nach einer kurzen Einleitung über die Stellung der Syphilis zu den übrigen Infektionskrankheiten, sowie über die spezifische Heilwirkung des Quecksilbers und des Jod betont Redner die besonders große Bedeutung, die der Syphilis da zukommt, wo sie gewissermaßen hinter einer Larve, als Erkrankung irgend welcher Organe, als Leberleiden, Nieren-, Herz-, Augen-, Ohren-, Nervenkrankheit in die Erscheinung tritt und in vielen Fällen für eine innere Krankheit gehalten wird. Die syphilitische Natur solcher Krankheiten ist nicht immer leicht zu erkennen, um so schwieriger, als auch Alkoholismus, Tuberkulose, Malaria, Krebs, Arteriosklerose sehr ähnliche Krankheitsbilder hervorrufen. Von besonderer Tragweite sind die Erkrankungen der nervösen Zentralorgane Gehirn und Rückenmark. Die schwersten Lähmungserscheinungen können hierbei durch eine rechtzeitig eingeleitete Quecksilberbehandlung spurlos beseitigt werden. Nur, wenn bereits Zerstörungen durch die Syphilis hervorgerufen wurden, kann natürlich auch die Quecksilberkur keine neuen Nervenzellen oder Bahnen schaffen. Der Vortragende warnt bei dieser Gelegenheit auch davor, durch Wasserheilverfahren und Quacksalbern kostbare Zeit zu verschwenden, denn Wasser und Natur allein heilen keine Syphilis, wohl aber kann durch eine solche Verzögerung unwiederbringlicher Schaden angerichtet werden. Redner schließt mit der Mahnung, dem Arzte niemals die Erkrankung an Syphilis zu verheimlichen und, wenn man das Unglück hat, an der Krankheit zu leiden, sich sachgemäßer Behandlung zu unterwerfen. Alle geschilderten Zufälle und Erkrankungen, sowie die besonders schweren tertiären Erscheinungen treten aber nur bei gar nicht oder ungenügend behandelten Fällen auf.

Von dem neu eingerichteten Fragekasten wurde erfreulicherweise fleißig Gebrauch gemacht.

Das Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen hielt am Sonnabend, den 29. Juni im Kaiserin-Friedrich-Hause seine, auch von auswärtigen Aerzten zahlreich besuchte siebente Generalversammlung ab. Dem bisherigen Vorsitzenden, Ernst von Bergmann, widmete der stellvertretende Vorsitzende Geheimrat von Renvers warme Worte der Erinnerung. Ueber den gegenwärtigen Umfang der Organisation, die auch im Auslande vielfach Nachahmung gefunden hat, und über die Arbeiten im abgelaufenen Geschäftsjahre erstattete Prof. R. Kutner Bericht; hiernach sind gegenwärtig Vereinigungen für unentgeltliche Fortbildungskurse vorhanden: in Preußen 31, in Bayern 3, in Sachsen 3, in Württemberg 2, in Baden 2, in den übrigen außerpreußischen Bundesstaaten 7, außerdem eine in Elsaß-Lothringen, also insgesamt 49. Hierzu kommen die „Seminare für soziale Medicin" in Berlin, Breslau, Leipzig, München, Wiesbaden und Hamburg. Vereinigungen für honorierte Kurse gibt es zur Zeit: in Preußen 6, in außerpreußischen Bundesstaaten 5, mithin zusammen 11. Im ganzen sind also im Deutschen Reiche zur Zeit 60 Kursvereinigungen vorhanden. In Anerkennung der großen Verdienste, die sich der gegenwärtige Leiter der Unterrichtsabteilung Ministerialdirektor Dr. Althoff um die Begründung und Ausbreitung des ärztlichen Fortbildungswesens erworben hat, erwählte ihn die Versammlung einstimmig zum Ehrenvorsitzenden, während der bekannte Berliner Anatom Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Waldeyer zum Vorsitzenden gewählt wurde. Hieran schlossen sich die Wahlen der ständigen Vertreter des Zentralkomitees bei den „Akademien für praktische Medicin" in Köln und Düsseldorf, als welche die Herren Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bardenheuer und Geh. San.-Rat Dr. Keimer ernannt wurden. Den Schluß bildeten die Beratungen und Annahme mehrerer Anträge, die eine Erhöhung der staatlichen Beihilfe und eine Ermäßigung der Fahrpreise für die ärztlichen Kursteilnehmer bei den Behörden erwirken sollen, sowie der Beschluß, die Bildung eines internationalen Komitees für ärztliche Studienreisen in die Wege zu leiten.

Salzbrunn. Der starke Zuzug von Kurgästen nach unserem Bade hat auch im Monat Juni sich weiter entwickelt. Der Gesamtbesuch war Ende Juni dem vorjährigen vom gleichen Zeitpunkte um über 1000 Personen voraus, er betrug 3539 Kurgäste, 3245 Passanten, zusammen 6784 Personen. — Vom 21. bis 24. Juni fand ein großes Internationales Tennis-Turnier auf den vorhandenen fünf Tennisplätzen statt; namentlich Berlin war durch hervorragende Spieler vertreten. — In der Meisterschaft von Schlesien im Herren-Einzelspiel siegte Dr. Boelling-Berlin, in der Damen-Meisterschaft Fräulein Noack I-Breslau; das Herren-Doppelspiel ohne Vorgabe um die Meisterschaft von Salzbrunn gewannen Wilutzky, Dr. Boelling. Außerdem fanden noch Vorgabespiele für Herren (Sieger Graf Nayhauß), für Damen (Siegerin Fräulein von Rosen), Herren-Doppelspiel (Sieger Dr. Thomas, Graf Nayhauß) und gemischtes Doppelspiel (Sieger Fräulein Schulte, k. k. Jägerleutnant Demian) unter überaus reger Beteiligung statt. — Die Preisverteilung wurde von der Protektorin des Turniers, der Prinzessin von Pleß vorgenommen. Den Schluß des Turniers bildete eine Beleuchtung der Kuranlagen mit über 30000 Flammen und ein Festball für die Turnierteilnehmer.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P. Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 29. Juli 1907. **Nr. 30.**

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Einiges über das epigastrische Druckgefühl.

Von Professor Dr. **H. Rosin**.

Die Klagen der Patienten über schmerzhafte Empfindungen erstrecken sich, auch bei sehr mannigfachen Grundkrankheiten, bekanntlich mit Vorliebe auf eine relativ beschränkte Anzahl Körperstellen. Ganz besonders häufig ist das Epigastrium Sitz von Schmerzgefühlen jeden Grades, und geben sie auch oft genug eine Handhabe für Ort und Art der Erkrankung, so ist es doch oft in der Praxis nicht ganz leicht, die Grundlage der im Epigastrium lokalisierten Sensationen ohne weiteres klarzulegen.

Im nächstfolgenden sollen zwei minder bekannte oder leichter übersehbare Ursachen abnormer Empfindungen im Abdomen einer kurzen Betrachtung unterzogen werden, während die übrigen, wie der gastralgische Schmerz, der Schmerz bei Gallenkoliken, bei Nierenkoliken, Pankreaskoliken, die abnormen Sensationen bei Erkrankungen des Bauchfells, bei Darmstenose, bei Ileus, bei Tumoren und Intumeszenzen der Leber, des Magens, der Milz, des Darms und anderer in der Bauchhöhle gelagerter Organe hier übergangen werden sollen.

Zuvörderst sei auf folgendes hingewiesen: Druck- und Schmerzgefühle im Epigastrium sind sehr häufig, worauf Head zuerst hingewiesen hat, mit Veränderungen der Empfindungsqualität der Haut verbunden. Bei Prüfung der Sensibilität der Haut zeigt sich in der Regel eine Ueberempfindlichkeit und zwar weniger eine Feinfühligkeit des Tastgefühls, als eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit, vor allem für Wärme und Kälte, aber auch für Nadelstiche. Zuweilen konnte ich umgekehrt, namentlich bei gespannten Bauchdecken, eine Herabsetzung der Sensibilität feststellen und hier am meisten für das Tastgefühl, speziell für die Berührungsempfindung. Es bedarf dabei nicht genauerer Messungen mit dem Aesthesiometer, es genügt vielmehr die gewöhnliche Prüfung und der Vergleich mit normalen Verhältnissen, um den Unterschied registrieren zu können. Diese Störungen der Hautsensibilität sind, wie Head nachgewiesen hat, der Ausdruck visceraler Affektionen, also symptomatisch aufzufassen.

Um auf den Gegenstand selbst einzugehen, möchte ich erstens die epigastrischen Beschwerden im Gefolge der Störungen der Zirkulation hervorheben. Es sind vor allem die Herzkranken, unter denen ein erheblicher Prozentsatz über Druck und Völle in der Magengegend klagt, oft in Verbindung mit störenden Ructus, die bei genauer Analyse als Leerschlucken von Luft (von O. Rosenbach charakterisiert) sich dokumentieren. Geht man auf die Frage ein, bei welcher Art von Herzaffektion das Symptom am häufigsten sich findet, so ist es nahezu pathognomonisch für die arteriosklerotischen Herzerkrankungen. Hier gehört es zu den Frühsymptomen. Nicht selten findet es sich neben einer leichten Kurzatmigkeit bei anstrengenderer Bewegung sogar als Hauptsymptom. Da es am stärksten nach der Hauptmahlzeit sich einstellt, vormittags oft ganz fehlt, da es ferner mit Sodbrennen und objektiv nachweisbarer Hyperacidität einhergeht, so wird es sehr häufig verkannt resp. falsch gedeutet; viele Arteriosklerotiker sind meist anfänglich für magenkrank gehalten worden. Hier liegt also kein heftiges Schmerzgefühl vor, sondern eine Empfindung von Spannung, so daß der Magen selbst nach frugalem Mahle als überfüllt empfunden wird. Auch objektiv läßt sich ein Hervorgetriebensein, eine Aufblähung der Magengegend feststellen, und niemals fehlt ein mehr oder weniger ausgedehnter Meteorismus, ein gespannter, aufgetriebener Leib. Handelt es sich nun auch um ein Frühsymptom der Arteriosklerose, so nimmt es im weiteren Verlauf der Erkrankung oft noch bedeutend zu, hält den ganzen Tag über an, wird nicht nur durch Aufnahme von Speisen, sondern besonders auch bei Körperbewegung stärker und vermischt sich schließlich mit dem höher sitzenden Spannungsgefühl der Brust von anginoidem Charakter, das bei Arteriosklerotikern bei jeder stärkeren Bewegung auftritt, zu echter Angina pectoris überleitet und sich mit ihr vergesellschaftet. Die höchsten Grade zeigt das Symptom bei hochgradiger arteriosklerotischer Myocarditis, bei welcher ausgesprochene Herzarrhythmie besteht.

Aber auch bei anderen Herzmuskelerkrankungen pflegt das Symptom nur selten zu fehlen. Es gibt bekanntlich eine Myocarditis jugendlicher Individuen, namentlich junger Frauen, die sich in Tachycardie, erregter, aber weniger in arrhythmischer Herztätigkeit äußert, besonders als Folge dauernder Aufregung und Ueberanstrengung oder bei Jünglingen Onanie, Neurasthenie und durch Abusus alkoholicus. Wenn auch die Erkrankung meistens eine günstigere Prognose, nach Aufhören der Schädlichkeit, bietet, so wird auch hier über das Symptom recht oft geklagt, und es hält nicht selten länger an, als die objektiven Erscheinungen am Herzen. Auch rezidiviert es leicht bei jeder Gelegenheit erneuter ungünstiger Einwirkung schädlicher Ursachen, als Mahner, noch bevor sonst am Herzen sich Symptome zeigen. Eine häufige Erscheinung ist der epigastrische Druck bei Ueberanstrengungen der Radfahrer.

Auch bei Fettleibigkeit und Fettherz ist Druck und Fülle in der Magengegend eine überaus häufige Erscheinung.

Endlich stellt es sich, aber verhältnismäßig spät bei Nierenleiden und beim Lungenemphysem ein, dann erst, wenn das Herz erheblich in Mitleidenschaft gezogen ist.

Auffallend ist im Gegensatz zu dem eben angeführten, daß bei Herzklappenfehlern das Vorhandensein des Symptoms keineswegs die Regel bildet. Erst bei erheblicher Störung der Kompensation stellt es sich ein, am frühesten bei der Aorteninsuffizienz.



Wie ist das Zustandekommen des Symptoms zu erklären? Es steht offenbar in engem Zusammenhange mit der Anomalie der Zirkulation. Man geht nicht fehl, wenn man eine Hyperaemie der Abdominalgefäße, also des vom Splanchnicus versorgten Gebietes annimmt. Da das Symptom so frühzeitig auftritt, so fällt es schwer, es nur als eine Teilerscheinung allgemeiner Stauung aufzufassen. Dagegen spricht auch sein Ausbleiben resp. spätes Eintreffen bei Mitralfehlern. Wahrscheinlich ist es vielmehr, daß umgekehrt abnorm gesteigerter arterieller Blutdruck die Schuld daran trägt, so daß eine allgemeine Ueberfüllung der Bauchorgane mit Blut einen Reizzustand voraussetzt, der die abnorme Sensation hervorruft, das Zwerchfell zu krampfhaftem Ructus erregt, im Magen Hyperacidität und Hypersekretion bewirkt, während die Verdauung an sich im Magen und besonders auch im Darm tatsächlich keine Störung erleidet. Erst später tritt an Stelle der aktiven Hyperaemie die venöse, sowohl bei Myocarditis, wenn an Stelle der Blutdrucksteigerung eine Stauung sich geltend macht, wie denn auch die Herzfehler bei Inkompensation das Symptom ebenfalls bieten können. Bemerkenswert ist die Neigung des Verdauungsapparates zu Auftreibungen, die durchaus bereits im Stadium der Blutdruckssteigerung sich zeigt. Es muß diese Erscheinung mit der abnormen Steigerung der Blutversorgung zusammenhängen.

Möglicherweise kann auch trotz des Hochdrucks und neben demselben gleichzeitig venöse Stase (Stauung unter Hochdruck nach Sahli) vorhanden sein, und der Symptomkomplex also doch schließlich als Stauungssymptom gedeutet werden, wobei man eine besondere Feinfühligkeit des Splanchnicusgebietes dafür annehmen muß.

Wie dem auch sein mag, Drucksymptome im Epigastrium mit und ohne Ructus mahnen zur aufmerksamen Beobachtung des Gefäßapparates, auch wenn sonstige Symptome fehlen. Eine besondere Behandlung des Magens ist dann überflüssig, wiewohl diätetische Vorschriften von Vorteil sind; namentlich ein gegen Hyperacidität gerichtetes Regime erweist sich als günstig, aber eine frühzeitige Bekämpfung der Arteriosklerose, der Fettleibigkeit, der Myocarditis durch physikalische und diätetische Methoden, namentlich durch kohlensaure Bäder, Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr, Fernhalten von Alkohol und Körperanstrengung, milde abführende Brunnenkur und Darreichung von Jod etc. steht im Vordergrund der Behandlung des durch Herzaffektionen bedingten Symptomenkomplexes.

Wir kommen nunmehr zu einer zweiten Ursache des epigastrischen Druckgefühls, welche auf einem ganz anderen Gebiete liegt und doch auch in den den Schmerz begleitenden Symptomen große Aehnlichkeiten mit der ersten Gruppe darbietet. Hier handelt es sich nämlich um Hernien als Ursache der Erscheinung.

Es sei dabei hervorgehoben, daß hier nicht etwa jene Beschwerden gemeint sind, die bei Komplikationen der Bruchleiden sich einstellen. Es sind also nicht die mehr oder weniger stürmischen, jedenfalls bedrohlichen Erscheinungen gemeint, die bei Brucheinklemmungen und peritonitischer Reizung sich einstellen, es handelt sich vielmehr um einfache, oft sogar leicht reponible Hernien, die unter gewissen, noch unklaren Umständen so lange jenes Symptomenbild hervorrufen, bis sie durch ein gut sitzendes Bruchband reponiert sind. Solche Beschwerden können also unter Umständen Monate und Jahre andauern.

Die Symptome verhalten sich im einzelnen folgendermaßen: Wiederum Druck und Vollsein im Magen, besonders bei Anfüllung desselben, auffallend häufige Ructus, oft ohne vorher aufgenommene Mahlzeit, Spannungsgefühle, die ebenfalls bei Bewegung sich vermehren, also ganz ähnlich wie bei Zirkulationsstörungen. Nur ein scharfer Unterschied macht sich geltend; wird die Spannung der Bauchdecken beim Gehen vermindert, z. B. beim Vorwärtsschreiten mit gebeugtem Oberkörper, oder umgekehrt beim Anheben der Bauchdecken durch Gegendruck von unten her, so lassen die Beschwerden erheblich nach. Deshalb wird Treppensteigen, Bergsteigen im Gegensatz zum Herzkranken unter auffallend geringen Beschwerden ausgeführt, während das straffe aufrechte Gehen die unangenehmsten Gefühle hervorruft. Ebenfalls wie bei der ersten Gruppe wird stets Meteorismus beobachtet. Dieser ist wohl auch die Veranlassung dafür, daß das Atmen zwar nicht gerade behindert ist, doch aber nach dem Essen, beim aufrechten Stehen und Gehen gewisse geringe Beschwerden macht.

Ich habe diese Symptome in der Regel nur bei Nabelhernien und bei Hernien der linea alba, sowie bei den mit Enteroptose verbundenen Bauchbrüchen der Frauen beobachtet. Sie sind von den Symptomen der Enteroptose vollkommen verschieden. Einmal beobachtete ich sie auch bei einer Skrotalhernie, welche sehr alt und nicht reparabel war, bereits 20 Jahre bestand und durch falsche Behandlung des deszendierenden Testikels sich gebildet haben sollte.

Die Behandlung dieses Zustandes führt sofort zum Erfolge, wenn ein geeignetes Bruchband oder eine passende Bandage angewendet wird. In einem Falle, in

Feuilleton.

Die Fortschritte der balneologischen Wissenschaft.

Von San.-Rat **Dr. Scherk**, Bad Homburg.

Blicken wir zurück auf die Forschungen, welche über die Erkenntnis der balneotherapeutischen Maximen in den letzten Dezennien angestellt sind, so müssen wir verschiedene Perioden unterscheiden. Während in früheren Jahren das Hauptaugenmerk auf die Wirkungsweise der Mineralbäder gerichtet wurde und das Studium sich namentlich auf die Einwirkung der Sool- und der kohlensauren Bäder konzentrierte, bildet heutzutage die Erforschung der Wirkung von Mineralwassertrinkkuren den Kernpunkt der wissenschaftlichen Arbeiten.

Die Zeit ist glücklicherweise vorüber, in welcher sogar von Autoritäten die purgierende Wirkung bestimmter Mineralwässer als maßgebend hingestellt wurde und die anderen Faktoren, wie Enthaltung der Berufspflichten und Luftwechsel als Kardinalpunkte in den Heilerfolgen bei einem Badeaufenthalt anerkannt wurden.

Es liegt auf der Hand, daß diese Bedingungen in jedem Luftkurorte erreicht werden können und es wäre demnach der Aufenthalt in einem Kurorte, welcher durch bestimmte Mineralquellen sich auszeichnet, ein überflüssiger Luxus, denn die Trinkkur, so wurde behauptet, hat nur eine suggestive Bedeutung.

Heutzutage wissen wir, daß nicht nur die chemische, sondern speziell die chemisch-physikalische Analyse die Spezifität einer Mineralquelle kennzeichnet und daß in der Gegenwart zur Vervollständigung der Differenzierung noch der Gehalt von radioaktiven Substanzen resp. die radioaktive Emanation als beachtenswerte Faktoren zu berücksichtigen sind. Inwieweit diese letzteren irgend einen balneotherapeutischen Wert aufweisen, darüber dürfen wir uns jedoch kein Urteil erlauben, das radioaktive Studium liegt bekanntlich noch in den ersten Windeln und wir müssen ruhig abwarten, in welcher Weise sich die Erkenntnis in dieser Richtung weiter entwickeln wird. Dahingegen haben uns die Errungenschaften der physikalisch-chemischen Wissenschaft auf die Bedeutung der minimalen Werte im organischen Zellenleben hingewiesen, welche speziell durch anorganische Substanzen vertreten werden. Da dieselben in jeder Mineralquelle nachzuweisen sind, so ist die Schlußfolgerung vollkommen berechtigt, daß dieselben bei Zufuhr und nach Resorbierung für die Abwickelung der biologischen Prozesse in den einzelnen Zellenlaboratorien von großer Bedeutung sein müssen. Wir wissen, daß nicht nur die Eiweißkörper sich durch die anorganischen Beimengungen von einander unterscheiden, sondern, daß auch die hydrolytischen Fermente und



dem eine leicht reponible Nabelhernie neun Jahre bestand, und die Symptome fälschlich bald als Magenaffektion, bald als Neurasthenie aufgefaßt wurden, schwanden alle Störungen, vor allem auch der umfangreiche Meteoismus nach einigen Wochen durch das Bruchband. Bei epigastrischen und Bauchbrüchen bedarf es geeigneter Pelotten und Bandagen, die von Fall zu Fall anzufertigen sind. Merkwürdigerweise schwanden auch bei dem oben erwähnten Skrotalbruch die Beschwerden, wenn eine Bauchbinde getragen wurde, die den Leib im unteren Teile stützte. Sehr bedeutend und auffallend ist das Schwinden des Meteorismus, so daß zuweilen eine Aenderung der Kleider etc. und vor allem der Bandagen selbst in kurzer Folge nötig wird. Eine verläßliche Erklärung läßt sich natürlich nicht geben, es sei denn jene vieldeutige Annahme, daß auf reflektorischem Wege, sei es durch Sympathikusreizung oder durch mangelnden Tonus der Bauchgefäße der Zustand ebenso hervorgerufen wird, wie die Magenaufblähung und der Zwerchfellkrampf, der sich in Form von Ructus äußert. Man sieht öfters eine Nabelhernie, namentlich bei Fettleibigen, mit starkem Meteorismus verbunden. Nicht immer ist die Hernie die Folge der Ausdehnung des Leibes, sondern sie ist die Ursache dafür. Dringt man auf dauerndes Tragen einer gut sitzenden Bandage, so wird man zur Ueberraschung ein Schwinden des Meteorismus und jener anderen geschilderten Symptome eintreten sehen.

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 29. Mai 1907.

Tagesordnung:

Kraus und Nicolai: Das Elektrodiagramm des gesunden und kranken Herzens.

Nicolai: Wie beim Muskel und Nerv bei allen physiologischen Erregungszuständen konform der Erregung ein Aktionsstrom verläuft, so besitzt auch das Herz einen Aktionsstrom. Derselbe ist nicht nur am freigelegten Herzen, sondern auch in situ nachableitbar. Mit Hilfe des Saitengalvanometers gelingt es, diese feinen Ströme des Herzens zu messen. Nach Ausschaltung der oberflächlichen Hautströme erhält man beim Menschen eine Kurve, die drei Zacken zeigt; am freigelegten schlagenden Herzen zeigt sich, daß die erste Zacke dem Vorhof, die beiden andern, eine steilere und eine stumpfere, der Erregung des Ventrikels entsprechen. Die Technik für die klinische Anwendung wird eingehend beschrieben.

Kraus erläutert sodann an zahlreichen Bildern die Analyse der auf diese Weise bei gesunden und kranken Herzen gewonnenen Kurven, die manche Rückschlüsse auf Zustände des Herzens erlauben, denen gegenüber bisher die diagnostischen Mittel versagten.

Diskussion über den Vortrag Plehn: Ueber perniziöse Anämie.

Benda demonstriert Präparate eines an perniziöser Anämie Gestorbenen, die deutlich degenerative Veränderungen des Verdauungstraktus zeigen.

Hirschfeld erhebt Bedenken gegen die Einteilung Plehns. Er glaubt, daß jede perniziöse Anämie mit einer hämorrhagischen Diathese verläuft. Die Prognose der Krankheit hält er für nicht so infaust, wie gemeinhin angenommen wird. Er erinnert an mehrere in der Literatur mitgeteilte Fälle, die eine Reihe von Jahren in Beobachtung gestanden, und berichtet über einen eigenen Fall, bei dem vor 13 Jahren die sichere Diagnose perniziöse Anämie gestellt wurde, und der nach langdauernden Besserungen und mehrfachen Rezidiven, erst jetzt zum Exitus gekommen ist, nachdem die Zahl der Erythrozyten auf 900000 gesunken war.

Mosse demonstriert Präparate eines Falles von perniziöser Anämie mit Verminderung der Lymphozyten des Knochenmarks und der Milzfollikel, dagegen starker lymphozytärer Infiltration des Verdauungstraktus: letztere hält er für einen sekundär hyperplastischen Vorgang. Die von Ewald und Martius beschriebenen Fälle von perniziöser Anämie und Magendarmveränderung erkennt er nicht als Fälle perniziöser Anämie im Sinne Ehrlichs an. Das Vorkommen von Schleimhaut- und Hautblutungen zur Einteilung der perniziösen Anämie heranzuziehen, hält er nicht für angängig, da diese bei den verschiedensten Krankheiten vorkommen. Die Röntgentherapie ist bei perniziöser Anämie nicht indiziert.

Ewald zeigt mikroskopische Präparate, welche die degenerativen Erscheinungen an der Schleimhaut des Magens und Darmes aufweisen; sie stammen von Leichen, denen unmittelbar nach dem Tode Formalin in die Bauchhöhle injiziert wurde; es kann sich also nicht um postmortale Veränderungen handeln. Mosse gegenüber hält er daran fest, daß sich in der Mehrzahl von Fällen echter, klinisch vollkommen gesicherter perniziöser Anämie keine Megaloblasten im Blute vorfinden.

Sitzung vom 5. Juni 1907.

Vor der Tagesordnung:

Cohn demonstriert einen Fall von starker Vergrößerung des

---

speziell die Oxydasen durch diese minimalen anorganischen Werte charakterisiert werden. Erwägen wir, daß nicht nur die Reaktionen, sondern die osmotischen Druckverhältnisse resp. die Durchlässigkeit der permeablen und semipermeablen organischen Membranen durch anorganische Substanzen bedingt werden, so wird einleuchten, von welchem enormen Einfluß dieselben sowohl bei der Aktivierung der hydrolytischen und der intrazellulären Fermente sein müssen, als auch von welcher Bedeutung die Metalle bei der Funktion der Oxydasen sind, durch welche der Sauerstoff auf die verschiedenen Zellensysteme übertragen wird.

Wollen wir beispielsweise die Aufgabe in Betracht ziehen, welche der Eisengehalt des Haemoglobin zu erfüllen hat, so müssen wir auf die Forschungsresultate des bekannten Chemikers Schönbein zurückgreifen. Derselbe stellte fest, daß verdünnte Guajaktinktur sich blau färbe, wenn man dieselbe mit ozonisiertem Terpentinöl und roten Blutkörperchen zusammenmische. Diese Tinktion läßt sich dadurch erklären, daß vom O_3 ein O aktiviert wird und durch die roten Blutzellen auf die Guajaktinktur übertragen wird. Wir haben unter diesen Verhältnissen mit einem katalytischen Vorgang zu rechnen, welcher, wie ich nachgewiesen habe*), durch den Eisengehalt des Blutfarbstoffs vermittelt wird.

*) Der ärztliche Praktiker, 1894, Nr. 28. Die Oxydations- und Reduktionsprozesse im Organismus. (Nach einem Vortrage im Aerztl. Verein in Frankfurt a. M.)

Während im Oxyhaemoglobin des arteriellen Blutstroms die Eisenverbindungen als Oxyde vertreten sind, wird in den Erythrocyten des venösen Stromes das Eisen als kohlensaures Oxydulhydrat sich ausweisen. Nach Wöhlers Angabe enthält das Oxyd einundeinhalb Mal so viel Sauerstoff als das Oxydul, das Eisenoxyd besteht demnach aus drei Atomen Sauerstoff und zwei Atomen Eisen.

Während demnach in den Lungenbläschen Sauerstoff aus der Atmosphäre durch den Respirationsprozeß absorbiert wird und sich mit dem Eisengehalt des Haemoglobins locker zu Oxyhaemoglobin verbindet, um dann später in den verschiedenen Gewebszellen diesen Sauerstoff zu Oxydationszwecken wieder abzugeben und dafür das normale Verbrennungsprodukt, die Kohlensäure, aufzunehmen, haben die roten Blutzellen außerdem die Aufgabe, die Kohlensäure durch Lungen, Haut und Nieren wieder zu exportieren.

Da wir nicht imstande sind, die Verbindungen der Kohlensäure, wie die Verbindung des Sauerstoffs zu isolieren, so ist diese Verbindung der Kohlensäure mit dem Haemoglobin immer noch eine Hypothese, welche jedoch große Wahrscheinlichkeit für sich hat. Für dieselbe sprechen die Forschungen von C. Böhr (Ludwigs Festschrift, 1887), sowie Jolins Arbeit (in du Bois-Reymonds Archiv, 1889, S. 265). (Fortsetzung folgt.)

Schädels, die durch eine Vergrößerung der Schädelknochen selbst bedingt ist (Ostitis deformans Pagets). Bemerkenswert ist eine kolossale Schlängelung der Arterien an den Schläfen, die vielleicht der Ausdruck der gesteigerten Nahrungszufuhr ist.

Diskussion: Remak hat die Patientin vor acht Jahren gesehen und konstatiert, daß sich seitdem die Hyperostose des Schädels sehr viel weiter ausgebildet hat.

Israel stellt einen Patienten vor, bei dem er mehrfache Steinoperationen an beiden Hälften einer Hufeisenniere vorgenommen hat. Die Diagnose der Hufeisenniere konnte auf Grund des Palpationsbefundes gestellt werden. Der Patient litt an Koliken, Pyurie und Hämaturie; ein rechts von den Wirbelkörpern fühlbarer kirschgroßer, harter Körper wurde als Stein angesprochen und die operative Beseitigung beschlossen. Nach Freilegung der rechten Hälfte der Niere konnte der Stein im Becken gefühlt und durch Inzision beseitigt werden. Schon nach wenigen Monaten traten neue Koliken auf, als deren Ursache ein kleiner Stein im linken Nierenbecken angenommen wurde, dessen Existenz durch Palpation von einem laparatomischen Einschnitt in der Mittellinie sichergestellt wurde; die Entfernung geschah wie auf der andern Seite durch Freilegung der Niere und Inzision des Beckens. Der Patient wurde danach relativ gesund; er verlor seine Schmerzen, behielt aber truben Urin. Nach sechs Jahren stellten sich wieder Koliken ein, und das Röntgenbild zeigte, daß ein gänseeigroßer Stein im linken Nierenbecken sich gebildet hatte. Seine Entfernung gelang nur unter Spaltung der Nierensubstanz selbst. Durch Drainage des Nierenbeckens gelang diesmal auch völlige Ausheilung der Pyelitis.

Grünbaum demonstriert einen Fall von Karzinom der Appendix bei einem 18jährigen Mädchen. Der Tumor wurde als Nebenbefund bei Gelegenheit einer Adnexoperation entdeckt. Er ist kirschgroß, stellt ein Carcinoma simplex mit szirrhösem Charakter dar, hat alle Wandteile der Appendix durchsetzt, aber noch nicht auf die Umgebung übergegriffen. Die Forderung, die Appendix bei jeder Laparatomie zu kontrollieren und bei Vorhandensein irgend welcher makroskopischen Veränderungen zu exstirpieren, wie sie von Landau erhoben ist, gewinnt mit diesem Fall eine weitere Begründung.

Diskussion: Benda macht darauf aufmerksam, daß diese Appendixkarzinome als großalveoläre Carcinomata solida im Gegensatz stehen zu den sonstigen Darmkarzinomen, die Adenokarzinome oder szirrhöse Carcinom. solida darstellen. Er glaubt, daß es sich nicht um eigentliche Darmkarzinome bei den Appendixtumoren handelt, sondern um Hypernephrome.

Pick kann sich dieser Vermutung bezüglich der von ihm untersuchten Appendixkarzinome nicht anschließen.

Coenen zeigt zunächst ein Kind, bei dem er einen faustgroßen Nabelschnurbruch, in dem die Leber lag, am zweiten Lebenstage mit Erfolg operiert hat.

Weiter stellt er ein Kind vor, bei dem sich im Laufe von zwei Jahren eine mannskopfgroße Geschwulst in der linken Bauchseite entwickelt hatte; bei der Aufnahme wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose Zystenniere gestellt. Die Operation bestätigte diese; es handelte sich um eine Zystenniere mit tuberkulösen Veränderungen. Die Exstirpation gelang und das Kind wurde geheilt.

Die Fälle zeigen, daß große chirurgische Eingriffe auch im jüngsten Kindesalter mit Erfolg ausgeführt werden können.

Tagesordnung:

Liepmann und Maas: Klinisch-anatomischer Beitrag zur Lehre von der Bedeutung der linken Hemisphäre und des Balkens für das Handeln.

Maas gibt zunächst eine Uebersicht über den Stand der Agraphiefrage, besonders der isolierten Agraphie, und erörtert die Bedenken, die der Annahme eines Agraphiezentrums entgegenstehen, und die Schwierigkeiten, die die Deutung des Krankheitsbildes ohne eine solche Annahme bietet. Der von ihm beobachtete Fall gibt neue Gesichtspunkte für die Beurteilung der isolierten Agraphien. Es handelte sich um einen Mann, der von einer rechtsseitigen Lähmung betroffen war; es entwickelte sich, ohne daß die übrigen Sprachfunktionen irgendwie wesentlich geschädigt wurden, linksseitige totale Agraphie — also eine sogenannte isolierte Agraphie. Die genaue Prüfung ergab nun eine linksseitige Apraxie, Unfähigkeit, mit richtig erkannten Gegenständen richtig zu hantieren, Ausfall aller Zweckbewegungen. Die Schreibstörung erwies sich damit als bloße Teilerscheinung einer allgemeinen Apraxie. Danach war eine Läsion von Gebieten, die der Ausführung von Zweckbewegungen der linken Seite vorstehen, anzunehmen, nicht aber eine Schädigung eines besonderen Schreibzentrums.

Liepmann demonstriert an Serienschnitten des Gehirns dieses Patienten die anatomischen Befunde. Ein Herd in der Brücke war die Ursache der Lähmung des rechten Armes; die rechte Hemisphäre war intakt, von der linken nur das Mark der ersten Stirnwindung und das Präzentralläppchen lädiert, dagegen der Balken in mehr als zwei Drittel seiner Länge durchtrennt. Es ist dies der dritte anatomisch untersuchte Fall, wo bei Dys- oder Apraxie die Balkenunterbrechung nachgewiesen ist; gegenüber den beiden andern, die Tumoren betrafen, ist dieser mit der zirkumskripten Erweichung der einwandfreieste. Es ist damit bewiesen, daß eine Dyspraxie des linken Armes durch eine genügend ausgedehnte Unterbrechung des Balkens, besonders des mittleren Drittels, herbeigeführt wird; damit gewinnt auch die Lehre L.s von der Abhängigkeit der rechtshirnigen Zweckbewegungen von der linken Hemisphäre und die vermittelnde Rolle des Balkens eine Bestätigung. Der Balken gehört jetzt nicht mehr zu den stummen Gehirnteilen.

Diskussion: Rothmann, Jacobsohn; Liepmann (Schlußwort).

Sitzung vom 12. Juni 1907.

Vor der Tagesordnung:

Hirschfeld demonstriert einen Patienten mit einer Lähmung der an der Basis austretenden Gehirnnerven infolge einer Stichverletzung in der Nähe des Jochbeins. Der Kranke bot die Zeichen einer Sympathikuslähmung; weiter zeigt er eine Atrophie der einen Zungenhälfte mit Entartungsreaktion, eine Geschmackslähmung und Anästhesie der Zunge, des Gaumens und Pharynx; der Kehlkopf ist nach rechts verschoben, die rechte Kehlkopfhälfte ist völlig gelähmt und total anästhetisch. Es handelt sich also um eine Läsion des Sympathikus, Vagus, Akzessorius, Hypoglossus und Fazialis.

Tagesordnung:

Fortsetzung der Diskussion über den Vortrag Plehn: Ueber perniziöse Anämie.

Ewald hat 36 Fälle perniziöser Anämie beobachtet, von denen 21 zur Autopsie kamen. Hämorrhagische Diathesen gehören nicht zur perniziösen Anämie. Die Megaloblasten bedeuten nichts spezifisches für die Krankheit; aus der Gesamtheit der Symptome läßt sich meist die Diagnose stellen, aber die Autopsie bringt doch manchmal Ueberraschungen. Die Veränderungen des Chemismus des Magens können mannigfaltige sein; daß nie Blut im Mageninhalt und Stuhl gefunden wird, ist differentialdiagnostisch wichtig gegenüber dem Karzinom. Die Aetiologie der perniziösen Anämie ist in letzter Instanz in einer Autointoxikation zu suchen; hämolytische Fermente (Lipoide) sind im Blute gefunden worden; deren Bildung dürfte wohl bedingt sein durch pathologisch-anatomische Veränderungen im Bereiche des ganzen Intestinaltraktus. Der Mangel an Salzsäure kann die Entstehung der perniziösen Anämie nicht erklären. Die Zerstörung der Erythrozyten und die regenerativen Prozesse im Knochenmark sind die Folgen der hämolytischen Stoffwechselprodukte. Das Verhältnis zwischen regenerativen und degenerativen Prozessen bedingt den Verlauf der Krankheit und erklärt auch die vorübergehenden Besserungen. Die starken Schwankungen im Verlauf der Krankheit machen die Beurteilung der Wirkung von Medikamenten überaus schwierig.

Grawitz betrachtet die perniziöse Anämie als einen rein klinischen Begriff; eine progrediente Degeneration an den roten Blutkörperchen muß zu beobachten sein, die schließlich rein an sich den Tod des Individuums herbeiführt. Bei den mit starken Degenerationen einsetzenden Fällen sind oft therapeutisch Erfolge mit Salzsäure-Zufuhr und Magen-Darmspülungen zu erzielen.

Lazarus betont, daß der Kern der Ehrlichschen Lehre von der perniziösen Anämie durch keine Modifikation wesentlich verändert worden ist und auch noch von Hämatologen und Klinikern



anerkannt wird. Es ist eine spezifische Krankheit, die nicht einfach graduell von andern Anämien verschieden ist. Das Auftreten der Megaloblasten ist ein sehr wichtiges Symptom. Die dieses nicht anerkennenden Autoren urteilen bezüglich der Prognose oft anders.

Engel glaubt, daß die letzte Entscheidung immer das Hauptblutbildungsorgan, das Knochenmark, gibt. Dessen Betrachtung erlaubt drei Typen zu unterscheiden: 1. die normoblastische Form; normale Blutkörperchen werden in erhöhtem Maße in der Leber vernichtet (starke Hämosiderose), oder das Blut enthält tötende Stoffe für Erythrozyten; verschiedene Krankheitsbilder können sich hierbei ergeben; 2. die megaloblastische Form; es entwickelt sich eine Hyperplasie des Knochenmarks, und zwar eine atypische, es findet ein Rückschlag in die embryonale Blutbildung statt; diesen beiden mit Hyperplasien des Marks einhergehenden Formen steht die dritte gegenüber, die aplastische, wobei es zu einer Atrophie sowohl der roten wie der granulierten weißen Blutkörperchen kommt.

Hansemann: Immer finden sich bei perniziöser Anämie Veränderungen am Magen-Darmtraktus; diese müssen in den Mittelpunkt gestellt werden. Die Knochenmarksveränderungen sind sekundärer Natur.

Sitzung vom 19. Juni 1907.

Vor der Tagesordnung:

Neumann demonstriert einen Fall von Sarkom des Radius. Der Tumor wurde reseziert und der Defekt osteoplastisch durch ein Stück der Tibia gedeckt. Der Erfolg war in kosmetischer und funktioneller Beziehung ausgezeichnet.

Tagesordnung:

Glücksmann: Kongestive Zustände in der weiblichen Genitalsphäre und Appendizitis.

G. gibt ausführlich die Krankengeschichten zweier Frauen, bei denen am ersten Tage der physiologisch einsetzenden Menstruation eine akute Appendizitis auftrat. Schwere Symptome führten im ersten Falle zur sofortigen Operation, und es fand sich eine perforative Appendizitis. Im zweiten Falle ließen die anfangs heftigen Erscheinungen bald nach, und im Krankenhause, in das die Patientin gleich gebracht war, war man geneigt, die Symptome als menstruelle zu deuten; auf G.s Drängen wurde indessen doch operiert und die Appendix wies entzündliche Erscheinungen auf. G. glaubt, daß die Kongestion nach den Genitalorganen bei der Menstruation eine latente Appendizitis zur Manifestation bringen kann. G. mahnt zur Vorsicht, gewisse Beschwerden, die mit der Menstruation einsetzen, nicht unbedingt auf diese zu beziehen, sondern mit der Möglichkeit einer Appendizitis zu rechnen.

Diskussion: Blumberg macht darauf aufmerksam, daß man oft bei Appendizitis einen heftigeren Schmerz, als ihn die langsam eindrückende Hand verursacht, durch plötzliches Zurückziehen der Hand auslösen kann. In solchem Falle ist im Fortschreiten des Entzündungsprozesses ein Uebergreifen auf das Peritoneum anzunehmen.

Virchow: Eine nach Form zusammengesetzte kyphotische Wirbelsäule.

Die Präparate sind in der Weise gewonnen, daß von den von Weichteilen befreiten, aber durch die Bänder in der natürlichen Lage gehaltenen Wirbelsäulen Gipsabdrücke angefertigt und nach diesen dann nach der Mazeration die Wirbel wieder zusammengefügt wurden. Bei der großen Divergenz der Ansichten über die Ursachen der Form der Wirbelsäule sind nach diesem Formverfahren hergestellte Präparate von großer Bedeutung. Die individuelle Variabilität der Rückenform ist enorm; aus einer Serie von mit dem Rückenzeichner gewonnenen Wirbelsäulenformen verschiedener Individuen lassen sich nicht einmal Schwangere leicht herausfinden. Die Form pathologischer Wirbelsäulen wird durch vier Momente bedingt: durch die Einwirkungen, die die normale Wirbelsäule treffen, durch die pathologischen Einflüsse, durch äußere Eingriffe und durch innere Reaktionswirkungen. An dem Präparat einer kyphotischen Wirbelsäule sucht Vortr. zu analysieren, was von den Veränderungen auf pathologische Prozesse, was auf die gestaltenden Kräfte des Organismus zurückzuführen ist.

Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynaekologie zu Berlin.

Sitzung vom 28. Juni 1907.

Vorsitzender: Herr Bröse.

I. Demonstrationen:

Herr Henkel: Divertikelblase (zystoskopische Demonstration).

Diskussion: Herr Runge, Herr Henkel.

II. Vortrag des Herrn Orthmann: Sollen Tubenschwangerschaften in den ersten Monaten vaginal oder abdominal operiert werden?

Die Frage, ob und wann bei Tubargravidität operiert werden soll, ist im allgemeinen jetzt dahin entschieden, daß bei lebender, intakter Gravidität, ferner bei akuter Ruptur und endlich bei Vergrößerung oder Verjauchung einer Hämatozele die möglichst frühzeitige Operation indiziert ist. Bei konstanter Hämatozele besteht die konservative Therapie neben der Operation zu Recht, ein Vergleich der beiderseitigen Erfolge ist wegen der Verschiedenheit der Fälle kaum möglich. Indessen drängt die Tatsache, daß auch bei Hämatozele noch in einem ziemlich hohen Prozentsatz (ca. 20%) frische Blutungen auftreten, sowie die Notwendigkeit, eine mit den sozialen Verhältnissen häufig nicht vereinbare sehr lange dauernde sorgfältige, konservative Behandlung durchführen zu müssen, die meisten Autoren auch in diesen Fällen zur operativen Therapie. Was den Operationsweg anlangt, so überwiegen in den Statistiken die abdominal operierten Fälle ganz eminent. Von 2318 Fällen, die O. zusammenstellen konnte, wurden 1548 operiert, 770 konservativ behandelt, von den ersteren 1176 abdominal, 134 vaginal (durch Köliotomie), der Rest durch vaginale Inzisionen oder Totalexstirpation angegriffen. Gesamtmortalität 7%, bei den abdominal Operierten 8%, den vaginal Operierten 5%, den vaginal Inzidierten 3%, den total Exstirpierten 8%, endlich den konservativ Behandelten 5%.

O. selbst ist im Laufe der Zeit immer mehr von der abdominalen zur vaginalen Operation übergegangen und ein überzeugter Anhänger der letzteren geworden. Die der Laparotomie zugeschriebenen Vorzüge kann er nur zum geringsten Teil anerkennen, wie er dies im folgenden darzutun sich bemüht. Die zunächst vorhandenen etwas größeren technischen Schwierigkeiten lassen sich durch Uebung überwinden; so ist es ihm gelungen, von 57 vaginal operierten Fällen 56 vaginal zu beenden, nur in einem Fall mußte er zur Laparotomie übergehen. Die Uebersichtlichkeit ist von der Scheide aus zwar etwas geringer, aber immer hinreichend möglich. Die hintere Kolpotomie ist zwar etwas leichter, mit der vorderen kommt man aber leichter an den Sitz der Gravidität heran. Die Schnelligkeit der Operation ist der abdominalen nicht unterlegen, aus diesem Grunde hält O. den vaginalen Weg besonders bei einer Ruptur mit tiefem Kollaps für indiziert, namentlich, da hierbei die in diesen Fällen besonders gefährliche Shockwirkung der abdominalen Operation in Fortfall kommt. Von 10 Fällen mit Ruptur und Kollaps operierte O. 5 abdominal mit 2 Todesfällen, 5 vaginal ohne Todesfall. Die Schonung des Uterus läßt sich unter allen Umständen durchführen, eine Exstirpation desselben aus technischen Gründen hat er nie notwendig gehabt; zufällig bestehende anderweitige Erkrankungen der Genitalien lassen sich vaginal ebensogut angreifen wie abdominal. Von besonderen Vorzügen der Kolpotomie sind noch zu erwähnen: die geringe Mortalität 5% : 8%; in seinen eigenen Fällen 2% : 12%, die glattere und leichtere Rekonvaleszenz und die Vermeidung der Bauchbrüche.

Aus allen diesen Gründen kommt O. zu dem Ergebnis, daß alle Tubargraviditäten bis zum Ende des dritten Monats vaginal operiert werden sollen. Intakte Graviditäten sollen das kleine Becken nicht überragen, Hämatozelen können größer sein.

Diskussion: Herr Olshausen: Statistiken sind bei der Besprechung dieses Themas wegen der großen Verschiedenheit der Fälle wertlos. Intakte Graviditäten der ersten Monate und frisch rupturierte Fälle sind in der Regel sofort zu operieren. Hämatozelen dagegen nicht. Sehr große Hämatozelen inzidiert man vaginal, um die Heilung abzukürzen. Bei tiefem Kollaps erzeugt

die vaginale Operation zwar sicher einen geringeren Shock, die abdominale ist indessen entschieden schneller ausführbar und deshalb vorzuziehen.

Herr Mainzer: Bei begrenzten Tubentumoren ist die vaginale Operation leicht und einfach, bei akuten Rupturen indessen die abdominale entschieden vorzuziehen, vor allem schon deswegen, weil bei den Symptomen der inneren Blutung auch andere Dinge, wie z. B. ein perforiertes Magengeschwür, in Betracht kommen können. Vaginal kann die Operation glatt von statten gehen, sie kann aber auch auf unvorhergesehene Schwierigkeiten stoßen und so eine verhängnisvolle Verzögerung bedingen. Die Rücksicht auf spätere Hernien kann bei diesen Fällen nicht maßgebend sein. Eine Gefahr der vaginalen Operation liegt noch in der leicht eintretenden Verjauchung der Hämatozele.

Herr Straßmann stimmt Herrn Orthmann unbedingt zu. Für den Fall eines diagnostischen Irrtums hält er es für angenehmer, die harmlose Kolpotomie zu machen als eine unnötige Laparotomie auszuführen.

Fortsetzung der Diskussion wird vertagt.

Periodische Literatur.

Münchener medicinische Wochenschrift. Nr. 18. 1907.

1. Schade, Kiel: **Zur Wirkung des Prießnitzschen Umschlags bei der Entzündung.**

In dem Gesamtbild der Entzündung ist die Hyperisotonie keine nebensächliche Erscheinung, sondern ist als wesentliche Teilerscheinung des klinischen Symptomenkomplexes zu betrachten. An Einzelzellen hat sich experimentell feststellen lassen, daß der osmotische Druck der umspülenden Flüssigkeit die Größe der Zellen in hohem Maße beeinflußt, daß eine Steigerung des osmotischen Außendrucks zu Veränderungen der morphologischen Zellstruktur führt, daß durch anisotonische Druckwirkungen auch die normalen Zellfunktionen leiden; physiologische und klinische Beobachtungen haben gezeigt, daß der osmotische Druck in einer nahen Beziehung zur Schmerzempfindung steht, daß er bei abnormer Höhe das Gewebe schädigt und eine nachfolgende Entzündung verursacht, daß, während die meisten Entzündungsvorgänge mit einer Erhöhung des osmotischen Druckes einhergehen, man bei den sogenannten kalten Abscessen für den Eiter keine Erhöhung des osmotischen Druckes findet, wie hier auch Schmerz, Oedem und andere sonst übliche Entzündungserscheinungen fehlen. Derartige Beobachtungen zeigen, daß die Störung des osmotischen Druckes in der Gewebsflüssigkeit eine große Wichtigkeit für den Gesamtprozeß der Entzündung besitzt. Die Wirkung eines Prießnitzschen Umschlages, resp. der von ihm gesetzten reaktiven Hyperaemie äußert sich nun in der Weise, daß sie durch Steigerung des osmotischen Druckgefälles die zentrifugal gerichtete Lymphbewegung erhöht und mit dem so gesteigerten Lymphstrom die Entzündungsprodukte in kürzerer Zeit aus dem am meisten gefährdeten Zentrum nach der Peripherie schafft, um sie dort in die zirkulierende Blutmasse abzugeben oder sonstwie unschädlich zu machen. Dadurch, daß die Wirkung sich nicht nur auf die direkt betroffenen Blutgefäßbezirke erstreckt, sondern auch durch Vermittlung der Lymphe sich in fernere Partien fortzusetzen vermag, erklärt sich die Tiefenwirkung eines Prießnitzschen Umschlags. Wo das Oedem von einer tiefgelegenen Entzündung aus die Körperoberfläche erreicht, kann sich der Umschlag als nutzbringend erweisen, indem er in seinem Bereich die Beseitigung der osmotischen Druckstauung beschleunigt und damit auch die schädlich wirkenden Stoffe fortführen hilft; hierdurch wird zugleich ein schnelleres Nachrücken der Entzündungsstoffe vom Zentrum bedingt und damit die Entlastung des tiefgelegenen eigentlichen Entzündungsherdes eine andauernde. Diese Art der Einwirkung kann auch durch ausgedehnte Lymphspalten hindurch zur Geltung gelangen, weshalb ein Prießnitz-Umschlag auch einen günstigen Einfluß ausüben kann bei Entzündungen der Organe innerhalb der großen Körperhöhlen, wo jede Gefäß- oder Nervenbeziehung mit der die Höhlen umkleidenden Wand (Brust- oder Bauchwand) fehlt.

2. Bittorf, Breslau: **Weitere Untersuchungen über den Blutdruck und die Herzhypertrophie bei Aortensklerosen.**

Bei reinen Aortensklerosen, d. h. bei solchen, wo der sklerotische Prozeß weder die Klappen, noch die Herzkranzarterien, oder die Nierengefäße mitergriffen hat, läßt sich fast stets eine Hypertrophie speziell des linken Herzens nachweisen. Diese wird verursacht durch die Veränderungen der Elastizität des Gefäßrohres, die vom Herzen eine vermehrte Arbeitsleistung fordern, wenn die alten Zirkulationsverhältnisse erhalten bleiben sollen. Als weiteres Moment dürfte wohl die Blutdrucksteigerung in Betracht kommen, die vielleicht auf einer von der Aortenwanderkrankung abhängigen Veränderung der Gefäßnerven bedingt ist. In einer größeren Zahl von Aortensklerosen konnte Verf. ziemlich bedeutende Steigerungen des Blutdruckes nachweisen; die Erhöhung blieb dauernd, solange die Herzkraft gut war.

3. Hoeßlin, München: **Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Ausscheidung von Agglutininen durch den Harn Typhuskranker.**

Bei einer Reihe von Typhusfällen mit intakten Nieren zeigte der Urin keine agglutinierenden Eigenschaften; in Fällen, wo größere Eiweiß- bezw. Serum- oder Blutmengen durch die Nieren in den Urin übertraten, erhielt der Urin agglutinierende Eigenschaften, und zwar war die Agglutinationskraft des Urins der Menge des ausgeschiedenen Eiweißes und der Wertigkeit des Blutes annähernd parallel. Diese klinischen Untersuchungen, die zeigten, daß im eiweißfreien Urin von Typhuskranken keine Agglutinine vorhanden sind, daß sie dagegen mit dem Eiweiß des Blutes in denselben übergehen, fanden eine Bestätigung durch Tierversuche, durch die sich zeigen ließ, daß 1. gesunde Nieren für Agglutinine (speziell Typhusagglutinine) undurchlässig sind, 2. mit dem Eiweiß auch Agglutinin durch die Nieren austritt, und 3. Eiweiß und Agglutinin in annähernd gleichem Verhältnis ausgeschieden werden. Der Verlust an Agglutinin im Urin ist ohne Einfluß auf die Gesamtmenge des im Organismus zurückbleibenden Agglutinins; der Verlust wird demnach durch die Tätigkeit des Organismus wieder kompensiert, so daß stets eine gewisse Menge von agglutinierender Substanz im Tierkörper beibehalten wird.

4. Genken, Petersburg: **Zur Frage von dem gegenseitigen Verhalten der Ehrlichschen Diazoreaktion, der Bakteriämie und der Widalschen Reaktion bei Unterleibstyphus.**

Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. Diazoreaktion und Bakteriämie verlaufen in den Fällen von Unterleibstyphus, welche mit für die Aeußerung der Diazoreaktion im Harn indifferenten Arzneimitteln behandelt werden, parallel, und die Diazoreaktion tritt nur in jener Periode des Typhus auf, in welcher der Eberthsche Bazillus in lebensfähigem Zustande im Blute enthalten ist.

2. Die Elimination der Bazillen aus dem Blute oder die derselben wenigstens voraufgehende vollständige Agglutination derselben führen zu Abnahme der Intensität der Diazoreaktion und vollkommenem Verschwinden derselben, trotzdem das Fieber anhält und bei den Kranken scharf ausgeprägter Status typhosus zu konstatieren ist, was jedoch von Darm- oder Lungenaffektion abhängt; dementsprechend wächst die Widalsche Reaktion (der Antagonist der Bakteriämie) jäh an und erreicht zuweilen sehr hohe Werte.

3. In Typhusfällen, welche mit Salol, Kalomel und Tannalbin behandelt waren, konnte der erwähnte Parallelismus keinmal konstatiert werden, denn bei vorhandener Bakteriämie fehlte eine typische Diazoreaktion (es konnte nur eine dunkel- oder rotgelbe Verfärbung des Schaumes, die nicht charakteristisch ist, erzielt werden).

5. Stern, Frankfurt a. M.: **Die Untersuchung des Herzens in Beckenhochlagerung, ein Hilfsmittel zur Diagnose der Herzkrankheiten.**

Die Herzuntersuchung in Beckenhochlage hat folgende wesentliche Vorteile: Es wird im allgemeinen eine Kontrolle der in andern Lagen gefundenen Perkussions- und Auskultationsresultate ermöglicht. Die Perkussion der relativen rechten Herzdämpfungsgrenze gewinnt an Sicherheit. Die Diagnose des wahren akusti-



schen Charakters der unreinen Systolen wird in vielen Fällen erleichtert, manchmal überhaupt ermöglicht. Das diastolische Geräusch der mit Insuffizienz komplizierten Mitralstenose wird öfter deutlicher erkennbar. Die Untersuchung des Venenpulses wird sehr erleichtert.

6. Jores, Köln: **Ueber Art und Zustandekommen der von B. Fischer mittels Scharlachöl erzeugten Epithelwucherungen.**

Verf. hat die Experimente Fischers einer Nachprüfung unterzogen; seine Angaben kann er im allgemeinen bestätigen, stimmt aber in der Deutung der Versuchsergebnisse nicht ganz mit ihm überein. Die durch Wirkung des Scharlachrotöls gesetzte atypische Epithelwucherung setzt sich aus zwei Komponenten zusammen, aus einer Wirkung auf die oberen Teile der Haarbälge und aus Wucherung des Epithels in direkter Berührung mit Oeltropfen. Die letztere Erscheinung kann man wohl auf die Neigung des Epithels, Flächen zu überkleiden, zurückführen; indessen tritt die Ueberkleidung durch wucherndes Epithel bei Fettfarbstoffen wohl leichter ein als bei andern Fremdkörpern, und dieser Umstand im Verein mit der eigentümlichen Wirkung auf die Haarbälge muß zu der Ueberzeugung führen, daß die Fettfarbstoffe in besonderem Maße einen Reiz auf das Plattenepithel auszuüben imstande sind; als chemotaktischen möchte ihn Verf. freilich nicht bezeichnen. Daß die Fettfarbstoffe wirklich das Agens sind, ließ sich dadurch feststellen, daß sie in einem andern Lösungsmittel (Paraffin) durchaus positive Resultate geben, während die Injektion von reinem Paraffin keinen Einfluß auf Haarbälge und Oberflächenepithel erkennen ließ. Daß dieser besondere Reiz der Fettfarbstoffe auf das Plattenepithel ein Wachstumsreiz in dem Sinne, daß er direkt eine Proliferation des Epithels auslöst, sei, erscheint trotzdem unwahrscheinlich. Man sieht nämlich eine effektive Schädigung der Epithelzellen, die in einer starken Verhornung besteht. Es ist unmöglich, die in den Versuchen auftretende Verhornung als Folge der Proliferation aufzufassen, so wie sie im Innern der Karzinomalveolen beim Plattenepithelkrebs angesehen wird; dafür tritt die Verhornung zu frühzeitig in die Erscheinung, beim Hunde kommt sie sogar zunächst ohne Verdickung der Epithelschicht zustande; es dürfte deshalb wohl die Verhornung als der Ausdruck einer von dem Fettfarbstoff auf die Epithelzelle ausgeübten Schädigung angesehen werden. Die Epithelwucherung in den Haarbälgen wäre dann im wesentlichen als eine Ersatzwucherung anzusehen, allerdings müßte dann angenommen werden, daß diese Wucherung im Sinne Weigerts das Maß der physiologischen Regeneration überschreitet.

7. Kappis, Freiburg i. B.: **Hochgradige Eosinophilie des Blutes bei einem malignen Tumor der rechten Lunge.**

Bei dem betr. Patienten ließ sich zunächst ein pleuristisches Exsudat nachweisen; die Probepunktion zeigte ein rötliches Serum, in dem sich rote Blutkörperchen, Lymphozyten, wenig neutrophile, keine eosinophilen Leukozyten fanden; der weitere lokale wie allgemeine Befund ließen der Pleuritis nur symptomatische Bedeutung zukommen und zwangen zu der Annahme eines malignen Tumors in dem betreffenden Gebiet; Schmerzen in den verschiedensten Körperteilen konnten auf event. Metastasen bezogen werden. Besonders auffällig bei dem Kranken war der Blutbefund: hochgradige Leukozytose; die Zahl schwankte zwischen 50000 und 40000, und dabei enorme Eosinophilie, 14 bis 19000 wurden an einzelnen Tagen gezählt; eine Erklärung für diesen Befund war nicht zu finden. Die Autopsie ergab einen malignen Tumor der rechten Lunge, Metastasen in Lymphdrüsen, im Sternum, einer Rippe und zwei Brustwirbeln. Mikroskopisch bestand der Tumor aus großen, polygonalen, epithelialen Zellen, die in einem engmaschigen Stroma aus fibrillärem Bindegewebe lagen; wahrscheinlich handelte es sich um einen Alveolar- oder Bronchialkrebs. Soweit die Geschwulstteile gut erhalten waren, fanden sich nirgends reichliche eosinophile Zellen: anders in den nekrotischen Tumorgebieten; hier waren vielfach Anhäufungen von Leukozyten, die fast ganz aus eosinophilen Zellen bestanden; an einer Stelle fand sich direkt neben einem Blutgefäß und noch in der Gefäßwand selbst ein dichter Haufen eosinophiler Leukozyten, aus welcher Lagerung wohl mit Sicherheit hervorgeht, daß aus diesem Gefäß eine Auswanderung Eosinophiler stattfand. Für eine lokale Entstehung der Eosinophilen in der Lunge sprach nichts; auch in den andern Organen, Niere, Milz, und in den Metastasen, speziell auch denen der Knochen, fand sich nirgends eine übermäßige Eosinophilie. Ganz anders verhielt sich dagegen das geschwulstfreie Knochenmark; hier bestand eine enorme Anhäufung eosinophiler Myelozyten, daneben reichlich mehrkernige eosinophile Zellen; hier mußte also eine starke Bildung Eosinophiler stattfinden. Zur Erklärung der eigenartigen Befunde ist wohl anzunehmen, daß im nekrotischen Tumorgewebe Stoffe gebildet wurden, die auf eosinophile Leukozyten positiv chemotaktisch wirkten und auch auf das Knochenmark einen spezifischen Reiz zur Bildung eosinophiler Myeolozyten und weiterhin eosinophiler Leukozyten ausübten, von denen die letzteren, also die reifen Formen ins Blut übergingen und ihrerseits das Material für die eosinophilen Zellanhäufungen in den nekrotischen Tumorgebieten lieferten.

8. Kroph: **Ein Fall von Dermoidzyste mit Usur der Darmwand durch einen nach außen gewachsenen Zahn.**

Bei der Operation einer Dermoidzyste fand sich der Tumor an einer Stelle mit einer Darmschlinge so fest verwachsen, daß die Lösung daselbst nur unter Eröffnung des Darmes auf etwa Bohnengröße möglich war. Es zeigte sich, daß an dieser Stelle ein aus dem Innern des Tumors herausgewachsener zahnähnlicher Körper saß, der nicht sehr fest in dem dort soliden Teil des Tumors steckte und nirgends mit einer knochenartigen Bildung in Verbindung war.

9. Hoehne, Kiel: **Zur Vereinfachung der v. Bylickischen instrumentellen Beckenmessung.**

Die Bylickische instrumentelle Beckenmessung, Einpassung solider Meßstäbe zwischen Symphyse und Promuntorium, zwischen den Endpunkten der Vera obstetrica, hat sich als exakt und leicht ausführbar erwiesen. Weitere Vereinfachung des Meßapparates, speziell um dem Bedürfnis des Praktikers gerecht zu werden, kann ohne Beeinträchtigung der Methode nur durch Reduktion der zahlreichen Meßstäbe auf einen einzigen verstellbaren Meßstab geschehen. Eine brauchbare Vereinfachung des voluminösen und teuren Bylicki-Gaußschen Meßinstrumentariums hat Faust (Ztrbl. f. Gyn., 1906, Bd. 30) angegeben. Diesem Modell ist der Vorwurf gemacht worden, es sei wegen der angewandten Verschraubung nicht sicher zu säubern und sauber zu halten, und es könne der ungestörte Gang der Schraube durch etwaige, nicht kontrollierbare Verschmutzung der Mechanik gefährdet werden. Verf. sieht einen Mangel nicht in der Schraubenmechanik als solcher begründet, sondern in der Unzugänglichkeit von Schraube und Schraubengewinde. An der Hand von Abbildungen erläutert er einige Modifikationen in der Konstruktion des Instrumentes, die diesem Mangel abhelfen sollen.

10. Kilian, Freiburg i. B.: **Ueber Digitoxin und Digalen.**

Scharfe Kritik der Arbeiten Cloettas über sein Digalen, die darin gipfelt, daß den Behauptungen Cloettas über den chemischen Zusammenhang zwischen Digitoxin und Digalen vorläufig jegliche experimentelle Begründung fehlt.

11. Posternak, Paris: **Zu Manchots neuem Vorschlag zur Phosphorernährung und Phosphortherapie im Kindesalter.**

Verf. führt aus, daß, wenn man den organischen Phosphorsubstanzen der Hanfmehlsuppe die therapeutischen Eigenschaften derselben zuschreibt, man unbedingt auch dem isolierten Phytin diese zusprechen muß. Er hält es nicht für richtig, dem Phytin, dem einzig wirksamen Phosphorbestandteil der Pflanzensamen, Samenextrakte vorzuziehen, deren Bereitung und Konservierung umständlich und deren Dosierung unsicher ist.

12. Späth, Fürth: **Der Entwurf eines Reichs-Apothekengesetzes.**

Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 17. 1907.

1. Goldscheider, Berlin: **Ueber psycho-reflektorische Krankheitssymptome.**

Eine Reihe von Erkrankungen, Symptomen und Symptomgruppen sind reflektorisch, d. h. durch Uebertragung eines Nervenreizes ohne Zutun des Bewußtseins und der Willenstätigkeit bedingt. Es ist aber unberechtigt, in Verallgemeinerung des aus dem Tierexperiment abgeleiteten Reflexbegriffes, das Schema des

reflektorischen Zusammenhanges auf alle motorischen Symptome und Symptomgruppen anzuwenden, sobald es sich erweisen läßt, daß dieselben sich an einen Reizzustand eines zentripetalen Nervengebietes anschließen; da kommt das psychologische Moment, der Bewußtseinszustand des Subjekts bei der Krankheitsdeutung zu kurz. Schon der physiologische Reflex zeigt beim Menschen keineswegs die einfachen Beziehungen des Tierexperiments, sondern präsentiert sich als ein durch gegenseitige psychische Abhängigkeitsverhältnisse verwickelter Vorgang. Der Nervenreiz führt beim Menschen, sofern er eine mit einem ausgesprochenen Gefühlston behaftete Empfindung setzt, zu gewissen motorischen Reaktionen, die man, da sie seelisch vermittelte Reflexe darstellen, als psycho-reflektorische Erscheinungen bezeichnen kann. An die Reflexbewegungen schließt sich eine Gruppe von Bewegungen an, die häufig mit ihnen verwechselt werden und fließende Uebergänge zu ihnen darbieten, die Triebbewegungen; es sind willkürliche Aktionen, welche durch ein Gefühl triebartig ausgelöst werden; bei erhöhter Reflexerregbarkeit, z. B. bei Neurasthenie, sind sie meist gesteigert. Daß ein unerwarteter Reiz unter sonst gleichen Umständen eine stärkere Reflexaktion als ein erwarteter erzeugt, zeigt, daß der Reflex abhängig ist von der seelischen Einstellung. Mittels der ausgelösten Empfindungen und Wahrnehmungen kann der äußere Reiz weiter Vorstellungen und Vorstellungsreihen erzeugen, die unter Umständen für sich oder mit Hilfe von assoziativ erweckten Erinnerungsbildern Affekte hervorrufen können. Die Wirkungen eines äußeren Nervenreizes können danach sehr verwickelte sein; der Reiz führt zunächst zu einer einfachen oder kombinierten Reflexbewegung; außerdem zu einer mit einem gewissen Gefühlston behafteten Empfindung; der Gefühlston bewirkt reflektorische und andererseits bewußte Bewegungen; außerdem gibt die Empfindung auf assoziativem oder direktem Wege zu einer Vorstellung Anlaß, welche gewisse Bewegungen hervorruft, und außerdem ihrerseits wieder einen Affekt bewirkt, mit dem psychoreflektorisch gewisse organische Bewegungsvorgänge verbunden sind; die Affektstimmung endlich kann zu einer gesteigerten oder verringerten Reflexbereitschaft führen. Dieselben Betrachtungen, die für die äußeren Reize gelten, finden auch für die inneren pathologischen Reize Gültigkeit. Unzweifelhaft führen innere krankhafte Reizungen zu reflektorischen Krankheitssymptomen sensu striktiori. Eine Anzahl scheinbar reflektorischer Symptome ist aber in Wirklichkeit durch den Gefühlston der krankhaften Empfindung bestimmt und bedingt. Man ist gewöhnt, von den physiologischen Funktionen der inneren Organe so gut wie nichts zu empfinden; gehen einem aber von denselben Empfindungen zu, so pflegen dieselben selbst bei geringer Intensität mit einem Unlustgefühlston bekleidet zu werden; diese Unlustgefühle können nach verschiedenen Richtungen weitere Wirkungen zeitigen; am auffälligsten sind gewisse Bewegungserscheinungen. Das Erbrechen der Herzkranken, der Schwangeren ist zum Teil auf solche Momente zurückzuführen. In gleicher Weise die vielerlei nervösen Störungen, die ursächlich mit der Stuhlverstopfung zusammenhängen und durch Behebung dieser zu beseitigen sind. Aehnliches gilt für die nervöse Dyspepsie, die Enteroptose, klimakterische Beschwerden, Neurasthenie; nicht allein die reflektorische Uebertragung der Nervenreizungen, sondern auch die Gefühlsbetonung derselben ist hier in Betracht zu ziehen; die Mißgefühle mit ihren psycho-reflektorischen Wirkungen, die Affektzustände mit ihren körperlichen Ausdruckserscheinungen, die triebmäßigen Bewegungsvorgänge haben einen wesentlichen Anteil an den körperlichen Symptomen bei diesen Krankheiten. Ganz besonders durch die Gefühlsbetonung sind die von der sexuellen Sphäre ausgehenden Reflexsymptome bestimmt. Bei der physikalischen Therapie spielen diese Faktoren eine wichtige Rolle und erklären manche unerwartete, paradoxe Wirkung und manche Inkonstanz der physiologischen Beobachtung am Kranken. Die reflexbahnende Wirkung der Gefühle erfährt eine weitere Komplikation durch die Irradiation und Assoziation der Gefühle, wobei meist Erinnerungsbilder, die mit dem betreffenden Gefühl verknüpft sind, eine Rolle spielen. Körperliche Gefühle, die mit einem bestimmten seelischen Gefühlszustand verbunden sind, können diesen hervorrufen, wenn sie primär für sich auftreten. Weitere Bewegungen, die durch den Gefühlston bedingt sind, betreffen willkürliche Aktionen, die das Individuum zur Beseitigung der Mißgefühle vornimmt. Die Ueberempfindlichkeit der Neurastheniker ist zum Teil wohl eine wirkliche Hyperaesthesie für den adaequaten Reiz, zum größten Teil aber eine Gefühls-Hyperaesthesie, wie bei Neurasthenie ja auch eine gesteigerte Neigung zu Affekten und zu körperlichen Affektwirkungen besteht. Die Mißgefühle können teils für sich, teils auf dem Wege der Krankheitsvorstellung Affekte und Verstimmungen hervorrufen, unter letzteren namentlich die „reizbare Stimmung". Eine weitere Verbindung zwischen krankhaften inneren Reizen und reaktiven körperlichen Veränderungen ist damit gegeben, daß die Empfindung der Nervenreizung zu einer Krankheitsvorstellung führt, welche von Affekt und daher von gewissen psycho-reflektorischen Bewegungen begleitet wird; die Bildung der Krankheitsvorstellung wird außer durch die Mißgefühle noch durch intellektuelle Momente beeinflußt. Die Beziehungen der Gefühle, Affekte und Vorstellungen zu Krankheitssymptomen treten am auffälligsten hervor bei der Hysterie und Neurasthenie. Aber auch unter normalen Lebensbedingungen und bei nichtnervösen Krankheiten finden sich gleichfalls Gefühl, Vorstellung und Affekte innig mit körperlichen Vorgängen verknüpft, lösen äußere und innere Nervenreize eine Kette von Vorgängen aus, welche von der einfachen unmittelbaren Reflexbewegung bis zu den kompliziertesten psychischen Vorgängen der Assoziations- und Vorstellungstätigkeit und von diesen wieder reflektierend in die Körperlichkeit und alle körperlichen Funktionen zurück sich erstreckt. Die verwickelten Beziehungen zwischen psychischen Beeinflussungen und reflektorischen Vorgängen lassen erkennen, welchen mächtigen Einfluß die Psychotherapie auf körperliche Krankheitssymptome haben kann; indem man auf Affekt, Stimmung und Vorstellung wirkt, vermag man pathologische Empfindungs- und Bewegungserscheinungen in vollem Umfange zu beeinflussen. Die Psychotherapie ist keineswegs immer eine gewollte, sie mischt sich überall, auch ohne absichtliches Zutun, ein. Die psychische Beeinflussung der Krankheitssymptome ist nicht immer eine günstige; eine unbedachte Aeußerung des Arztes vermag schädliche, das Krankheitsbild steigernde, psychogene und psycho-reflektorische Wirkungen hervorzubringen.

2. Kolle, Bern: **Die Serumtherapie und Serumprophylaxis der akuten Infektionskrankheiten.**

(Schluß aus Nr. 16.)

Klinischer Vortrag, der unter Kennzeichnung der schwebenden Fragen, der noch zu lösenden Probleme und Darlegung der allgemeinen Gesichtspunkte und neuen Methoden zur Besprechung bringt das Diphtherie- und Tetanusantitoxin, das Schlangengiftserum, die baktericiden Cholera- und Typhussera, das Dysenterie-, Streptococcen-, Pest- und Meningococcenserum.

3. Sahli, Bern: **Die Sphygmobolometrie, eine neue Untersuchungsmethode der Zirkulation.**

(Schluß aus Nr. 16.)

Das Sphygmobolometer hat den Zweck, die lebendige Kraft des Pulses zu messen und damit ein Maß für die Arbeit der Systole des Herzens zu erhalten. Eine breite, hohe Riva-Roccische Gummimanschette wird um den Oberarm gelegt; durch ein Gebläse wird der Druck in derselben reguliert. Die durch die Pulsationen der Arterie mitgeteilten Bewegungen werden auf ein Quecksilbermanometer übertragen, das mit einer Schwimmerschreibvorrichtung versehen ist. Peripherwärts von der Manschette wird eine Esmarchbinde so fest angelegt, daß der Puls an der Radialis ganz verschwindet; dadurch wird der bis an den unteren Rand der Manschette reichende Teil der Arteria brachialis gewissermaßen in einen blinden Anhang der Aorta verwandelt. Man fängt mittels der Manschette die Energie der Pulsationen dieses Arterienstumpfes auf, mißt sie in Form von Quecksilberexkursionen, womit annähernd die Energie der Aortenpulse bestimmt ist. Mittels des Gebläses wird der Druck reguliert, bis man die größte Exkursion erhält; bei dieser ist die Energieübertragung eine optimale. Aus der gefundenen maximalen Exkursionshöhe kann man nach eingehend dargelegten Formeln die vom Pulse im Armstumpf geleistete Arbeit berechnen.

Bezüglich der klinischen Verwertbarkeit der Resultate ist darauf hinzuweisen, daß die Methode zu Rückschlüssen auf die Gesamtarbeit des Herzens nur unter Voraussetzung geeignet ist,



daß die Verteilung der Herzenergie auf die einzelnen Arterien, resp. der Anteil, welchen die Art. brachialis von der gesamten Leistung des Herzens erhält, ungefähr dem normalen mittleren Verhalten entspricht. Für die klinische Verwendung ist die Methode besonders geeignet, da sie technisch einfach und weniger zeitraubend ist, als die Sphygmographie und die graphische Maximal- und Minimaldruckmessung. Die Sphygmobolometrie kann nicht durch Sphygmographie ersetzt werden, erstere hat gegenüber letzterer den Vorteil, daß der Puls der gesamten Extremität in der Nähe der Aorta und nicht bloß derjenige einer einzelnen kleinen Arterie untersucht wird, daß die Uebertragung der Energie auf den Registrierapparat auf pneumatischem Wege geschieht und infolgedessen von Zufälligkeiten der Applikation unabhängig wird, daß endlich nur mittels dieser Methode sich eine einfache Formel zur Berechnung der Pulsenergie ableiten läßt. Die instrumentelle Sphygmobolometrie hat ihr Analogon in der energetischen Methode des Pulsfühlens; sie gibt eine exakte graphische Darstellung und Berechnung der Arbeitsleistung des Pulses, die man bei der Methode des energetischen Pulsfühlens schätzt. Bei der Deutung der Resultate darf man nicht verwechseln den Begriff der Leistung und der Leistungsfähigkeit des Herzens; die Sphygmobolometrie mißt nur die zur Zeit des Versuches von dem Herzen effektiv entfaltete Energie, nicht aber die Energie, welche es bei gesteigerten Ansprüchen entfalten könnte.

4. Giemsa, Hamburg: **Beitrag zur Färbung der Spirochaete pallida (Schaudinn) in Ausstrichpräparaten.**

G. empfiehlt eine folgendermaßen gestaltete Methode:

1. Der Ausstrich. Das von der Peripherie unbehandelter Papeln unter besonderen Kautelen entnommene Reizserum wird auf einen Objektträger gebracht und durch Darüberfahren mit der Kante eines zweiten geschliffenen Objektträgers gleichmäßig und dünn verteilt; dann läßt man es lufttrocken werden.

2. Fixieren ist bei älteren gut lufttrockenen Präparaten nicht nötig. Bei frischen genügt dreimaliges vorsichtiges Hindurchziehen durch eine mittelstarke Gasflamme oder durch eine Spiritusflamme. Alkoholgehärtete Ausstriche sind auch verwendbar.

3. Färben. Das frische wässrige Farbgemisch wird in der Weise hergestellt, daß 10 Tropfen der Farbstammlösung aus einem Tropffläschchen auf 10 ccm dest. säurefreies Wasser unter gelindem Umschwenken bis zur gleichmäßigen Verteilung der beiden Flüssigkeiten gegeben werden. Das am besten in einem sauberen Objektträgerhalter eingeklemmte Präparat wird sofort übergossen und dann erwärmt (etwa 5 cm über der Flamme), bis schwache Dampfbildung auftritt. $^1/_4$ Minute lang stellt man beiseite, gießt die Farblösung ab, dann eine weitere Portion desselben Farbgemisches auf das noch feuchte Präparat, erwärmt wiederum, stellt wieder $^1/_4$ Minute beiseite und führt diese Prozedur im ganzen viermal aus, läßt nur das letzte Mal die Farblösung 1 Minute auf den Ausstrich einwirken. Dann kurzes Abwaschen.

4. Die mikroskopische Untersuchung kann zunächst mit starkem Trockensystem erfolgen; dabei sollen dünne Stellen ausgesucht werden, an denen sich Erythrocyten mit größeren, kernlosen, rein blau erscheinenden Gewebselementen durchsetzt vorfinden; ein geübtes Auge kann hier die Pallida oft schon bei dieser Vergrößerung erkennen. Genau erkennt man sie bei Absuchen dieser Stellen mit Oelimmersion. Die Pallida ist bei ihrer intensiv dunkelrot erscheinenden Färbung auf dem nur schwach rötlich oder gar nicht angefärbten serösen Untergrund sehr leicht zu erkennen; auch an den dickeren Stellen des Ausstrichs, wo man sie auf dem etwas stärker gefärbten Substrat vorfindet, hebt sie sich von diesem durch viel intensivere, oft fast schwärzlich erscheinende Färbung vorteilhaft ab.

Diese Schnellfärbungsmethode steht wegen ihrer Einfachheit, Schnelligkeit und Sicherheit einzig da; sie bietet Gelegenheit, in der kurzen Zeit von etwa 3 Minuten ein untersuchungsfertiges, bei genauer Verfolgung der Vorschrift ausnahmslos vorzüglich gefärbtes Präparat herzustellen, und erscheint deshalb für den Praktiker bei der Diagnose der Lues von höchster Bedeutung.

5. Kleinschmidt, Charlottenburg: **Zur Behandlung ischaemischer Muskelkontrakturen, zugleich ein Beitrag zur Pseudarthrosenheilung.**

Für die Entstehung der Volkmannschen mit Kontrakturen verbundenen Lähmungen der Extremitäten kommen wohl in erster Linie Arterienlaesionen in Betracht. Die Behandlung der ausgebildeten Kontrakturen erzielt in leichteren Fällen durch energische passive Bewegungen, Massage etc., gute Erfolge; in vorgeschrittenen Stadien aber ist die medico-mechanische Behandlung aussichtslos. Hier ist die Operation erforderlich, die das Mißverhältnis zwischen den narbig verkürzten Muskeln und den relativ zu langen Knochen zu beseitigen strebt, entweder durch Verkürzung der Knochen oder durch Verlängerung sämtlicher beteiligter Muskeln bezw. Sehnen. Verf. berichtet über einen nach der ersten Methode behandelten Fall; bei einem siebenjährigen Knaben war nach suprakondylärer Humerusfraktur unter einem zirkulären Gipsverband eine Volkmannsche Kontraktur eingetreten; eine mehrere Monate fortgesetzte konservative Behandlung hatte keine Besserung herbeigeführt; deshalb wurde die Operation vorgenommen und am Radius und Ulna je ein 3 cm langes Stück reseziert und die Knochen durch in die Markhöhlen eingefügte Knochenstifte wieder fixiert. Die Vereinigung der Knochen erfolgte trotzdem nur unvollkommen; der Radius konsolidierte sich erst nach Monaten; an der Ulna entwickelte sich eine Pseudarthrose. Zu deren Beseitigung wurde eine zweite Operation vorgenommen; nach Exzision des narbigen Zwischengewebes ließen sich die Knochenenden gut aneinander bringen; es fehlte aber an beiden Enden auf einer Strecke von 1 bis 2 cm das Periost vollständig und weiterhin war es mit den fibrös degenerierten Weichteilen fest verwachsen und nicht zu isolieren. Es wurde deshalb aus der Tibia ein Knochenhautlappen genommen und manschettenartig um die Resektionsstelle herumgelegt. Der Erfolg war ein vollständiger; nach drei Monaten war die Ulna fest konsolidiert.

6. Baerwald, Berlin: **Alpine Heufieberstationen.**

Die Verschiedenheiten der einzelnen Fälle des Heufiebers sind so groß und so wesentlich, daß nur wenige Kurorte allen Heufieberkranken in gleicher Weise nützen. Um ein Verständnis der sich scheinbar ständig widersprechenden Erfolge und Mißerfolge namentlich alpiner Kurorte zu gewinnen, ist die Kenntnis der Heufieberindividualitäten unerläßlich. Die Unterschiede der Pollenempfindlichkeit, die Tatsache, daß es „Vorläufer" und auch „Nachläufer" gibt, sind zu berücksichtigen, und ganz besonders müssen die lokalen Vegetationsverhältnisse, namentlich auch die Gramineenblütezeit, sorgfältig beachtet werden bei der Wahl eines Aufenthaltsortes für Heufieberkranke. Verf. empfiehlt ganz besonders die in der Nähe von Churwalden gelegene Lenzerheide; trotz mittlerer Höhe (ca. 1500 m) hat der Ort infolge herrschender Nordwinde eine ausreichende Vegetationsverspätung, so daß er für alle Heukranken, denen der Aufenthalt in großer Höhe nicht ratsam ist, eine Art Monopol besitzt. Für Kranke mit Herzbeschwerden und Neigung zu Asthma hat er den weiteren Vorteil, daß er eine flache Hochebene darstellt, in der 25 bis 30 km fast ganz ebener Wege zur Verfügung stehen.

7. Kollaczek und Müller, Breslau: **Ueber ein einfaches Hilfsmittel zur Unterscheidung tuberkulöser und andersartiger Eiterungen.**

Wenn man ganz kleine, mäßig tiefe Parzellengefäße fast bis zum Rande mit Millonscher Quecksilberlösung füllt und je einen Eitertropfen von einer rein tuberkulösen und von einer durch die üblichen Eitererreger hervorgerufenen Erkrankung zentral in dieselbe fließen läßt, so zeigt sich ein auffallender Unterschied. Der tuberkulöse Eiter bildet ein festes Häutchen, während die Flüssigkeit ungefärbt bleibt; der Cocceneiter bildet eine zerfließliche Scheibe, und nach wenigen Minuten färbt sich das Millonsche Reagens lebhaft rot.

8. Werner, Berlin: **Fortschritte in der Entwicklung des Preußischen Sanitätsoffizierkorps.**

Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 17. 1907.

1. Kausch, Schöneberg: **Der Magenkrebs und die Chirurgie.** (Nicht abgeschlossen.)

2. Bloch, Berlin: **Ein rascher Nachweis des Tuberkelbazillus im Urin durch den Tierversuch.**

Die Methode erstrebt, nach der Injektion des bazillenhaltigen Sediments durch eine traumatische Schädigung der Injektionsstelle



eine Disposition zu schaffen, die eine schnellere und energischere Erkrankung herbeiführt. Der Gang des Verfahrens ist folgender: Von dem mit Katheder entnommenen, auf Tuberkelbazillen verdächtigen Urin werden etwa 12 ccm 5 Minuten lang in einer elektrischen Zentrifuge zentrifugiert, die über dem Sediment stehende Flüssigkeit abgeschüttet und das Sediment selbst in 3 ccm einer zugefügten sterilen Kochsalzlösung bis zur gleichmäßigen Verteilung aufgeschüttelt. Von der Aufschwemmung wird einem Meerschweinchen 1 ccm subkutan in die Leistengegend injiziert. Dann faßt man die Leistenfalte zwischen Daumen und Zeigefinger und durchtastet einige Male reibend die Leistengegend, immer mit den Fingern von der Tiefe nach der Oberfläche gehend. Dabei kommen die Leistendrüsen als ganz kleine Knötchen zwischen den reibenden Fingern zur Wahrnehmung und werden durch festeres Zudrücken zerquetscht. Das Resultat dieses Vorgehens war, daß in allen Fällen, in denen es sich um Urine mit mikroskopisch nachgewiesenen Tuberkelbazillen handelte oder der Verdacht auf Anwesenheit dieser Bakterien vorlag, bei den Versuchstieren nach neun bis zehn Tagen haselnußgroße Knoten in der Leistengegend zu fühlen waren; nach Tötung der Tiere zeigte sich, daß diese Knoten aus vergrößerten Lymphdrüsen bestanden, die in stark entzündlichem Gewebe eingebettet waren; sowohl in Ausstrichen von den Drüsen wie in Schnitten wurden Tuberkelbazillen in großer Anzahl, manchmal massenhaft gefunden. Auf diese Weise gelang es, den positiven Nachweis der Tuberkelbazillen in neun bis elf Tagen zu erbringen, in Versuchen, bei welchen injiziert waren: 1. Reinkulturen von Tuberkelbazillen; 2. Urinsediment der vorher als gesund angenommenen Niere bei klinisch und mikroskopisch sichergestellter Diagnose einer Nierentuberkulose der andern Seite; 3. Urinsedimente von Patienten, bei denen die klinischen Symptome einer Urogenitaltuberkulose bestanden, Tuberkelbazillen aber nicht gefunden worden waren; 4. Urinsedimente von Patienten, bei denen die Symptome einer Urogenitaltuberkulose nicht ausgeprägt, im Sediment aber vereinzelte säurefeste Stäbchen gefunden worden waren, so daß sie daher nicht als Tuberkulosebazillen angesehen werden konnten. Der negative Nachweis konnte erbracht werden in Fällen, wo injiziert waren: 1. das Sediment des aus der einen Niere stammenden Urins bei sichergestellter Diagnose einer Tuberkulose der andern Niere; 2. Smegmabazillen in Reinkultur, aufgeschwemmt in Kochsalzlösung und im Urinsediment einer gonorrhoischen Cystitis.

3. Gerlach, Wiesbaden: **Beeinflußt Kakao die Ausnutzung von Stickstoffsubstanz und Fett der Nahrung?**

Bei Einnahme von 25 g Kakao (Reichardt-Kakao „Monarch") sank die Ausnutzung der Stickstoffsubstanz nur um 1,6%, also eine für die Ernährung nicht in Betracht kommende Größe; das Fett der Nahrung wurde besser ausgenutzt als in den kakaofreien Normalperioden.

4. Boerma, Groningen: **Ein neuer Forceps.**

Die Zange soll vor den gebräuchlichen Modellen den Vorzug geringerer Länge, geringeren Gewichtes und fehlender Kreuzung der Löffel haben. Sie ist gebaut nach dem Prinzip der Zangen mit parallelen Löffeln; sie besteht aus zwei fast ganz symmetrischen Löffeln, deren Blätter genau dieselben sind wie bei einer Nägelischen Zange, erst von dem Punkte, wo bei dieser die Stiele 3 cm voneinander entfernt sind, fängt der Unterschied an; statt daß die Stiele weiter konvergieren bis zum Schluß, laufen sie 13 cm parallel; unten am proximalen Ende biegen die Stiele rechtwinklig nach innen, enden in Teilen, die massiv gearbeitet sind und in einfacher Weise zu einem Schloß zusammenfallen; ungefähr 1 cm vor der Umbiegung nach innen sind zwei Zughaken von 2 cm Länge angebracht. Ist das Schloß geschlossen, so ist jede Bewegung der Löffel gegenseitig vollkommen unmöglich, ausgenommen eine drehende, bei welcher sich die Apices entfernen oder nähern. Das ganze Instrument ist aus vernickeltem Stahl gefertigt, 27 ½ cm lang und wiegt 350 g. Weder für Schließung noch für die Extraktion ist es absolut notwendig, daß man sich gerade vor das Genitale der Patientin stellt; es ist also möglich, mehr als dies beim Gebrauch anderer Zangen tunlich ist, die Frau mehr oder weniger im Bett zu lassen. In Fällen, wo wenig Assistenz zur Hand ist, dürfte das ein bedeutender Vorteil sein. Die Einführung der Löffel ist dieselbe wie bei der Nägelischen Zange: man schließt, nachdem die Löffel gegeneinander gestellt sind; der Griff wird mit der rechten Hand in der Weise umfaßt, daß die Hand oben, der Daumen unten liegt; die Radialseite der Hand drückt die Zughaken und übt damit die ziehende Kraft aus. Die linke Hand bleibt während der Extraktion ganz frei, sie kontrolliert die Bewegung des Kopfes und stützt den Damm. In der Praxis hat sich die Zange angeblich sehr gut bewährt.

5. Caro, Posen: **Ein Fall von malignem Morbus Basedowii, kombiniert mit den Symptomen der Pseudoleukaemie.**

Der betr. 38 jährige Patient zeigte neben mäßig ausgesprochenen Basedowsymptomen nachweisbare Vergrößerung von Leber und Milz, geringe Drüsenschwellungen, eine kaum nennenswerte Leukocytose mit starker relativer Vermehrung der mononucleären gegen die polynucleären Leukocyten. Nach vorübergehender Besserung des Befindens setzte eine rapid fortschreitende Verschlechterung ein. Es wurde deshalb die Thyreoektomie vorgenommen und 70% der Schilddrüse reseziert. Am Abend der Operation stieg die Temperatur auf 39°, der Puls auf 170; am nächsten Morgen weitere Steigerung der Intoxikationssymptome, und am Nachmittag bei unzählbarem Puls und unter Temperaturanstieg bis über 42° trat der Exitus ein. Der im Stadium hoher Intoxikation unter allen Kautelen entnommene Urin hatte schwer toxische Eigenschaften und tötete, Meerschweinchen injiziert, die Tiere selbst bei kleinen Quantitäten in sehr kurzer Zeit. Die mikroskopische Untersuchung der Struma zeigte gleichmäßige parenchymatöse Hypertrophie mit Colloidbildung; die chemische Untersuchung ergab einen ganz abnorm hohen Jodgehalt.

6. Sachs und Ternucki, Frankfurt a. M.: **Die Inaktivierung der Komplemente im salzfreien Medium.**
(Schluß folgt.)

7. Maaß, Berlin: **Arsen als Gift und Heilmittel.**

Die Arsenverbindungen sind die am stärksten wirkenden und die am längsten bekannten Gifte des Mineralreichs. Das Bild der akuten Vergiftung wird durch Veränderungen der Magen- und Darmschleimhaut beherrscht, zu denen sich hochgradige Gefäßerweiterungen mit enormer Blutdruckherabsetzung gesellen. Neben der Gefäßerweiterung, die sich bis auf die Capillaren erstreckt, findet wohl auch noch eine direkte Schädigung der Capillarwandungen statt. Die enorme Gefäßerweiterung, besonders im Splanchnicusgebiet, hat eine ungenügende Zirkulation zur Folge, die zu schweren Ernährungsstörungen in den lebenswichtigen Organen, wie Gehirn und verlängertem Mark, führt, welche sich nach außen hin durch Coma, Delirien, Krämpfe zu erkennen geben. Die Gefäßerweiterung zusammen mit der direkten Capillarschädidung erklärt zwanglos das gesamte Bild der intestinalen Erscheigungen, choleraartige Reiswasserstühle, Pseudomembranbildungen etc.

Eine der häufigsten Ursachen der chronischen Arsenintoxikation war früher das Schweinfurtergrün, eine Verbindung des Arsens mit Kupfer, das ein beliebtes Färbemittel für Tapeten, Möbel- und Kleiderstoffe etc. war; der bei der Zersetzung dieses Farbstoffes, wie sie schon unter Einfluß der Feuchtigkeit, besonders aber unter der Einwirkung einzelner Mikroorganismen vor sich geht, entstehende Arsenwasserstoff und andere flüchtige Arsenverbindungen stellen die Hauptursachen der beobachteten Schädigungen dar. Heute ist die Benutzung des Schweinfurter Grüns so eingeschränkt, daß es kaum noch als Ursache chronischer Intoxikationen in Frage kommt; es gibt aber noch eine Reihe von Industriezweigen, die des Arsens nicht entraten können, hüttenmännische Betriebe, Anilinfabrikation, Ausstopfereien von Tierbälgen, Konservierungsanstalten. Große Massenerkrankungen sind vorgekommen nach Genuß von aus Kartoffelzucker bereitetem Bier, der seinerseits aus Kartoffelstärke mittels arsenhaltiger Schwefelsäure dargestellt worden war. Auch durch Fleischgenuß können Arsenvergiftungen zustandekommen dadurch, daß das Vieh, welches in der Nähe von Arsenikhütten das durch den niedergeschlagenen Arsenikstaub arsenhaltig gewordene Gras frißt, das Gift dadurch bis zur krankmachenden Dosis in seinem Organismus aufspeichert.

Der Verlauf der chronischen Arsenikvergiftung umfaßt mehrere Stadien: 1. Erkrankung der Verdauungsorgane, 2. Erkrankungen



der parenchymatösen Brust- und Bauchorgane, der Haut und der Schleimhäute der Sinnesorgane, 3. Erkrankung des Zentralnervensystems. Trotz der Vielseitigkeit und Verschiedenheit der klinischen Erscheinungen ist die Diagnose der Vergiftung dadurch sehr erleichtert, daß der chemische Nachweis der Substanz ein einfacher und sicherer ist (Marshsche Probe). Was die Behandlung der Vergiftung betrifft, so dürfte trotz entgegenstehender Ergebnisse von Tierversuchen die Verwendung des Antidotum arsenici (eine Mischung von schwefelsaurem Eisenoxyd und Magnesia) zweckentsprechend sein, am besten nach vorheriger gründlicher Magenausspülung; daneben ist auf schnelle Elimination des Giftes aus dem Organismus hinzuwirken, Brechmittel, Abführmittel, Diuretica, Schwitzprozeduren.

Als Arzneimittel ist das Arsen von altersher benutzt worden, als Tonicum, Roborans und Nervinum, als Mittel zur Bekämpfung von Hautaffektionen und Neubildungen, als antiparasitär wirkendes Mittel. Neben den arsenhaltigen Wässern (Levico, Roncegno) wurde früher ausschließlich die arsenhaltige Säure und ihre Salze benutzt. In neuerer Zeit ist man zu Präparaten übergegangen, welche das Arsen in organischer Bindung enthalten. Allen voran steht das Atoxyl, welches bisher als Meta-Arsensäureanilid aufgefaßt wurde, tatsächlich jedoch ein Salz der Amidophenylarsinsäure zu sein scheint. Dieser Körper besitzt eine 40 mal geringere Giftigkeit als die arsenige Säure; wahrscheinlich vermag der Organismus aus dem komplizierten Atoxylmolekül nur langsam das Arsen in einer physiologisch wirksamen Form abzuspalten, und bewahrt so die lebenswichtigen Organe vor einer Ueberschwemmung mit dem Gift. Die langsame Spaltbarkeit scheint es auch zu sein, der das Atoxyl seine Ueberlegenheit über die andern Arsenpräparate bei der Behandlung der Trypanosomenerkrankungen verdankt, indem es so gelingt, den Organismus lange Zeit hindurch unter Arsenwirkung zu halten, ohne durch zu häufige neue Zufuhr des Mittels die Gefahr einer kumulativen Vergiftung heraufbeschwören zu müssen.

Nr. 18, 1907.

1. Hildebrand: **Thoraxschüsse und Bauchdeckenspannung.**

Die einseitige Spannung der Bauchmuskulatur hat für die Diagnose der Folgen von Bauchquetschungen und für die daraus resultierende Indikationsstellung eine große Bedeutung erlangt. Es gibt aber Fälle, bei denen eine ganz ausgesprochene Kontraktion der Bauchmuskulatur eintritt, ohne daß die geringste Verletzung des Bauches, weder der Bauchwand noch des Bauchinhaltes, vorhanden ist. Namentlich bei Thoraxverletzungen kommt das vor. Verf. berichtet über vier Fälle von Schußverletzungen des Thorax, bei denen sich starre Kontraktion der Bauchmuskeln der einen Seite, die ein tieferes Eindrücken unmöglich machte, fand, oder starke Schmerzhaftigkeit an zirkumskripteren Partien des Abdomens, und wo doch die Laparotomie, Autopsie, resp. die weitere klinische Beobachtung ein völliges Intaktsein der Bauchhöhle erwies. Die Erklärung dieses eigenartigen Verhaltens ist wohl darin zu suchen, daß die Bauchmuskeln von der unteren Hälfte der Interkostalnerven versorgt werden; deshalb können im Bereich des Thorax Verletzungen von Interkostalnerven eintreten, deren nervöses Ausbreitungsgebiet die Bauchwand ist. Der Reiz des Projektils auf den sensiblen Teil eines unteren Interkostalnerven — ob der Nerv nur gedrückt oder zerschossen, ist gleichgültig — erklärt einerseits den Schmerz in dem korrespondierenden Teil der Bauchwand und andrerseits die reflektorische Kontraktion des Muskels, der von dem zugehörigen motorischen Teil des Interkostalnerven versorgt wird. Aus der Bauchdeckenspannung folgt also keineswegs immer eine Verletzung des Abdomens und darum auch keine Indikation zur Laparotomie; nur ein genaues Abwägen aller Erscheinungen kann zur richtigen Diagnose führen.

2. Gabritschewsky, Moskau: **Ueber Streptokokkenerytheme und ihre Beziehungen zum Scharlach.**

Verf. kommt zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Die Streptokokken sind imstande, bei septischen Infektionsformen scharlachähnliche Erytheme und Exantheme zu erzeugen.

2. Aus Scharlachstreptokokken zubereitete Vakzinen können scharlachähnliche Erytheme und Exantheme hervorrufen.

3. Die punktförmigen Erytheme und Exantheme bei Scharlach, Skarlatinoid und Streptokokkenvakzine können den Toxikodermien infektiöser Herkunft zugezählt und in pathogenetischer Hinsicht als identisch betrachtet werden.

4. Die Tatsache, daß beim Menschen unter dem Einfluß der Scharlachstreptokokkenvakzine punktförmige Ausschläge mit sämtlichen anderen, dem Scharlach eigenen Symptomen auftreten, repräsentiert einen wesentlichen, entscheidenden Faktor zu gunsten der Anerkennung des Streptokokkus als spezifischen Scharlacherregers.

5. Dieses Faktum liefert auch eine neue wissenschaftliche Basis sowohl für die von Moser eingeführte praktische Verwendung der Serotherapie bei Scharlach, als auch für die vom Verf. vorgeschlagene Streptokokkenvakzination nicht nur gegen die Komplikationen, sondern auch gegen den Grundprozeß beim Scharlach.

3. Koch: **Die Osteome als Exostosen, Haut- und Sehnenknochen.**

Die Osteome lassen sich, ätiologisch betrachtet, in drei Gruppen zerlegen: in die Gruppe der Exostosen, die Hautknochen und die der Sehnen, bezw. Faszienknochen, je nachdem das Gewächs in der Haut und in der Sehne oder Faszie wurzelt. Alle drei sind angeboren, Folge derselben entwicklungsgeschichtlichen Vorgänge, gleichgültig ob sie beim Menschen oder abseits von ihm in die Erscheinung treten. Die Exostosen gehen, wie die anatomische Zergliederung und die Röntgendurchleuchtung zeigt, von der Rinde der knöchernen Achse aus. Hautknochen finden sich als faust- und kindskopfgroße Knochenklötze am Temporo parietale und Okzipitale zum Nacken; sie sollen in ihrer einen Hälfte vom Schädel abstammen, weil sie mit diesem verwachsen sind; bei schichtweisem Abtragen konnte Verf. aber statt des knöchernen Zusammenhangs gelenkartige, wenn auch straffe Bindungen zum Schädel feststellen, was darauf hinweist, daß die Gebilde in der Cutis wurzeln und von hier aus in die Tiefe wachsen. Beim Menschen kommen sie noch in zwei Varianten vor, als Klötze in Hautbeuteln des Schädels und der Schulter und als miliare Körner in den tiefen Schichten der Cutis und in der Subcutis. Die Frage, ob Sehnen- oder Faszienknochen als chatouthone oder als zugewanderte Elemente zu betrachten sind, ist ebensowenig zu entscheiden wie die weitere, ob das Bindegewebe überall dort, wo es mechanisch stark in Anspruch genommen wurde, auch Knochen erzeugte. Die meisten überzähligen Sehnenknochen des Menschen verhalten sich zur Sehne, wie die Patella zum Quadrizeps. Was die Therapie betrifft, so soll man Exostosen beseitigen, wenn sie belästigen; bei Osteomen des Gesichtsschädels muß in erster Linie die Nähe des Auges und der nasalen Basis entscheiden, erst nach dieser die Kosmetik.

4. Minor, Moskau: **Ueber das Quinquandsche Phänomen und seine Häufigkeit bei Nichttrinkern und bei Alkoholismus, Hysterie, Tabes und anderen nervösen Erkrankungen.**

(Nicht abgeschlossen.)

5. Meyer und Bergell: **Ueber Typhusimmunisierung.**

Verff. ziehen aus ihren Untersuchungen den Schluß, daß sich im Inneren der Typhusbazillen Gifte befinden, welche zum großen Teil in die Bouillonflüssigkeit übergehen, dort aber, in kürzester Zeit nach ihrer Trennung von den Bakterien, verschwinden und nicht mehr nachweisbar sind. Beide Giftarten sind echte, dem Diphtherietoxin nicht vergleichbare, und miteinander identische Toxine, da es mit jedem der beiden gelingt, nachweisbare Antitoxine gegen das andere zu erzeugen, während ein gleichzeitig entstehender bakteriolytischer und präzipitierender Anteil des Serums auf geringe Mengen gelöster Bakterienleibessubstanzen bezogen werden muß. Bei Schutz- und Heilversuchen, welche mit diesem Serum gegenüber bakteriellen Infektionen erfolgreich angestellt wurden, zeigt sich die Phagozytose in hervorragender Weise beteiligt, indem die bei einfacher Bakteriolyse freiwerdenden und chemotaktisch negativ wirkenden Endotoxine durch die antitoxische Quote des Serums neutralisiert werden. Analog den menschlichen Typhuserkrankungen wirken auch bei experimentellen Intoxikationen die Gifte vorwiegend auf den Darm, während die übrigen klinischen Erscheinungen diejenigen einer beliebigen bakteriellen Infektion darstellen. Vorsichtige Versuche, menschlichen Abdominaltyphus mit einem derartigen, wenn auch vorerst nur

schwachen Serum zu behandeln, ergeben mit Sicherheit, daß ein solches keinerlei toxische Reaktionserscheinungen auszulösen vermag, und weisen auf das Vorhandensein einer antitoxischen Serumquote hin.

6. Aronson: **Untersuchungen über Typhus und Typhusserum.**

Um ein antitoxisches Typhusserum herzustellen, sind von verschiedenen Seiten Versuche ohne einwandfreies Ergebnis gemacht worden. Die Gewinnung größerer Toxinmengen hat ihre Schwierigkeiten. Die Typhusbazillen bilden zwar, wie die Diphtherie- und Tetanusbazillen, ein echtes lösliches Gift, aber bei der gewöhnlichen Art der Bouillonkultur ist diese Giftbildung eine mangelhafte und langsame. Nach vielen Bemühungen gelang es Verf., bei einer Anzahl von Typhusstämmen eine Oberflächenkultur auf einer geeigneten Bouillon zu erzielen, bei der, ebenso wie bei den Diphtheriebazillen, eine energische Toxinproduktion stattfindet, so daß schon in wenigen Tagen eine beträchtliche Giftbildung nachweisbar ist. Das durch sterile Filtration aus der Bouillonkultur gewonnene Gift führt außerordentlich schnell (bei Kaninchen manchmal schon nach ein bis zwei Stunden) zum Tode, hat eine fast alkaloidartige Wirkung, im Gegensatz zum Diphtherie- und Tetanustoxin; es passiert jedoch nicht durch tierische Membranen, so daß es jedenfalls eine hochmolekulare Substanz sein muß. Gegen Hitze ist das Typhusgift sehr wenig empfindlich; bei gewöhnlicher Temperatur oder im Eisschrank aufbewahrt, verliert das Filtrat aber schnell an Wirksamkeit. Aus den nach Filtration der Oberflächenkulturen zurückbleibenden Typhusbazillenleibern läßt sich ein Gift darstellen, das physiologisch genau dieselben Eigenschaften zeigt, wie das in den Bouillonfiltraten enthaltene, ein Beweis dafür, daß das letztere als ein Sekretionsprodukt der Bakterien anzusehen ist, daß es nicht durch ein Zugrundegehen der Bazillen entstanden sein kann. In dem Bouillonfiltrat läßt sich dann weiter ein Körper nachweisen, welcher die typischen Eigenschaften des Bailschen Aggressin hat. Die Immunisierung größerer Tiere gegen das Typhusgift gestaltete sich zu einer sehr schwierigen Aufgabe, gelang aber schließlich soweit, daß z. B. einem Pferde nach mehrmonatlicher Behandlung schließlich das Hundertfache der akut tödlichen Dosis injiziert werden konnte. Die rein antitoxische Kraft eines nach vielmonatlicher Behandlung von Pferden und Ziegen gewonnenen Serums erwies sich als eine recht geringe. Eine viel deutlichere und eklatantere Wirkung zeigte das so gewonnene Typhusserum gegenüber dem Aggressin; schon Bruchteile eines Kubikzentimeters reichten aus, um die zehnfache wirksame Aggressinmenge zu neutralisieren. Ein in gewöhnlicher Weise hergestelltes, rein bakterizides Typhusserum ist nicht imstande, eine solche Wirksamkeit gegenüber dem Aggressin zu entfalten. Es dürfte sich also hier um eine ganz neue Gattung von spezifischen Seren handeln, die Körper vom Charakter der Antiaggressine enthalten.

7. Kausch, Schöneberg: **Der Magenkrebs und die Chirurgie.** (Schluß aus Nr. 17.)

Die chirurgische Behandlung des Magenkrebses hat nicht einmal unter den Spezialärzten allgemeine Anerkennung gefunden, und bezüglich der operativen Radikalheilung des Magenkarzinoms herrscht im allgemeinen ein trüber Pessimismus. An der Hand größerer Statistiken, besonders aus der Miculiczschen Klinik, sucht Verf. nachzuweisen, daß dieser nicht berechtigt ist. Die Mortalität bei der Magenresektion ist allmählich gesunken, zur Zeit ist sie auf durchschnittlich 27% zu berechnen; ein weiteres Sinken ist von einer Verbesserung der Technik, Vervollkommnung der Asepsis nicht zu erwarten, wohl aber, wenn die Magenkrebskranken früher zur Operation kommen. Eine Nachforschung nach den Dauerheilungen ergab das immerhin überraschende Resultat, daß 30% der Kranken, die die Operation überstanden hatten, bis zu drei Jahren rezidivfrei geblieben waren; in mehreren der rezidivfreien Fälle lag die Operation fünf, sechs, elf und zwölf Jahre zurück; die Radikaloperation des Krebses an andern Körperstellen weist auch nicht viel bessere Resultate auf. Leicht ließen sich die Dauerresultate verbessern, wenn man die Auswahl der Fälle, die der Resektion unterzogen werden sollen, entsprechend träfe. Das wäre aber als ein Rückschritt zu betrachten, da gerade unter den längsten Dauerheilungen verschiedene Fälle zu verzeichnen sind, wo der **Resektionsschnitt hart an der makroskopischen** Tumorgrenze verlief. Der Hoffnung, daß die Dauerresultate sich bessern werden, wenn allmählich die Patienten früher zur Operation kommen, stellt sich Boas mit einer Statistik seiner Fälle entgegen, aus der er den Schluß zieht, daß eine wirkliche Frühdiagnose des Magenkrebses nicht möglich ist, weil ein beträchtlicher Teil der Fälle von Magenkrebs symptomlos bis zur Inoperabilität heranwächst, daß die Fälle, die später — über sechs Monate nach dem Auftreten der ersten Symptome — zur Entscheidung der Frage der Operabilität kommen, günstigere Verhältnisse für die Radikaloperabilität ergeben als die früheren. Verf. verweist demgegenüber auf die Erfahrungen der Chirurgen, die über ein größeres Material verfügen, die alle wesentlich höhere Prozentsätze bezüglich der Operabilität bei den in ihre Behandlung Gekommenen aufweisen. Weiter weist er nach, daß die Mehrzahl der Kranken den Arzt erst sehr spät aufsucht, daß viele lange nutzlos vom Arzt behandelt werden, und daß häufig auf diese Weise die günstigste Zeit für die Radikaloperation verloren geht. Die Zahl der diagnostisch unsicheren Fälle schätzt er entgegen Boas auf weit mehr als 10% und befürwortet für solche energisch die Probelaparotomie, deren ausgiebigere Verwendung am besten die Frühdiagnose und Frühoperation des Magenkrebses ermöglichen wird.

Bücherbesprechung.

Der Arzt in Vergangenheit und Gegenwart. Sozialmedicinische Betrachtungen von Kreisarzt Dr. Josef Wengler. Herm. Walther, Berlin. 1906. Preis 60 Pfg.

Das Lesen dieses Heftes erweckte in mir lebhafte Erinnerungen an meine Kindheit und besonders an einen alten Medicinalrat C., der als Kollege meines Vaters öfters in unser Haus kam. Von diesem Manne ging für uns Kinder ein eigentümlicher Zauber aus. Von dem ungeheuren Respekt, den wir vor dem bartlosen, mit graublauer Brille bewaffneten, ganz leise sprechenden und ungemein vornehm auftretenden alten Herrn hatten, will ich gar nicht reden; aber den eigentümlichen Arzt-Nimbus, wenn ich mich so ausdrücken darf, der ihn wie eine schier undurchdringliche Wolke umgab, habe ich später nie wieder in solcher Weise gefunden. Es war etwas Unnahbares an dem Mann, der die Vornehmsten und Niedrigsten behandelte, etwas unaussprechbar Aerztlich-Nobles. Solche Gestalten gibt es heute nur noch unter den alten Aerzten, und Wengler klagt mit Recht, daß dieser Typ verschwunden ist. Wir leben, wie mein Vater sich, wie ich glaube, sehr treffend ausdrückt, in einer Zeit des Piratentums, in der die Gier nach Erwerb Rücksichten kollegialer Natur vielfach hintenansetzt. Voll und ganz stimme ich den Worten Wenglers zu:

„Der Typus des Arztes, wie ihn uns unsere Jugenderinnerungen vorführen, ist verschwunden. Ein solcher Arzt würde sich auch gegenwärtig nicht halten können. Er würde bald wegen seiner uneigennützigen Handlungsweise bei den übrigen Aerzten, die genau acht geben, daß ja nicht einer weniger nimmt als der andere, geächtet sein."

Der Verf. unterzieht sodann das entwürdigende Institut der „Kontrollkommission" und die haarsträubende Einrichtung des „Verpflichtungsscheins" einer scharfen, nicht unberechtigten Kritik. Daß der allein selig machende Leipziger Verband — dessen Gutes nicht abgeleugnet werden soll — dabei etwas unsanft angefaßt wird, kann nichts schaden. Besonders treffend ist das Bild des „streikenden Arztes", des unglückseligen Kindes dieses Verbandes, geschildert, ingleichen die sogen. „freie Arztwahl", die in ihrer augenblicklichen Form deutliche Schäden aufweist und speziell einem endlosen Rezept-Verschreiben Tür und Tor öffnet.

Der Mut des Kollegen, der vor keiner Standesvertretung zurückschreckt, verdient die größte Hochachtung. L. H.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung Halle a. S
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen.



R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 5. August 1907. Nr. 31.

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Ueber Brucheinklemmung des Wurmfortsatzes.

Von

Dr. Heinrich Mohr, Spezialarzt für Chirurgie in Bielefeld.

Blinddarm und Wurmfortsatz oder letzterer allein finden sich in nicht allzu seltenen Fällen als Inhalt einer Hernie, die pathognomonische Bedeutung dieses Befundes ist jedoch eine sehr verschiedene. Auffallend häufig ist bei Kindern mit Leistenbrüchen als Bruchinhalt Blinddarm und Wurmfortsatz festgestellt worden; nach Piersol betrafen 23 % der Hernien mit Appendix vermiformis junge Kinder. Staatsmann stellte unter 602 Brüchen der Heidelberger Klinik 28 mal den Wurmfortsatz allein oder neben anderen Eingeweideteilen im Bruchsack fest. Die große Mehrzahl der Fälle sind Schenkelbrüche bei älteren Frauen, während der Wurm bei Kindern vorwiegend in Leistenbrüchen zu finden ist.

Der Wurmfortsatz wird in einer ersten Gruppe von Fällen in einer freien oder eingeklemmten Hernie neben Coecum oder Dünndarm und Netz als zufälliger Nebenbefund angetroffen, häufig ganz normal, und zwar sowohl in Schenkel- wie Leistenbrüchen, hier und da auch in Nabelhernien. v. Verchóly sah einen derartigen Zustand unter 1000 Bruchoperationen achtmal. Nicht selten zeigt der Fortsatz in solchen Fällen chronisch-entzündliche Veränderungen, Verwachsungen mit dem Bruchsack treten ein, oder es kommt zu Kotanhäufungen und Stauungen, wenn der Blinddarm ganz oder teilweise mit im Bruchsack liegt. Derartige Zustände sieht man am häufigsten bei Operation angeborener Brüche im Kindesalter.

In einer weiteren Reihe von Fällen führt nun die Anwesenheit des Wurmfortsatzes im Bruch zu einer chronischen oder akuten event. in wiederholten Anfällen auftretenden Entzündung im Bruchsack, einer Hernien-Appendizitis. Hierdurch werden in einem bisher freien Bruch fast stets die Erscheinungen einer Inkarzeration hervorgerufen, jedoch fehlen die schweren sonstigen Erscheinungen, Erbrechen und Stuhlverhaltung in vielen Fällen. Kommt es zu Eiterung und Perforation des Fortsatzes, so ist die Gefahr einer Peritonitis naheliegend, während bei extraperitonealer Lage des Wurms meist eine periherniöse Phlegmone entsteht, die häufig ohne Peritonitis verläuft, und oft eine Skrotalfistel hinterläßt. Bei mehr chronischer Erkrankung kann durch entzündliche Bindegewebswucherung eine Verödung des Bruchsackes und geschwulstähnliche Verdickung des Samenstranges entstehen. Die Hernien-Appendizitis ist als häufigste Komplikation des Wurmfortsatzes als Bruchinhalt anzusehen.

Drittens kann es primär oder sekundär zu einer eigentlichen Einklemmung, sei es des Fortsatzes allein, sei es gleichzeitig des Coecums kommen. Primär ist die Einklemmung, wenn der normale Fortsatz akut durch irgendwelche Einflüsse in die bereits bestehende Hernie gerät, und hier eine elastische Einschnürung erfährt, sekundär, wenn durch entzündliche Schwellung, Verwachsung oder Abknickung eines bereits längere Zeit im Bruchsack gelegenen Appendix eine akute Abschnürung eintritt.

Es liegt auf der Hand, daß diese eigentlichen Einklemmungen des Fortsatzes in den meisten Fällen nur schwer von der eben erwähnten Hernien-Appendizitis zu unterscheiden sind; beide Erkrankungen gehen unter Umständen mit starken, örtlichen Schmerzen und ileusartigen Allgemeinerscheinungen einher, beide enden, falls nicht frühzeitig eingegriffen wird, mit Gangrän des Fortsatzes, Abszedierung und event. allgemeiner Peritonitis. Zumal bei bereits länger bestehenden Inkarzerationen ist die Unterscheidung meist unmöglich, selbst bei der Operation bleibt die Sachlage oft unklar. Jedoch ist vom praktischen Standpunkte aus die Differentialdiagnose von geringerer Bedeutung, da frühzeitige Operation in beiden Fällen unbedingt notwendig ist.

Fälle von echter Einklemmung eines normalen Prozessus sind im ganzen selten. Honsell stellte 1903 nur 21 sichere Fälle zusammen. Als Paradigma einer primären, isolierten Einklemmung des Wurmfortsatzes sei daher folgende eigene Beobachtung mitgeteilt:

Die 60jährige Frau bemerkte zuerst vor neun Jahren eine haselnußgroße Anschwellung in der rechten Leistengegend, welche zeitweilig von selbst wieder verschwand, und keine Beschwerden machte, auch sich nicht vergrößerte. Fünf Tage vor der Operation spürte sie plötzlich während eines Ausgangs ohne ersichtliche Veranlassung heftige Schmerzen im Unterleibe oberhalb der Leistengegend ohne bestimmte Lokalisation. Die Schmerzen ließen tags darauf etwas nach, jedoch bemerkte Pat., daß die Anschwellung in der Leistengegend größer geworden, daß sie etwas druckempfindlich und irreponibel war. Die Schmerzen lokalisierten sich nun immer mehr in der Anschwellung, waren besonders heftig, wenn Pat. nach längerem Sitzen aufstand und umherging, während sie, nachdem Pat. eine Zeit lang gegangen war, nachließen. Zwei Tage später wurden die Schmerzen wieder heftiger, die Anschwellung war hühnereigroß und sehr druckempfindlich geworden.

Bei der Aufnahme fand sich über der Gegend des rechten Schenkelringes eine in der Richtung des Leistenbandes verlaufende längliche, sehr druckempfindliche, hühnereigroße, etwas verschiebliche, irreponible Geschwulst mit Schenkelton, welche sich nach der Gegend des Schenkelringes zu fortsetzte. Die Haut über der Geschwulst war verschieblich, nicht verändert. Das Allgemeinbefinden war nur durch die Schmerzen etwas gestört, sonst normal, Puls und Temperatur ohne Besonderheiten, Leib weich und schmerzlos, keine Uebelkeit, Stuhlgang in den letzten Tagen regelmäßig. Diagnose: eingeklemmte Netzhernie. Bei der Operation wird zunächst ein ziemlich

praller, bläulich verfärbter, klein hühnereigroßer, nirgends verwachsener, nach dem Schenkelring zu gestielter Bruchsack ausgelöst. Nach Spaltung der etwas ödematösen und injizierten Sackwandung fließt etwas trübes Serum aus. Aus dem engen, im äußeren Schenkelring eingeklemmten Bruchsackhals ragt ein wurmförmiges Gebilde in den sonst leeren Bruchsack frei hinein, welches als eingeklemmtes, peripheres Ende des Wurmfortsatzes samt einem Teil seines Mesenteriolum angesprochen wird. Es läßt sich ohne stärkere Gewaltanwendung erst dann weiter hervorziehen, nachdem durch stumpfes Einreißen des Lig. Gimbernati der äußere Schenkelring genügend erweitert ist. Verwachsungen mit dem Bruchsackhals an der Einklemmungsstelle bestehen nicht. Der vorgezogene, etwa 6 cm lange Wurmfortsatz zeigt $2^1/_2$ cm proximalwärts von der Spitze eine deutliche, schwarzblau verfärbte, seichte Schnürfurche, eine ähnliche auch am distalen Teil des gut ausgebildeten Mesenteriolums. Der proximal von der Einschnürungsstelle gelegene Teil des Appendix ist völlig normal, ebenso auch das vorgezogene, nirgends verwachsene Coecum; der distal von der Schnürfurche im Bruchsack gelegene Teil ist leicht verdickt, etwas rigider wie der proximale Teil, blaurötlich injiziert, die Serosa matt glänzend, das Mesenteriolum leicht verdickt und injiziert. Der Wurm wird an der Basis in typischer Weise abgetragen. Das aufgeschnittene Präparat zeigt proximal von der Schnürfurche eine völlig normale Schleimhaut; entsprechend der Furche zeigt sich eine tiefe, die Mukosa in ganzer Dicke durchsetzende ringförmige, scharf begrenzte Ulceration. Die Schleimhaut distal vom Schnürring ist etwas ödematös aufgelockert, sonst anscheinend ebenfalls normal. Das Lumen des Fortsatzes ist im übrigen leer. Abtragung des Bruchsackes, Verschlüß des Schenkelringes durch Vernähung des unteren Randes des Leistenbandes mit der Fascia pectinea. Es zeigt sich jetzt, daß während des Erbrechens in der Narkose sich noch eine zweite kugelige, wallnußgroße Bruchgeschwulst über der Gegend des rechten äußeren Leistenringes vorwölbt, welche nach dem erweiterten Leistenring sich fortsetzt, der Palpation nach einen Netzklumpen enthält und leicht reponibel ist. Der lang ausgezogene Bruchsack wird nach Reposition des Inhalts in der gewöhnlichen Weise ausgelöst und abgetragen, der äußere Leistenring durch einige Knopfnähte geschlossen. Glatte Heilung.

Daß in vorliegendem Fall eine verhältnismäßig frische primäre Einklemmung des Wurmfortsatzes in einem schon lange bestehenden Schenkelbruch vorliegt, ergibt sich zunächst aus der Anamnese. Es besteht seit Jahren ein reponibler Bruch, dann treten plötzlich Inkarzerationserscheinungen auf. Bei der Operation findet sich ein großer, zum Teil leerer Bruchsack, im Bruchsack und am Wurmfortsatz fehlt jede Spur von schwerer Entzündung oder Eiterung, dagegen ist ein ausgesprochener Schnürring vorhanden, proximaler Teil des Fortsatzes und Coecum sind völlig normal, am distalen Teil dagegen ist beginnende Stauung vorhanden. Frühere Appendizitis-Anfälle gingen nicht voraus, der Wurm zeigt keine Zeichen früherer Entzündung, keinen abnormen Inhalt. Auch das Alter der Patientin spricht für Einklemmung, gegen Appendizitis. Eine primäre Appendizitis mit sekundärer Einklemmung ist also hier wie in allen Fällen, die sehr frühzeitig zur Operation kommen, auszuschließen. Bemerkenswert ist die im Verhältnis zu der äußeren seichten Schnürfurche auffallend tiefgreifende Läsion der Mukosa am Schnürring. Es wäre also trotz des günstigen Aussehens des Wurms gewagt gewesen, ihn in die Bauchhöhle zu reponieren. Hervorzuheben ist ferner der gleichzeitige äußere Leistenbruch derselben Seite.

Was die Aetiologie und den Entstehungsmechanismus der Brucheinklemmung des Wurmfortsatzes anlangt, so erhebt sich zunächst die Frage, welche Umstände eine Verlagerung des Coecums nach der Gegend des inneren Schenkel- und Leistenrings zu begünstigen, und damit den Eintritt des Wurms in einen Bruchsack erleichtern bezw. erst ermöglichen. Zunächst kommen angeborene Anomalien in Betracht, worauf schon der Umstand hinweist, daß man den Wurm mit einem Teil des Coecums verhältnismäßig oft in angeborenen Leistenbrüchen junger Kinder findet; hier bleiben fötale Peritonealfalten erhalten, welche mit Blinddarm und Wurm verwachsen sind; durch die Wirksamkeit des Gubernakulum Hunteri werden diese Teile allmählich in den Bruchsack verlagert; auch kommen infolge fötaler Peritonitis Verwachsungen des Coecums mit dem Teile des Peritoneums vor, welcher später als Prozessus vaginalis peritonei nach außen tritt. Rückt das Coecum durch irgendwelche Störungen in der Entwicklung zu tief in die Fossa iliaca dextra hinab, so gelangt es unmittelbar vor die rechtsseitigen Bruchpforten. Möglich ist auch, daß das Kolon ascendens ein freies Mesokolon, bezw. Mesocoecum behält, wodurch es mit dem Coecum eine abnorm große Beweglichkeit erhält. Auch eine außergewöhnliche Länge des Wurms oder eine außergewöhnlich starke Entwicklung seines Mesenteriolums vermehrt seine Bewegungsfreiheit. Aehnliche Faktoren sind vermutlich im Spiel bei den garnicht so seltenen linksseitigen Brüchen mit Coecum oder Wurmfortsatz als Inhalt, wie sie am häufigsten als angeborene Leistenbrüche bei Kindern, aber auch als Schenkelhernien älterer Frauen beobachtet werden. Foerster fand unter 46 Fällen 14 Einklemmungen, meistens bei kleinen

Feuilleton.

Die Fortschritte der balneologischen Wissenschaft.

Von San.-Rat **Dr. Scherk**, Bad Homburg.

(Fortsetzung.)

Da nicht aller mit der Inspirationsluft aufgenommene Sauerstoff sich mit Kohlenstoff zu Kohlensäure verbindet, sondern ein Teil desselben zur Bildung von Harnstoff, Wasser etc. verbraucht wird, so ist der respiratorische Quotient sehr veränderlich.

Die Exspirationsluft enthält nahezu hundertmal soviel Kohlensäure als die Inspirationsluft (v. Halliburton: Chem. Physiol. u. Pathol., S. 387). Immerhin wird aus dieser Auseinandersetzung ersichtlich sein, daß der Eisengehalt des Haemoglobins den Kardinalfaktor der katalytischen Umsetzungen der Blutgase bildet und daß bei einem eventuellen Defizit des Eisengehalts im Organismus verschiedenartige pathologische Prozesse sich herausbilden können, welche auf verminderte Intraorganoxydationen zurückzuführen sind. Da die Resorption des Eisens jetzt einwandsfrei feststeht, so wird dasselbe nach dem Prinzip der selektiven Zellenfunktion zunächst von den blutbereitenden Organen mit Beschlag belegt und als Baustein zur Haemoglobinbildung verwertet werden.

Die Annahme, daß durch die Eisenaufnahme nur ein Reiz auf die blutbereitenden Organe ausgeübt werde, ist von der Hand zu weisen; es wird eine richtige Deckung des verbrauchten Eisenmaterials stattfinden, bis die normale somatische Bilanz wieder hergestellt ist. Wie uns die Erfolge bei Gebrauch von Eisenwassertrinkkuren an anämischen und chlorotischen Kranken beweisen, findet eine Anreicherung statt, welche allein durch die vermehrte Zufuhr von Eisenverbindungen zurückzuleiten ist.

Daß außer dem Eisen noch andere Substanzen als Sauerstoffüberträger im lebenden Organismus funktionieren, darauf weist schon die Vorabreichung des Jodothyrin deutlich hin, die vermehrte Fettverbrennung nach Anwendung dieses Präparates ist die Folge des minimalen Jodgehaltes, bei einzelnen Tieren wird die Oxydasewirkung des Eisens durch Kupferverbindungen vertreten.

Es ist nun nicht zu bestreiten, daß nach denselben Normen auch die anderen anorganischen Substanzen, welche der menschliche Organismus zur Bestreitung des Zellenchemismus beansprucht, wenn dieselben in den natürlichen Mineralquellen enthalten sind, resorbiert werden und bei einem eventuellen Manko durch den Gebrauch einer Mineralwassertrinkkur das Defizit decken werden. Andererseits muß zugegeben werden, da es sich stets um minimale Werte handelt, daß bei den verdünnten



Kindern. Ein situs inversus viscerum als Ursache einer linksseitigen Coecalhernie ist anscheinend sehr selten, häufiger eine Störung in der Entwicklung und Anlage des Coecum in der Art, daß dasselbe in der Mittellinie oder links von derselben stehen bleibt. Ferner kommen auch erworbene Anomalien des ursprünglich normalen Coecums und Wurmfortsatzes sowohl für rechts- wie für linksseitige Coecalhernien in Frage. Hier handelt es sich um Zustände von Enteroptose, Erschlaffung der Bauchdecken und der Eingeweidebänder, wodurch der Blinddarm eine Lockerung und abnorme Verschieblichkeit erhält. Der Umstand, daß die meisten Fälle von Einklemmung des Wurms bei Erwachsenen ältere Frauen mit Schenkelhernien betreffen, weist auf eine gewisse Prädisposition des Alters hin, welche dadurch gegeben ist, daß das Kolon ascendens im Alter sich ausdehnt, wodurch der Blinddarm ins kleine Becken verlagert wird. Schließlich können entzündliche Vorgänge, welche den Wurmfortsatz mit beweglichen Darmteilen oder Netz zur Verwachsung bringen, ihn, meist mit dem verwachsenen Darmteil zusammen, selten allein, zum Bruchinhalt werden lassen.

Vorausgesetzt, daß irgend eines dieser prädisponierenden Momente vorliegt, wie kommt nun die Einklemmung des Wurms im Bruchsack zu Stande? Bei der primären Einklemmung, wie sie am häufigsten in Schenkelbrüchen beobachtet wird, handelt es sich um einen bisher reponiblen oder klinisch nicht bemerkbaren Bruch und um einen normalen Wurmfortsatz, welcher zunächst frei in der Bauchhöhle, jedoch in der Nähe einer Bruchpforte liegt. Durch eine starke Tätigkeit der Bauchpresse (Ausgleiten, Heben einer schweren Last, Hustenanfälle, erschwerter Stuhlgang etc.) oder auch ohne ersichtliche Ursache gerät nun der Wurm in den Bruchsack bezw. wird plötzlich durch den Bruchsack hindurchgedrängt. Hierbei stellt sich entweder von vornherein die Spitze des Wurms in das Lumen des Bruchrings ein, oder es gerät zunächst eine Schlinge des gut entwickelten, langen Fortsatzes in den Bruchsack, und die Spitze bleibt in der Bauchhöhle oder rückt erst sekundär nach (Honsell). Die enge Bruchpforte oder der enge Bruchsackhals schließt sich fest um den Prozessus, und eine elastische Einschnürung mit den bekannten Folgeerscheinungen resultiert.

Bei der sekundären Einklemmung liegt der normale oder entzündlich veränderte, eventl. mit dem Bruchsack verwachsene Wurm bereits im Bruchsack, ehe die Einklemmung erfolgt. Nach Honsell ist in solchen Fällen als häufigste Ursache der Inkarzeration eine entzündliche Schwellung des Wurms anzusehen, der ja im Bruchsack überhaupt leichter Schädlichkeiten ausgesetzt ist wie in der Leibeshöhle, und zu Entzündungen besonders neigt. In einzelnen Fällen wird vielleicht auch der proximale, intraabdominelle Teil des Wurms durch eine Lageveränderung der Baucheingeweide plötzlich zusammengedrückt oder am Rande der Bruchpforte abgeknickt; die hierdurch hervorgerufene venöse Stauung und Schwellung kann sekundär zu einer Einklemmung führen.

Was die pathologisch-anatomischen Verhältnisse anlangt, so findet man am Bruchsack, wie bei jeder anderen Inkarzeration, häufig die Zeichen einer Bruchsackentzündung: entzündlich infiltrierte, verdickte Wandungen, blaurote bis blauschwarze Verfärbung, eventl. trüb-seröses oder blutiges Bruchwasser. Rose unterscheidet anatomisch zwei Formen der Einklemmung, den häufigeren Wurmfortsatzendbruch (wie in meinem Falle) und den seltenen Wurmfortsatzschlingenbruch. Beim ersteren tritt meist die größere Hälfte des Fortsatzes samt einem Teil des Mesenteriolums in den Bruchsack ein und ragt nun, je nach Größe und sonstiger Beschaffenheit des Bruchsackes, wie ein Zapfen in den sonst leeren oder mit Bruchwasser gefüllten Sack hinein, oder paßt sich durch Zusammenfaltung, Einrollung oder mehrfache Knickung den örtlichen Verhältnissen an. Beim Wurmfortsatzschlingenbruch liegen Anfang und Ende des Wurms in der Bauchhöhle, der dazwischen liegende Teil ist als Schlinge im Bruchsack eingeklemmt. Ist das Mesenteriolum nicht mit eingeklemmt, so wird die Zirkulation am meisten an dem im Bruchsack gelegenen Teil gestört, während sowohl zentrales wie peripheres Ende normale Gefäßversorgung behalten und keine Verfärbung zeigen (Rose, Guinard). Anders, wenn das Mesenteriolum mit eingeklemmt wird (Rother, Honsell, Pupovac). Es kommt dann zu der retrograden Inkarzeration (Maydl), bei der der eingeklemmte Teil des Organs bauchwärts vom einklemmenden Ring gelegen ist, während peripherwärts von ihm, d. h. im Bruchsacke selbst, ein verhältnismäßig normaler Teil des Eingeweides sich vorfindet. Jedoch kann dieser Abschnitt ebenfalls schwer geschädigt sein, wie im Falle Pupovacs, wo das bauchwärts gerichtete Ende des Fortsatzes nekrotisch war, der zwischen den beiden deutlichen Schnürfurchen im Bruchsacke gelegene Teil fast ebenso schwer verändert erschien, während das zentrale Ende ganz normal war. In frischen, frühzeitig operierten Fällen findet man am sonst normalen Fortsatz nur die Zeichen einer venösen Stase mit blauroter oder braunroter Verfärbung und mehr oder weniger erheblicher Anschwellung des Organs. Die Schnürfurche gleicht sich nach Erweiterung der Bruchpforte entweder sofort wieder aus oder bildet einen nur seichten,

---

Konzentrationsverhältnissen wir vorzugsweise neben der Einwirkung der Salze mit Dissoziationsprodukten zu rechnen haben. Auf diese Verhältnisse habe ich in dieser Zeitschrift schon im Jahre 1902 hingewiesen (vergl. Die Verwertung anorganischer Substanzen bei Gebrauch von Mineralwassertrinkkuren, Nr. 38). Danach haben wir neben der purgierenden Wirkung bestimmter Heilquellen, welche durch die Einwirkung der neutralen Salzmoleküle veranlaßt wird, die verschiedenen Ionen zu berücksichtigen, welche resorbiert werden und in den Blutstrom übertreten.

Wenn ich auf die bekannten Arbeiten von Bucheim, über die Einwirkung der Salze im Intestinaltraktus und den purgierenden Effekt derselben hinweise, wenn ich an die Arbeiten von Ranke, über den Einfluß der Kohlensäure auf die Magennerven, die Vermehrung der Peristaltik und Magensaftresektion, erinnere, dann die Experimente von Quinke, über die diuretische Wirkung der Kohlensäure, indem eine schnellere Resorption des in den Magen eingeführten Wassers erfolgt, hervorhebe, so wird man zugeben müssen, daß diese Forschungen von großem Werte für die balneologische Erkenntnis der Wirkungsweise der Salze und Gase sind, daß jedoch die Bildung der Dissoziationsprodukte in jener Periode unbekannt war, da Physik und Chemie noch nicht in einer Wissenschaft vereinigt waren.

Und doch können wir einzelne Beobachtungen aus früherer Zeit jetzt auf die Ionentheorie zurückführen.

So müssen wir von diesem Standpunkt aus, meiner Ansicht nach, die Entdeckung unserer genialen Altmeister Virchow und Kölliker, daß inaktives Flimmerepithel durch Behandlung mit verdünnter kohlensaurer Natronlösung wieder zu flimmern beginnt, auf die Bildung bestimmter Ionen zurückleiten, da durch dieselben die elektrische Leitfähigkeit erhöht wird.

Um so erfreulicher ist die Anschauungsweise Baumstarks*), welcher neuerdings hervorhebt, daß:

„Weiterhin bestehen zwischen Mineralwässern, die sich sonst in Zusammensetzung und Konzentration sehr ähnlich sein können, doch noch Unterschiede in der elektrischen Leitfähigkeit, d. h. sie enthalten einen verschieden großen Anteil ihrer Salzmoleküle als dissoziierte Ionen. Je größer die Zahl dieser dissoziierten Elemente in einer Salzlösung, desto energischer die osmotischen Vorgänge und es ist mir durchaus unwahrscheinlich, daß hiermit auch der Einfluß auf die Magenschleimhaut ein verschiedener sein kann. Die Homburger Kochsalzquellen stehen bezüglich der elektrischen Leitfähigkeit in erster Reihe der Kochsalzwässer."

Das Resultat der Baumstarkschen Untersuchungen ergibt bei Anwendung der Homburger Kochsalzquellen eine

*) Experimentelle und klinische Untersuchungen über den Einfluß der Homburger Mineralwässer auf die sekretorische Magenfunktion. Von Dr. R. Baumstark. S.-A. aus Archiv für Verdauungskrankheiten, Bd. XII, Heft 3. 1906.

blaurot oder blauschwarz verfärbten Ring, welcher bestehen bleibt und, wie der oben von mir mitgeteilte Befund zeigt, auch in frischen Fällen bereits von einer tiefgreifenden Ulzeration der Schleimhaut begleitet sein kann. Auch das Mesenteriolum ist hyperämisch. An der Schleimhaut finden sich in frischen Fällen kaum Veränderungen, auch zeigt das Lumen keinerlei abnormen Inhalt. Quénu fand in einem solchen frischen Fall von primärer Einklemmung im mikroskopischen Bilde die Schleimhaut im Bereiche der Einklemmung völlig zerstört; entzündliche Veränderungen waren nur in der Nähe des Schnürringes vorhanden, von hier aus nach dem Körper des Wurmfortsatzes zu rasch abnehmend; im großen und ganzen war dieser gesund. Leichte fibrinöse Verwachsungen des Fortsatzes mit dem Bruchsack werden ebenfalls beobachtet. In vorgeschrittenen Fällen steigern sich alle genannten Veränderungen, der Fortsatz wird braunschwarz, schwarz, gangränös, das Mesenteriolum ist mißfarben oder überhaupt nicht mehr kenntlich, der Schnürring tief eingeschnitten; schließlich kann es (jedoch anscheinend nur selten) zur Perforation an der Einklemmungsstelle und zu einer sekundären Appendizitis kommen. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen gehen dann in die einer Hernien-Appendizitis über, man findet stinkendes Bruchwasser oder Eiter im Bruchsack, den Appendix event. gebläht, brandig. Eine Fortleitung der Entzündung auf das Innere des Leibes kommt nur selten vor.

(Schluß folgt.)

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur.

(Medicinische Sektion.)

Sitzung vom 7. Juni 1907.

Vorsitzender: Herr Uhthoff, Schriftführer: Herr Partsch.

An Stelle des Geh.-Rat Garré wird Herr Prof. Czerny zum Sekretär gewählt.

1. Herr Uhthoff: Krankenvorstellung. a) Pemphigus Conjunctivae et Corneae; auch Schleimhaut des Mundes und der Nase ist befallen. Es ist eine seit ½ Jahre bestehende Schrumpfung der Bindehaut; Blasen wurden bald gesprengt. Prognose quoad visum ist schlecht. b) Mädchen vom Blitz getroffen; zwei Stunden bewußtlos gewesen (Mutter blieb tot). Pupille ist unregelmäßig, der äußere Teil der Iris kann sich nicht kontrahieren; Dilatator ist partiell gelähmt. An beiden Schultern sind Brandstellen. Rechts besteht Neuritis optica. (Direkte Läsion durch Blitz.)

2. Herr Müller: „Ueber proteolytische Fermentwirkungen der Leukozyten" (mit Demonstration neuer Verfahren zur raschen Unterscheidung tuberkulöser und andersartiger Eiterungen).

Bringt man Serum-Platten von myelogener Leukämie in den Brutschrank bei 55 bis 60°, so bilden sich kleine Dellen; dies tritt sonst nirgends, auch nicht bei lymphatischer Leukämie ein; es ist Fermentwirkung der Leukozyten. Eiter, auch ohne Bakterien, bildet auf Serum-Platten ebenfalls Dellen; nur tub. Eiter aus kalten Abszessen ist nicht proteolytisch. Dagegen tritt die Wirkung aus Mischinfektionen oder nach Behandlung mit Jodoform-Emulsion ein. Jodoform wirkt chemotaktisch durch Eiweißzerfall. Bei höherer Temperatur sterben Leukozyten ab; ferner kreist im ungeschädigten Blut ein Hemmungskörper, der bei höherer Temperatur zu Grunde geht. Das Antiferment, z. B. bei Aszites, ist ein thermolabiler Körper. Ferment kann nur durch ganz konzentrierte Salz- oder Schwefelsäure zerstört werden. Außer beim Menschen ist auch bei Affen und Hunden proteolyt. Ferment vorhanden. Das zeitliche Einsetzen und die Tiefe der Dellenbildung gestatten auch eine quantitative Abschätzung. Durch Höhe der Temperatur wird der Prozeß sehr beschleunigt.

Zur Unterscheidung von tuberkulösem und anderem Eiter gibt der Vortr. zwei Hilfsmittel an: 1. (für Laboratorien) Einige Tröpfchen Eiter auf Serum-Platten im Brutschrank; bleibt Oberfläche glatt, dann Tuberkulose; bilden sich Dellen, dann akute Kokken-Entzündung oder Tuberkulose mit Jodoformbehandlung, oder Mischinfektion (Fistel). 2. (für prakt. Arzt) Porzellanschälchen werden mit Millonschen Hg-Reagenz gefüllt und eine Spur flüssigen Eiters hineingegeben. Bei Tuberkulose, auch bei Mischinfektion, bildet sich sofort ein Häutchen von fester Konsistenz, und die Flüssigkeit bleibt unverändert; der Kokken-Eiter zerfällt und nach ¼ Stunde tritt Rot- und dann Gelbfärbung auf. Die Methode, die am besten mit dünnem, blutfreiem Eiter gelingt, wird demonstriert.

Diskussion: Die Herren Trappe, Eppendorf, Mittorf und Wiens, die selbst in dieser Richtung gearbeitet haben, erkennen den diagnostischen Wert der Methode an, erheben aber noch mancherlei Bedenken. In seinem Schlußwort betont Herr Müller noch, daß nur negative Befunde verwendbar sind und für Tuberkulose sprechen. Bei positivem Ausfall ist Vorsicht notwendig.

Peritz.

Magensaftvermehrung von 74,1% gegenüber der Wirkung gewöhnlichen Wassers. Entsprechende Verhältnisse finden sich bezüglich der Salzsäurewerte.

In erster Linie sind demnach die Homburger Kochsalzquellen bei Sub- und Anazidität von Nutzen.

Wenn nun demgegenüber von Noorden und Dapper auch bei Hyperazidität des Magensaftes einen günstigen Erfolg bei Gebrauch der Homburger Mineralwässer verzeichnen, so ist Baumstark der Ansicht, daß es sich dann um nervöse Kranke handelt, welche in der Ernährung heruntergekommen sind und die dann durch geeignete diätarische Verordnungen ihre Beschwerden verlieren. Meiner Auffassung nach läßt sich dieser scheinbare Gegensatz dadurch erklären, daß es sich in solchen Fällen um eine übermäßige Gärung resp. Bildung organischer Säuren gehandelt hat, welche selbstverständlich durch die Vermehrung der Salzsäure in ihrer Tätigkeit gehemmt werden.

Es steht nunmehr wohl außer Frage, daß die Vereinigung der Chlor-Ionen mit den Wasserstoff-Ionen bei der Bildung der Salzsäure eine hervorragende Rolle spielt.

(Schluß folgt.)

Literarische Monatsschau.

Gynäkologie.

Im vergangenen Jahre hatte Sippel eine Beobachtung mitgeteilt, nach welcher ein Mann in erster Ehe eine Reihe gesunder Knaben und Mädchen zeugte, in zweiter Ehe dagegen eine Anzahl gesunder Mädchen, während sämtliche vier dieser Ehe entsprossenen Knaben eine Mißbildung aufwiesen. Als Gegenstück hierzu veröffentlichte nun vor einiger Zeit Schirmer eine ähnliche Beobachtung, nach der in einer Ehe umgekehrt sämtliche Knaben wohl ausgebildet und gesund zur Welt kamen, während alle drei Mädchen mit einer Mißbildung behaftet waren. Auf Grund spekulativer Betrachtung dieser beiden Fälle kommt nun Sippel zu folgenden theoretischen Schlußfolgerungen:

1. Die vorhandenen Mißbildungen der Kinder sind ausschließlich auf Ursachen zurückzuführen, welche von der Mutter stammen.

2. Es gibt weibliche und männliche Eier im Eierstock. Mit anderen Worten: das Geschlecht ist bereits im Ei des Eierstockes vorausbestimmt. Es wird allein von der mütterlichen Keimzelle bedingt. Die männliche Keimzelle ist darauf ohne Einfluß.

3. Die Anlage zu den Mißbildungen ist schon in dem im Ovarium befindlichen Ovulum vorhanden und eine sämtlichen Eiern des mißbildeten Geschlechts gemeinsame.

Die Debatte über die Pubiotomie kommt trotz der erschöpfenden Behandlung auf dem Dresdener Gynäkologenkongreß noch immer nicht zur Ruhe. Als Vertreter der Bummschen

Schule tritt Siegwart wiederum warm für die Pubiotomie mit der Nadel als Privathausoperation ein. Er stützt sich auf eine Erfahrung über fünf poliklinische Fälle, die unter z. T. ungünstigsten äußeren Verhältnissen ohne Assistenz ausgeführt wurden und sämtlich günstig für Mutter und Kind verliefen. Nebenverletzungen wurden nicht beobachtet, von Komplikationen ist lediglich in einem Fall ein Abszeß zu erwähnen, die Geh- und Arbeitsfähigkeit war bei allen Frauen nach kurzer Zeit eine vollkommene.

Ueber Geburten nach Vaginifixur hat Haupt an dem Martinschen Material Nachuntersuchungen angestellt, die zu einem außerordentlich günstigen Resultat führten. Die Methode war in allen Fällen die der tiefen Vaginifixur. Unter 35 Geburten bei vaginifixierten Frauen kam es nur in einem einzigen Fall zu einer relativ leichten Geburtsstörung, die einen unbedeutenden artefiziellen Eingriff — Metreuryse — notwendig machte; außerdem wurde einmal Frühgeburt im siebenten Monat mit lebendem Kind beobachtet. H. kommt demgemäß zu dem Ergebnis, daß die gegen die Ausführung der Vaginifixur im konzeptionsfähigen Alter erhobenen Bedenken nicht zu Recht bestehen.

Lange beschreibt einen hochinteressanten Fall von Retroflexio uteri gravidi am normalen Ende der Schwangerschaft. Die Patientin, bei der während der Gravidität niemals Inkarzerationserscheinungen aufgetreten waren, kam in Behandlung, weil die Geburt absolut nicht vorwärts ging und von dem behandelnden Arzt ein Geburtshindernis in Gestalt eines irreponiblen Tumors im kleinen Becken angenommen wurde. Die Untersuchung ergab einen Tumor, der das ganze kleine Becken ausfüllte und die Portio bis zum oberen Symphysenrand empordrängte; der Fundus stand drei Querfinger über dem Nabel. Da eine Reposition auch in tiefer Narkose nicht gelang, mußte die Laparotomie ausgeführt werden. Der Fundus, d. h. die Stelle der Tubeninsertion lag in der Nähe des Promontoriums, die ganze hintere, das kleine Becken ausfüllende Wand war adhärent und die Entwicklung des Fruchthalters hatte im wesentlichen auf Kosten der Vorderwand stattgefunden. Das lebende Kind wurde durch Sectio caesarea entwickelt. Während der Lösung der Uterusadhäsionen trat eine so bedrohliche Blutung auf, daß der Uterus supravaginal amputiert werden mußte. Genesung.

Eine der schwierigsten Fragen für den Geburtshelfer ist es immer noch, ob und wann er bei dem oft bedrohlichen Zustand der Hyperemesis gravidarum berechtigt ist, die künstliche Frühgeburt einzuleiten. Einen nicht unerheblichen Fortschritt auf diesem Gebiet scheinen die schönen Untersuchungen von Hofbauer aus der Winterschen Klinik zu bedeuten, die in folgendem Gedankengang gipfeln. Es ist bekannt, daß der Zustand der Hyperemesis in einer Intoxikation besteht, die zu schweren Degenerationen und Insuffizienz der Leber führt. Es wäre nun von größter Wichtigkeit, einen Maßstab an die Leistungsfähigkeit des Organismus bezw. der Leber legen zu können, um bewußt therapeutisch handeln und die schwersten Intoxikationszustände vermeiden zu können. Eine derartige brauchbare Funktionsprüfung der Leber erblickt H. in der alimentären Zuckerprobe nach Darreichung von Lävulose. Fällt zwei Stunden nach Darreichung von 60 g Lävulose (in Pulverform nüchtern genommen) die Zuckerprobe (nach Trommer, Nylander, Fehling) positiv aus, so ist die Leber in so hohem Grade geschädigt und insuffizient, daß eine Unterbrechung der Gravidität indiziert ist. Bei positivem Ausfall der Probe nach größeren Dosen (100 g) hat der Fall als „schwer" zu gelten und unter dauernder Beobachtung zu bleiben.

Von großem Interesse ist ein äußerst seltener Fall von „Verschwinden einer Schwangerschaft", den Polano aus der Hofmeierschen Klinik mitteilt. Die 28jährige Patientin kam wegen Adnextumoren, die neben einer drei- bis viermonatigen Gravidität bestanden, in Behandlung. Da die eine Geschwulst größer wurde, führte Hofmeier die Laparotomie aus, die einen sicher graviden Uterus und zwei zystische Ovarialtumoren ergab, welche exstirpiert wurden. Als die Patientin am 19. Tage nach glatter Genesung entlassen wurde, war der Uterus weich und entschieden kleiner geworden. Unter ständiger weiterer Beobachtung verkleinerte sich der Uterus, ohne daß Fetzen abgingen oder Blutungen auftraten, immer mehr, bis er endlich ca. 3/4 Jahr nach der Operation zur normalen Größe (7 cm) zurückgekehrt war. Etwa 1/2 Jahr lang nach der Entlassung bestand ein mäßiger, leicht bräunlicher Ausfluß. Zur Möglichkeit einer Erklärung des zunächst sehr schwer zu deutenden seltsamen Falles führte erst die histologische Untersuchung der exstirpierten Ovarialtumoren, in denen sich neben einer übermäßigen Flüssigkeitsansammlung in ihrem follikulären Apparat und einem Oedem des Stromas eine weitgehende luteinzellenähnliche Umwandlung bindegewebiger Elemente in der Theca interna und im Stroma fand. Da diese Veränderungen nach dem bisherigen Stande der Forschung als durchaus charakteristisch für Blasenmole gelten, nimmt P. an, daß es sich in dem vorliegenden Falle um eine Blasenmole gehandelt habe, die nach der Exstirpation der Ovarien durch autolytische Vorgänge zur Resorption gelangt ist.

(Schluß folgt.)

Periodische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift. Nr. 19. 1907.

1. Deutschmann, Hamburg: **Ein neues tierisches Heilserum gegen mikrobische Infektionen beim Menschen.**

2. Ritter, Greifswald: **Die Entstehung der Erfrierungen und ihre Behandlung mit künstlicher Hyperämie.**

Die bei der Erfrierung zu beobachtende venöse Hyperämie hat nicht eine Stauung als Ursache. Die Wirkung der Kälte besteht nicht in Hyperämie, sondern in Anämie, neben der aber durchweg eine Schädigung des Gewebes eintritt. Die Hyperämie ist sekundärer Natur. Das entzündete erfrorene Gewebe sucht sich unter allen Umständen mit Blut zu füllen und hält es auch unter ungünstigen Umständen fest; solange arterielles Blut in genügender Weise Zutritt zum Gliede hat, füllen sich die Hautkapillaren mit arteriellem Blute und entledigen sich des venös gewordenen; tritt dagegen im entzündeten Gewebe eine Anämie ein, so suchen auch hier die Kapillaren sich mit Blut zu füllen und halten es intensiv fest, wobei das Blut bald venösen Charakter annimmt; speziell bei erheblicherem Entzündungsreiz (durchweg bei allen chronischen Entzündungen) wehren sich die Kapillaren nicht gegen venöses Blut. Arterielle und venöse Hyperämie sind danach nichts grundverschiedenes, sondern sie sind Zeichen desselben Vorgangs. Daraus ergibt sich, daß ein prinzipieller Unterschied zwischen Heißluft- und Stauungshyperämie bei der Erfrierung eigentlich nicht besteht.

Für die Stauungshyperämie eignen sich besonders die akuteren Fälle und diejenigen chronischen Erfrierungen, bei denen es sich um nicht zu schwächliche Personen handelt. Am besten staut man sechs bis zwölf Stunden am Tage; der Versuch, die Stauung sogar während der Arbeit tragen zu lassen, hat sich in mehreren Fällen bewährt; die Leute können dann dieselben Arbeiten, bei denen sie sich die Erfrierung zugezogen hatten, im Freien ausführen, ohne daß sie von neuem unter dem Frost leiden. Am besten ist die Hyperämie, die mit starker Hitze einhergeht, und bei der sich bald Oedem einstellt, ganz im Gegensatz zur Tuberkulose. Wo man nur leichtes Oedem erreicht — meist bei älteren Leuten —, ist von der Stauung ein Erfolg nicht zu erwarten. Ein feuchter Verband unterstützt die Wirkung der Stauungshyperämie. Die bestehenden Narben brechen nicht wieder auf, selbst wenn sie sich, wie häufig zu beobachten, stark mit venösem Blut füllen; die Blasen zeigen oft blutigen Inhalt, trocknen aber bald ein. Geschwüre sezernieren anfangs stärker, der schmutzige Grund reinigt sich schnell, die Granulationen werden üppiger, die Ueberhäutung beginnt prompt. Bei gangränösen Partien tritt bald eine Demarkation ein; die Frostbeulen zeigen eine allmähliche, aber deutlich fortschreitende Erweichung und Resorption. Vorhandene Schmerzen schwinden häufig fast momentan; besonders angenehm empfunden wird das prompte Nachlassen des oft unerträglichen Juckreizes. Der von vielen Frostkranken sehr peinvoll empfundene Umschlag der Witterung wird unter Stauungshyperämie ohne jede Beschwerde überwunden. Trotz der ödematösen Schwellung der Gliedmaßen nimmt ihre Beweglichkeit nicht selten zu.

Für die Behandlung mit heißer Luft sind besonders die chronischen Frostfälle geeignet; bei ganz akuten kann heiße Luft sogar schädigen. Wenn die heiße Luft wirksam sein soll, so muß

sie sehr intensiv einwirken. Bei der großen Empfindlichkeit der Frostkranken gegen Hitze bieten sich da manche Schwierigkeiten; bei Anämischen ist besondere Vorsicht geboten; die Hitzeapplikation ermüdet sehr und die intensive Ablenkung des Blutes nach der Haut kann leicht zu Gehirnanämie und Ohnmacht führen. In solchen Fällen soll man mit einer Heizdauer von 10 bis 15 Minuten beginnen und erst allmählich auf eine halbe bis eine Stunde pro Tag kommen. Nach der Heißluftapplikation ist eine kalte Dusche oder Abreibung mit kaltem, nassem Tuch zu empfehlen. Bei der chronischen Erfrierung hat Verf. keinen Mißerfolg mit der Heißluftbehandlung gesehen, ausnahmslos hat sie bei allen vollen Heilerfolg gebracht und die meisten Patienten schon in 14 Tagen wieder arbeitsfähig gemacht. Besonders schnell heilen Geschwüre bei dieser Behandlung; auch die Frostbeulen resorbieren sich schnell, ohne eine Spur zu hinterlassen; die Haut wird schnell zarter, nimmt wieder eine weißliche Farbe an; die Steifigkeit der Glieder läßt schnell nach. In der Resorption und Beschleunigung der Heilung ist die heiße Luft der Stauung nicht selten überlegen, während bei letzterer der Einfluß auf Juckreiz, Schmerz, Wettergefühl wirksamer erscheint. Vor Anwendung hyperämisierender Verfahren bei allgemeinen Erfrierungen ist zu warnen; hier ist Hochlagerung aller Extremitäten event. mit dauernder kalter Berieselung das souveräne Mittel, da hier die Bekämpfung der lokalen Frostschädigungen zurücktreten muß hinter die Maßnahmen zur Rettung des bedrohten Lebens.

3. Crämer: **Ueber den Einfluß des Nikotins, des Kaffees und des Tees auf die Verdauung.**

(Schluß folgt.)

4. Brentano, Berlin: **Zur Operation des Gallensteinleidens.**

Bei einer 59 jährigen Frau, die wiederholt an Gallensteinkoliken gelitten hatte, stellten sich Ileuserscheinungen ein; in der linken Unterbauchgegend war ein Tumor fühlbar, der als Gallenstein angesprochen wurde. Bei der Operation wurde in einer tiefen Ileumschlinge an dieser Stelle ein 32 g schwerer, 4 cm langer, 3 ½ cm dicker Gallenstein gefunden und leicht entfernt; besonders bemerkenswert an ihm war eine kreisrunde, oralwärts gerichtete Fazette, woraus auf das Vorhandensein eines zweiten Steines von gleichem Durchmesser zu schließen war. Nach gutem Verlauf trat am neunten Tage plötzlich ein neuer heftiger Kolikanfall auf; da trotz Besserung des Allgemeinbefindens in keiner Weise Stuhlgang zu erzielen war, wurde nach fünf Tagen zur Relaparotomie geschritten. Dabei fanden sich 1. Zeichen einer beginnenden Peritonitis, 2. ein faustgroßes Konvolut verklebter Darmschlingen, nach deren Lösung mehrere Perforationen in und neben der Nahtstelle der Enterotomiewunde zu tage traten, 3. distalwärts von diesen der zweite Gallenstein, der mit der kreisrunden Fläche analwärts sah. Größere Darmresektionen wurden notwendig. Bald nach der Operation trat der Exitus ein. Die Sektion ergab, daß die Gallenblase zerstört war und eine große Zerfallshöhle an ihrer Stelle mit dem Duodenum in weiter Verbindung stand. Der ungünstige Ausgang ist zweifellos durch den zweiten Stein bedingt, der von der Gallenblase aus in den Dünndarm vorrückte, bis über die Nahtstelle hinaus, hier festgehalten wurde und so zum zweiten Male Ileus hervorrief. Dadurch wurden an die Enteromiewunde Ansprüche gestellt, denen sie nicht gewachsen war.

Um den etwa von der Gallenblase aus dem Operierten noch drohenden Gefahren zu begegnen, ist zu fordern: 1. daß in jedem Falle von Gallensteinileus der zuführende Darmabschnitt auf das Vorhandensein weiterer Steine abgesucht wird; 2. ist der zuführende Darmabschnitt leer, weist aber der entfernte Stein Fazetten auf, welche auf das Vorhandensein weiterer Steine in der Gallenblase hindeuten, so sollte man durch Verlängerung des Schnittes nach oben die Gallenblasengegend freilegen und die Steine entfernen; 3. ob man die an der Durchbruchstelle der Gallenblase vorhandenen Abszesse in Angriff nehmen soll oder nicht, ist von dem Kräftezustand des Patienten abhängig zu machen; 4. mit Rücksicht darauf, daß man gezwungen sein kann, die Gallenblasengegend freizulegen, empfiehlt es sich, in den Fällen, wo der Verdacht auf Gallensteinileus vorliegt, den Leib in Nabelhöhe zu eröffnen.

5. Bruns, Gelsenkirchen: **Einige Bemerkungen über Anguillula (Strongyloïdes) intestinalis.**

Das Beobachtungsmaterial lieferten drei Bergarbeiter, die Verf. mit zu untersuchen Gelegenheit hatte, bei denen die Anguillula bei Untersuchungen auf Anchylostomum gefunden wurden. Die drei Fälle waren isoliert und sind es anscheinend auch geblieben. Der Parasit, die Anguillula intestinalis, lebt im Darm des Menschen, und zwar nicht nur auf der Schleimhaut, sondern auch in derselben; in den Fäzes selbst wurde er nie gefunden. Männliche Tiere sind bisher nie entdeckt, es ist deshalb anzunehmen, daß er hermaphroditischer Natur ist. Der Wurm legt seine Eier in die Gänge der Schleimhaut, die er sich gebohrt hat; hier werden die Embryonen, die sich schon im Mutterleib gebildet haben, sehr rasch frei, kriechen in den Darm zurück und verteilen sich durch schlängelnde Bewegungen rasch in den Fäzes. Eine in frischen Fäzes aufgefundene Anguillulalarve hat große Aehnlichkeit mit einer jungen Anchylostomumlarve. Differentialdiagnostisch wichtig ist: in frischen Fäzes kommen Anchylostomumlarven nie vor, nur Eier in verschiedenen Entwicklungsstufen; andererseits gehört das Vorkommen der Anguillulaeier in den Fäzes zu den größten Seltenheiten; man beobachtet sie nur dann, wenn eine erhöhte Peristaltik vorhanden ist, wenn die Fäzes so rasch nach außen befördert werden, daß den Embryonen keine Zeit geblieben ist, aus dem Ei auszukriechen. Die Anguillulalarven wachsen schon innerhalb weniger Stunden bedeutend in die Länge und können dann eine doppelte Entwicklung durchmachen. Entweder sie gehen durch direkte Metamorphose in die sogen. „filariaförmige" Larve über, die bedeutend größer als die junge Larve ist, oder es findet eine indirekte Metamorphose statt, dadurch charakterisiert, daß zwischen die Jugendformen und die filariaförmigen Larven noch eine geschlechtlich getrennte Zwischenform sich einschiebt; die jungen Larven wachsen unter besonderer Vergrößerung des Geschlechtsorgans in wenigen Tagen zu voll ausgebildeten Männchen oder Weibchen; diese früher als Anguillula stercoralis bezeichnete und als besondere Tierart betrachteten Formen sind nur besondere Entwicklungsphasen ein und desselben Tieres. Bei der tropischen Form der Anguillulakrankheit findet man viel häufiger Parasiten, deren Larven die indirekte Entwicklung durchmachen, während bei der europäischen die direkte Metamorphose weit überwiegt. Bei den drei untersuchten Fällen waren die Würmer jedenfalls nicht direkte Abkömmlinge eines tropischen Parasiten, sondern wohl eines bereits akklimatisierten. Die Entwicklung der Larven geht am besten bei etwas erhöhter Temperatur (22 bis 35°) vor sich; gegen Erfrieren sind die Larven ziemlich widerstandsfähig, höhere Temperaturen vertragen sie schlecht. Besonders geschädigt werden die Larven durch Trockenheit. Unbedingt brauchen die Anguillulalarven zu ihrer Entwicklung, wenigstens nachdem sie den menschlichen Darm verlassen haben, den Sauerstoff; gegenüber chemischen Zusätzen zeigen sie sich, selbst im reifen Zustand, wenig widerstandsfähig; es kommt das daher, daß die Anguillulaabkömmlinge der schützenden Chitinhülle entbehren, die die Anchylostomumlarven vor vielen Schädlichkeiten schützt. Erstere zeigen allgemein eine viel größere Hinfälligkeit. Fäzes, die in Abortgruben aufgefangen sind, können für die Verbreitung der Anguillula nicht in Betracht kommen, da hier infolge der sich rasch entwickelnden Fäulnisprozesse der Sauerstoff schnell verzehrt wird, die Larven abgetötet werden. Eine Verbreitung ist dort möglich, wo bei etwas höherer Temperatur Kot vor Eintrocknung geschützt ist, oder sogar noch Wasser zufließt. Versuche, welche die Uebertragung der Anguillula auf Tiere bezweckten, sind bisher negativ verlaufen. Beim Menschen kann die Infektion sowohl durch den Mund als auch durch die unverletzte Haut zustande kommen, wie bei der Anchylostomiasis. Bei der großen biologischen Aehnlichkeit mit dem Anchylostomum wird man der Anguillula nicht von vornherein jede Bedeutung absprechen können, wenn auch die bisher in Deutschland beobachteten Erkrankungsfälle alle sporadisch geblieben sind.

6. Roith, Heidelberg: **Beeinflußt die Injektion von Stovain in den Lumbalsack die motorischen Funktionen der Eingeweide?**

Bei Annahme der Lehre, daß es lokale, außerhalb des Rückenmarks gelegene selbständige Innervationszentren der Beckenorgane gibt, ist theoretisch durch Stovainisierung des Rückenmarks nur



eine Lähmung der willkürlichen Muskeln, die die Entleerung der Bauchorgane unterstützen, Bauchpresse, Beckenboden, des willkürlichen Verschlußapparates der Blase und des Darmes zu erwarten, dagegen keine Beeinflussung der glatten Muskulatur des Darms, der Blase, der Genitalien. Die praktische Erfahrung — häufiger Abgang von Kot bald nach der Injektion, keine Lähmung der Uterusmuskulatur — bestätigt diese Annahme.

7. Wallsch, Prag: **Ein Fall von Atoxylvergiftung.**

Bei einer vorsichtigen Atoxylbehandlung einer syphilitischen Infektion, beginnend mit 0,04 Atoxyl und langsamer Steigerung, sah Verf. nach 24 Injektionen, gleich 2,64 Atoxyl, Erscheinungen von Kopfschmerz, Abgeschlagenheit, Gliederschmerz, Augen-, Halskatarrh, Fieber auftreten, wozu sich nach einigen Tagen Blasenbeschwerden mit starkem Harndrang gesellten; er sieht diese Symptome als eine Atoxylintoxikation an, einer Kombination von Arsen- und Anilinvergiftung, wobei für letztere namentlich die Harnbeschwerden sprechen. Bemerkenswert war der Rückgang der Drüsenschwellungen und das Ausbleiben der Anschwellung der übrigen Körperlymphdrüsen unter der Atoxylwirkung; ein günstiger Einfluß auf den Verlauf der Syphilis ließ sich sonst nicht konstatieren; im Gegenteil erinnerten die Symptome der ersten Eruption der Allgemeinsyphilis an der Haut an die ungünstig verlaufenden Syphilisfälle, die präventiv mit Quecksilber behandelt wurden.

8. Arndt, Berlin: **Elektromassagehandschuh.**

9. Liepmann: **Die Benutzung von „Rahmentaschen“ zum Mitführen geburtshilflicher, gynäkologischer und chirurgischer Instrumente.**

Die Unbequemlichkeit der Bestecke umgeht man nach Bumm, wenn man in einer gewöhnlichen Reisetasche die notwendigen Instrumente in leicht auswaschbaren Leinenbeuteln mit sich führt. Diese bieten aber auch noch einige Unzuträglichkeiten, und Verf. schlägt vor, sie durch Rahmentaschen zu ersetzen, die aus einem rechteckigen metallenen Rahmen bestehen, der mit einem Segeltuch überspannt ist, welches vier Klappen hat, die nach oben über die auf dem Rahmen ausgebreiteten Instrumente zusammengeschlagen werden. Auf der Tasche bringt man eine entsprechende Aufschrift an („Abort“, „Naht“, „Zange“ etc.) und kann die Taschen, alle oder einzeln, stets bereit mitnehmen. Die Taschen lassen sich wie die Beutel leicht reinigen und auskochen; sehr bequem ist bei der Benutzung, daß die Instrumente plan auf dem Rahmen liegen und leicht zugereicht werden können.

10. Marcus, Wien: **Modifikationen an einem zweiblättrigen Vaginalspekulum.**

Die untere Branche des Spekulums, an die ein Abflußtrichter angelötet ist, läßt sich durch Heranziehen eines schuhlöffelförmigen Einsatzes im Sinne eines Martinschen Spekulums verkürzen. Die obere Branche ist nicht nur radiär und parallel gegen die untere verschieblich, sondern auch an einer am unteren Anteil befindlichen Zahnstange nach vorn dirigierbar, so daß dem eventuellen Vorziehen des Uterus kein Hindernis entgegensteht. Ein an der Unterseite angebrachtes Häkchen gestattet die Befestigung von mit Ringelchen versehenen Kugelzangen etc. Auf diese Weise ist es ermöglicht, ohne Assistenz sich jede Bequemlichkeit beim Arbeiten an der Portio oder Uterusinnenfläche zu schaffen.

11. Becker, Frankfurt a. M.: **Eine Bandage zur Fixierung von Verbandstoffen am Penis.**

Die Bandage ist aus Segeltuch gefertigt, mit einer Schnürvorrichtung und einer besonderen Klappe für die Glans versehen. Damit ist genaues Anpassen an den wechselnden Umfang des Gliedes, Harnröhrenbehandlung ohne Entfernung des Verbandes und Schutz der Leibwäsche möglich.

Nr. 20. 1907.

1. Jaksch, Prag: **Ueber Mangantoxikosen und Manganophobie.**

Verf. hat vier Manganarbeiter beobachtet mit Symptomen einer Manganintoxikation. Im akuteren Stadium bestanden Zwangslachen, Zwangsweinen, monotone, skandierende Sprache, das Symptom der Retropulsion, psychische Alteration, keine Sensibilitätsstörungen, Steigerung der Patellarreflexe, kein Babinsky, kein Nystagmus, keine Gesichtsfeldbeschränkung; bei einem fand sich alimentäre Glykosurie. Einer, der längere Zeit in Beobachtung blieb, zeigte im Laufe der Jahre völliges Schwinden der psychischen Symptome, die Reflexe blieben gesteigert, die elektrische Erregbarkeit blieb normal; es entwickelte sich ein eigentümlich spastisch-paretischer Gang, der auch bei dem vierten der beobachteten Fälle vorhanden war; hier trat bei geschlossenen Augen eine Gangart auf, die stark an den Gang der Betrunkenen erinnert, nur mit dem Unterschiede, daß die Bewegungen langsam verlaufen. Mangansalze konnten nie in dem Urin der Kranken nachgewiesen werden. Die Entstehung der Intoxikationen ist wohl so zu deuten, daß durch die Lungen Manganoxydulsalze aufgenommen werden, von da aus vielleicht Manganalbuminatverbindungen zum Nervensystem gelangen und dort, analog den Quecksilber- und Bleivergiftungen, die Krankheitsbilder erzeugen. Nach Ausschluß des Manganoxyduls kamen in der betreffenden Fabrik keine neuen Erkrankungen mehr vor. Erst in jüngster Zeit wurde Verf. wieder ein Arbeiter zugeführt, der seit längerer Zeit über Mattigkeit, Schwindelgefühle, Parästhesien, Zittern in den Händen geklagt hatte, und bei dem sich dann ein eigentümlich ataktischer, taumelnder Gang entwickelt hatte; die genaue Untersuchung des Nervensystems ergab, abgesehen von der Störung des Ganges, nichts abnormes; dagegen war eine konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes nachweisbar. Bei Anwendung eines Gehstuhles und von Hochfrequenzströmen besserte sich der Zustand innerhalb weniger Wochen. Diese auffällig rapide Besserung in Verbindung mit dem Symptom der Gesichtsfeldeinschränkung, dem Charakteristikum funktioneller Neurosen, und der Tatsache, daß dieser Patient die früher in der Fabrik vorgekommenen Fälle von Manganintoxikation genau gekannt hat, legt den Gedanken nahe, daß es sich hier um eine Manganophobie handelt, daß der Patient, als er irgend welche Symptome verspürte, durch Autosuggestion die weiteren Symptome akquirierte.

2. Treupel, Frankfurt a. M.: **Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Perkussion des Herzens.**

(Schluß folgt.)

3. Graßmann, München: **Ueber den Einfluß des Nikotins auf die Zirkulationsorgane.**

Nach Ergebnissen des Tierexperiments ist als sicher anzunehmen, daß das Nikotin den Blutdruck erhöht, und zwar in beträchtlicher Weise, wenigstens, wenn es injiziert wird. Diese Wirkung bildet für den supponierten ätiologischen Zusammenhang zwischen frühzeitiger und hochgradiger Arteriosklerose und Nikotinismus das Bindeglied. Der Zeitpunkt des Eintritts von klinisch nachweisbaren Störungen an Nikotinherzen hängt nicht gesetzmäßig von der Dauer der Giftaufnahme ab. Ein eigentliches Immunwerden gibt es nicht; denn auch anscheinend ganz immun gewordene Raucher können plötzlich Herzsymptome des Nikotinismus zeigen. Objektiv weist das Nikotinherz häufiger vermehrte als verminderte Schlagzahl auf. Zu Extrasystolen kann es kommen, die bei Aussetzen des Tabaks schwinden. Anfälle von Herzklopfen sind besonders bei jugendlichen Rauchern und Raucherinnen sehr häufig. Der Nikotinismus kann zu einem Herzbild führen, das mit einem anginösen, stenokardischen Anfall große Aehnlichkeit hat, die Tabakangina; da solche Anfälle nicht selten ältere Herren betreffen, bei denen auch die Koronarsklerose zu Grunde liegen kann, so ist die Entscheidung: ob Nikotinismus oder Sklerose, oder beides oft unmöglich. Die praktisch wichtige Frage, wieweit das Nikotin die Arteriosklerose begünstigt, ist noch nicht endgültig entschieden. Daß der extreme Tabakgenuß, besonders der in der Jugend begonnene, für die Entwicklung arteriosklerotischer Prozesse von entschiedenem Einfluß ist, ist aber wohl nicht zu bestreiten. Es scheint, daß gewisse Familien für Nikotinschäden empfänglicher sind als andere, daß das Gefäßsystem der Mitglieder solcher Familien analog seiner geringeren Resistenz gegenüber anderen schädlichen Faktoren auch der Nikotinwirkung höher exponiert ist. Als Herz- und Gefäßgift sollte Nikotin neben Alkohol, Kaffee, Tee nicht zu gering eingeschätzt werden; dem Mißbrauch der Zigarre und Zigarette sollte von seiten der Aerzte schärfer entgegengetreten werden; für Herz- und Gefäßkranke

kann nur ein höchst bescheidener Nikotingenuß gewährt werden, da diese seiner giftigen Wirkung in höherem Grade unterworfen sind; für Gesunde dürfte als praktisches Ziel zu erstreben sein, daß nicht jeder Tag ein Rauchtag ist.

4. Eichelberg, Hamburg: **Zur Behandlung des Delirium tremens.**

Die Behandlung wird mit sofortiger Entziehung des Alkohols eingeleitet, sonst aber von einer spezifischen Therapie abgesehen. Das Hauptaugenmerk ist auf die Erhaltung und Stärkung des Herzens gerichtet; sobald der Puls schlechter wird, wird von den verschiedenartigen Exzitantien, Digitalis, Strophantus, Kampfer, Kaffee reichlich Gebrauch gemacht. Am dritten Tage, wenn das Delirium im Abklingen begriffen ist, wird abends Chloroformamid (2 bis 4 g) gegeben. Bei großem Durst erhalten die Patienten reichlich Flüssigkeit; als Getränk wird gegeben: Extr. oxycocci 50,0, Syrup. simpl. 200,0, Aq. 5000,0, das wohlschmeckend ist und wegen der braunen Farbe von den Deliranten für ein alkoholisches gehalten wird. Die Patienten werden nach Möglichkeit im Bett im gemeinsamen Wachsaal gehalten; nur vereinzelt werden sie für kürzere Zeit in der Einzelzelle abgesondert. Bei den mit Delirium verbundenen Pneumonien wird sofort Digitalis und auch Alkohol gegeben. Das so behandelte Material umfaßt in einem Zeitraum von 11 Jahren 1574 Fälle (Eppendorfer Krankenhaus). Von der Gesamtsumme sind gestorben 1% unkomplizierte, 1,4% komplizierte Fälle, von den Pneumonien 33%, diese eingerechnet, ergibt sich eine Gesamtmortalität von 5,5%. Im Vergleich zu andern Statistiken sind diese Zahlen sehr günstig. Uebertroffen werden sie aber weit von der Statistik Gansers (d. W. Nr. 3, 1907), der nur 0,9% Mortalität hat; dessen Vorschlag, in jedem Falle von Delirium sofort Digitalis zu geben, soll aufgenommen werden.

5. Shibayama, Tokio: **Ueber Pathogenität des Mäusetyphusbazillus für den Menschen.**

In Japan verwendet man seit Jahren zur Mäusevertilgung in ziemlich ausgedehntem Maße Mäusetyphuskulturen. Infolge mangelnder Vorsicht traten hierbei mehrere vereinzelte und auch Massenerkrankungen durch Mäusetyphusinfektion in verschiedenen Bezirken auf. Verf. berichtet eingehend über diese Beobachtungen und die Momente, die den engen Zusammenhang zwischen Mäusetyphusbazillus und der unter dem Bilde des Brechdurchfalls verlaufenden Erkrankung, die in einzelnen Fällen einen tödlichen Ausgang nahm, dartun. Entsprechend der epidemiologischen Erfahrung, daß von Leuten, welche Infektionskeime in sich aufnehmen, nicht alle erkranken, sondern nur ein Bruchteil davon der Erkrankung unterliegt, da für Eindringen und Vermehrung im lebenden Gewebe für einen Infektionserreger günstige Umstände und Bedingungen nötig sind, ist es nicht verwunderlich, daß der Mäusetyphusbazillus für Menschen einmal vollkommen unschädlich und ein andermal ganz leichte oder sehr schwere Erkrankungen hervorruft. Nach mehreren bakteriologischen Untersuchungen sind Mäusetyphusbazillen und Enteritisbazillen vollkommen identisch; wenn es richtig ist, daß der Enteritisbazillus ein Erreger akuter Gastroenteritis ist, so scheint danach auch der Schluß berechtigt, daß der Mäusetyphusbazillus sehr häufig für Menschen pathogen ist und bei ihm eine akute Gastroenteritis verursacht.

6. Uffenheimer, München: **Wie schützt sich der tierische Organismus gegen das Eindringen von Keimen vom Magendarmkanal aus?**

Im Gegensatz zum neugeborenen Kaninchen können beim neugeborenen Meerschweinchen im allgemeinen weder Bakterien noch genuine Eiweißstoffe die Magendarmschleimhaut passieren, mit Ausnahme der Tuberkelbazillen und der Antitoxine. Untersuchungen über die Bakterizidie des Blutserums bei den Neugeborenen dieser beiden Tierarten ergaben eine sehr wesentliche Differenz; die Alexine, auf die die bakterienvernichtende Kraft des Serums zurückzuführen ist, sind bei beiden in verschieden großer Menge vorhanden. Die vitale Zelltätigkeit der Magendarmepithelien und die von den Magen- und Darmdrüsen gelieferten Sekrete spielen bei der Abtötung in den Intestinaltrakt eingebrachter Keime eine große Rolle, aber diese ist keine unbedingt entscheidende. Es scheint vielmehr wahrscheinlich, daß in allen Fällen, auch da, wo die Sekrete auf einen großen Teil der Mikroben abtötend eingewirkt haben, für eine gewisse Menge der Keime die Möglichkeit besteht, durch die Darmwandungen hindurch ins Blut zu gelangen; ist hinreichend Alexin im Blute, so tötet dieses rasch die eingedrungenen Keime, und es wird unmöglich, dieselben kulturell nachzuweisen; kreist aber Alexin nicht in hinreichender Weise im Blute, so kann nicht die Abtötung aller eingedrungenen Keime gelingen, und man vermag zu geeigneter Zeit die Bakterien aus dem Blute zu züchten. Um diese Theorie zu stützen, hat Verf. Versuche, deren schwierige Technik genauer dargelegt wird, an erwachsenen Kaninchen angestellt, dahingehend, bei diesen Tieren das im Blut kreisende Alexin abzusättigen; in einer größeren Reihe dieser Versuche erzielte er dann stets das positive Resultat, daß nach Absättigung des Alexins bei diesen Tieren regelmäßig Prodigiosuskeime ins Blut und die Organe eindrangen. Nach diesen Experimenten erscheint es wahrscheinlich, daß der Gehalt an Alexin im Serum eines Individuums in letzter Instanz darüber entscheidet, ob Bakterien durch die Wandungen seines Magendarmtraktus in die Blutbahn übergehen und sich im Blute halten können oder nicht, womit dann auch eine neue Stütze für die Anschauung gewonnen ist, daß die Bakterizidie des Blutes eine wesentliche Rolle spielt im Kampfe gegen die Infektionserreger, die auf irgend eine Weise in den Körper einzudringen vermochten.

7. Schoenborn, Heidelberg: **Ueber Polyneuritis cerebralis acuta mit Beteiligung der Nn. acustici (Polyn. cerebr. menieriformis Frankl-Hochwart).**

Verf. gibt die Krankengeschichte eines Mannes, bei dem sich akute, aber nicht apoplektiform aufgetretene Affektion im Bereiche von vier Hirnnerven, des einen Abduzens und Fazialis und beider Akustizi eingestellt hatte. Die Lokalisation des Prozesses mußte in den Nerven selbst gesucht werden; ein Tumor cerebri, eine Meningitis ließen sich nach dem Verlauf ausschließen; für eine Kernerkrankung durch multiple Blutungen sowie für eine basale Blutung mit Kompression der betreffenden Nerven sprach nichts. Der Fall ist deshalb wohl als Polyneuritis cerebralis anzusprechen.

8. Burck, Ulm: **Ein Fall von schwerer innerer Lysolvergiftung.**

Vier Stunden nach Einnahme von 60 bis 65 g Lysol suicidii causa wurde bei der bewußtlosen, kollabierten Patientin die Magenausspülung vorgenommen, wodurch seifenwasserähnliche, stark nach Lysol riechende Flüssigkeit herausbefördert wurde. Unter Exzitantien besserte sich dann innerhalb weniger Stunden das Befinden. In den nächsten Tagen stellte sich eine Pneumonie ein, wahrscheinlich bedingt durch Aspiration von mit Lysol gemischten Schleimmassen. Besonders bemerkenswert war das Auftreten von Zucker, Azeton, Azetessigsäure im Urin in den ersten Tagen nach der Intoxikation.

9. Cloetta, Zürich: **Ueber Digitoxin und Digalen.**

Replik auf den Artikel von Kiliani (d. W. 1907, Nr. 18).

10. Sachs-Mücke, Saarlouis: **Zum Auswurfsedimentierungsverfahren mit Wasserstoffsuperoxyd.**

Bemerkungen zu dem gleichnamigen Artikel von Sorgo.

11. Crämer: **Ueber den Einfluß des Nikotins, des Tees und des Kaffees auf die Verdauung.**

(Schluß aus Nr. 19.)

Verf. gibt zunächst eine Uebersicht über die Literatur, aus der hervorgeht, daß Tabak, Kaffee und Tee für die Verdauungsorgane nicht gleichgültig sind, unter Umständen recht bedenkliche Störungen zur Folge haben oder die Ausheilung vorhandener, durch andere Ursachen hervorgerufener Störungen verhindern können. Eigene experimentelle Untersuchungen im Verdauungsschrank zeigten, daß durch Kaffee, Tee, Nikotin und die andern im Tabak enthaltenen giftigen Substanzen eine deutliche Verlangsamung und Behinderung der Eiweißverdauung statt hat; Versuche mit sogenannten nikotinfreien Patentzigarren ergaben noch schlechtere Resultate. Verf. berichtet dann über eine große Zahl von Fällen eigener Beobachtung von Magenaffektionen: Hyperchlorhydrie, motorische Insuffizienz, Gastritis acida, und von Darm-

affektionen: spastische Darmatonie, Darmkatarrh, Obstipation, in deren Anamnese ein mehr oder minder starker Abusus von Nikotin, Tee, Kaffee oder allen dreien, oder zweien von ihnen, teils mit, teils ohne Alkoholabusus angegeben ist. Die Zahlen sind so umfassend, daß von einem zufälligen Zusammentreffen wohl nicht die Rede sein kann. Besondere Aufmerksamkeit richtete Verf. auch auf die Erkundung des Anteils des Alkohols bei den betreffenden Affektionen; er fand bei Zusammenstellung des Materials zu seiner Ueberraschung, daß der Alkoholabusus keineswegs an erster Stelle steht; der Alkohol in Form von Bier und Wein genommen, dürfte danach wohl nicht die vorherrschende Rolle spielen, die man ihm bisher bei diesen Magen- und Darmaffektionen zuschrieb. Die Berücksichtigung des Abusus der Genußmittel bei Aufnahme der Anamnese wird manchen ätiologisch unklaren Fall verständlicher machen und ihn aus der großen Zahl der „nervösen" Fälle ausrangieren lassen. Bei der Behandlung von Magen- und Darmerkrankungen wird der Abusus oder auch der Gebrauch aller Genußmittel gründlich einzuschränken, oder je nach der Lage des Falles völlig zu verbieten sein.

Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 19. 1907.

1. Joseph, Berlin: **Die allgemeine Therapie der Hautkrankheiten.**

Fortbildungsvortrag.

Verf. gibt zunächst eine Uebersicht über die zur Zeit gebräuchlichen Behandlungsmethoden und erörtert die allgemeine Verwendung der medikamentösen Bäder, der Seifen, Salben, Pasten, Kühlpasten, des Zinkleims, der Leimstifte, des Linimentum exsiccans, des Gelanthum, des Unguentum Caseïni, der Schüttelmixtur, der Pflastermulle. Unter Anführung empfehlenswerter Rezeptformeln werden dann die Medikamente, die am häufigsten in der Dermotherapie verwandt werden, gruppiert: für die antiphlogistische Therapie Umschläge mit essigsaurer Tonerde, Resorcin; von den keratoplastischen Substanzen Teer, besonders der Liquor carbonis detergens anglicus, das Oleum Cadini purum; von den keratolytischen Substanzen die Salizylpaste, Salizylseifenpflaster, Salizylsäurepflastermull, die Schälpasten; von juckstillenden Mitteln Bromokoll, Euguform, Menthol.

2. Ziegler und Jochmann, Breslau: **Zur Kenntnis der akuten myeloiden Leukämie.**

Der von Verff. beobachtete Fall betraf einen 15jährigen Jungen, bei dem eine Staphylokokkeninfektion, deren Eintrittspforte allem Anschein nach eine Angina bildete, zu hämorrhagischer Perikarditis und Staphylokokkensepsis führte; im Anschluß daran, 14 Tage nach Beginn der akut einsetzenden Erkrankung, trat eine Ueberschwemmung des Blutes mit myeloiden Zellen ein, so daß ein leukämisches Blutbild zustande kam. Die klinische Diagnose einer akuten Leukämie wurde gestützt durch die mikroskopische Organuntersuchung, welche dieselben myeloiden Zellen wie im Blute auch in Milz und Knochenmark nachwies; die lymphatischen Apparate der Lymphdrüsen und des Magendarmtraktus waren durchgehends frei von myeloiden Einlagerungen und boten ausgesprochen degenerative Vorgänge dar. Die meisten in der Literatur mitgeteilten Fälle von akuter Leukämie sind zur lymphatischen Form gerechnet worden, da im Blutbild die großen einkernigen Zellen mit basophilem, homogenem Protoplasma und bläschenförmigem Kern vorherrschen, die als Ehrlichscher großer Lymphozyt immer noch Gegenstand der Kontroverse in der Hämatologie sind. Im vorliegenden Falle fanden sich nun neben vielen basophilen, ungranulierten, einkernigen, großen Zellen und typischen Myelozyten mit neutrophiler Körnelung eine große Anzahl von Zellen, die alle Uebergänge in der Protoplasmastruktur vom rein basophilen ungranulierten Protoplasma zur neutrophilen resp. oxyphilen Körnelung erkennen ließen; hier waren also die ungranulierten Markzellen unzweifelhaft als Ursprungszellen der granulierten Myelozyten erkennbar, weshalb das Blutbild als akute myeloide Leukämie bezeichnet wurde. Der histologische Befund ist damit im Einklang; er charakterisiert sich im wesentlichen als Hyperplasie des Knochenmarks und Umwandlung des Milzgewebes im Sinne des Knochenmarkgewebes; von dem Bilde der chronisch myeloiden Leukämie unterscheidet er sich nur dadurch, daß ungranulierte basophile große Zellen über die typischen granulierten Myelozyten überwiegen. Bei Beantwortung der Frage, warum gerade die ungranulierten Formen der Myelozyten, entgegen dem gewöhnlichen Verhalten bei der chronischen myeloiden Leukämie, zur Vermehrung und Ueberschwemmung kamen, ist zu berücksichtigen, daß die mit einer Bakteriämie einhergehende Staphylokokken-Infektion den Gesamtorganismus und damit auch das Knochenmark schädigte. Die Schädigung fand bei den Lymphozyten ihren Ausdruck in rein degenerativen Veränderungen, daß vermehrter Verbrauch oder partielle Schädigung der Bildungszellen zu enormer Hyperplasie derselben führte, und daß die normale Protoplasmadifferenzierung in den Markzellen bei einem großen Teil nicht mehr oder nicht rasch genug erfolgte, und somit auch bei der pathologischen Ausschwemmung von Myelozyten gerade die noch ungranulierten Zellformen vorherrschen mußten. Bei den meisten der in der Literatur mitgeteilten Fälle von akuter Leukämie dürfte eine ähnliche Deutung angezeigt sein. Für die myelozytische Natur der ungranulierten Markzellen sprachen auch die Ergebnisse der Untersuchung von Milz und Knochenmark des vorliegenden Falles nach der Müller-Jochmannschen Methode auf ihre proteolytische Fermentwirkung; es ergab sich eine erstaunlich große Verdauungswirkung dieser Organe, die nicht erklärbar wäre, wenn die Masse der basophilen ungranulierten Zellformen den Lymphozyten angehörte. Für die Genese der Krankheit gibt der vorliegende Fall einige Anhaltspunkte. Die charakteristischen Organveränderungen, allgemeine Schädigung des lymphatischen Apparates, myeloide Umwandlung der Milz, Hyperplasie des Knochenmarks dürften in der Weise zusammenzubringen sein, daß nach Zerstörung der lymphatischen Apparate der Milz durch das schädigende Agens, die Staphylokokkensepsis, die im Blut kreisenden oder in vermehrter Menge ausgeschwemmten Myelozyten sich in diesem Organ ablagerten und vermehrten, während zu gleicher Zeit das Knochenmark hyperplasierte. Der vorliegende Fall dürfte eine Stütze für die Ansicht geben, daß für viele Formen von Leukämie zwischen bakterieller Infektion und der Entstehung akuter, wahrscheinlich auch chronischer Leukämie eine gewisse Beziehung besteht, die zwar nicht der Ausdruck spezifischer Wirkung ist, die aber durch bestimmte Organveränderungen den Boden schafft, auf dem sich eine myeloide Leukämie entwickeln kann.

3. Horner, Wien: **Ueber Blutdruckuntersuchung mit dem Sphygmoskop nach Pal.**

Die Einrichtung des Apparates und seine Anwendungsweise werden eingehend beschrieben, die Vorzüge gegenüber anderen entsprechenden Instrumenten erörtert. Eine Reihe von Untersuchungsergebnissen zeigen, daß mit Hilfe des Sphygmoskops alle Messungen auszuführen sind, die einen Einblick in das Wesen der Kreislaufstörungen gewähren. Zwei neue Erscheinungen ließen sich eruieren, die sich auf das Verhältnis von Pulsdruck am Oberarm und Finger beziehen: 1. eine größere Differenz zwischen dem Pulsdruck an der Brachial- und Digitalarterie deutet auf das Bestehen einer Kreislaufstörung hin; 2. diese Differenz verringert sich in manchen Fällen zugleich mit eintretender Besserung der Zirkulationsverhältnisse.

4. Karewski, Berlin: **Leberabszeß nach Influenza.**

Ein bis dahin gesunder Mann erkrankte an einem influenzaartigen Leiden, das schnell vorüberging. Die damit nicht in Einklang stehende große Prostration des Patienten veranlaßte den behandelnden Arzt zu einer Untersuchung der Lungen, von deren Seite sonst keinerlei Symptome vorlagen. Dabei wurden Zeichen eines Empyems auf der rechten Seite gefunden; wiederholte Probepunktionen förderten bald seropurulentes, bald dick eitriges Sekret zu tage, so daß ein abgekapseltes Empyem der Lungenbasis mit konsekutiver Affektion der Pleurahöhle anzunehmen war. Die nach oben konvexe Dämpfungsgrenze und der an sich ungewöhnliche Befund ließ zwar an die Möglichkeit einer subphrenischen Eiterung denken; es fehlten aber alle für eine solche ursächlich in Anspruch zu nehmenden Momente, Perityphlitis, Gallensteinerkrankung, Echinokokkus; die Leber selbst war nachweislich nicht vergrößert; Fieberbewegungen charakteristischer Art waren nicht beobachtet. Es wurde deshalb die Empyemoperation vorgenommen; nach Resektion der zehnten Rippe und Inzision der Pleura ergoß sich serös eitrige Flüssigkeit und Luft trat in den

Brustraum, so daß sich die Lunge rapid retrahierte. Es zeigte sich also, daß kein abgekapseltes Empyem vorlag, vielmehr drang Eiter aus einem kleinen Loch im Zwerchfell hervor. Durch Fixierung der Lunge am Diaphragma, Umsäumung des letzteren mit Pleura costalis wurden schnell die Bedingungen hergestellt, wie sie für die Ausführung perpleuraler Entleerung subdiaparagmatischer Abszesse erforderlich sind, und der Schaden beseitigt, den die durch den diagnostischen Irrtum verursachte Inzision des Brustraums angerichtet hatte. Alsdann wurde das Loch im Zwerchfell erweitert, und es zeigte sich, daß der Sitz der Eiterung die Leber war, aus der etwa ½ l Eiter entleert wurde. Heilung unter Tamponade. Die weitere Beobachtung des Patienten hat bewiesen, daß außer der Influenza kein anderes ätiologisches Moment für die Entstehung des Leberabszesses in Betracht kommt.

5. Offergeld, Königsberg: **Zur Kasuistik der puerperalen Metritis dissecans.**

Die Metritis dissecans ist eine exquisite puerperale Wundinfektion; Kokken zerstören dabei das Endo- und Myometrium in verschiedener Ausdehnung, so daß, ähnlich wie bei der Diphtherie, ein tiefgehender Gewebszerfall und Nekrose eintritt; das abgestorbene Gewebe wird in toto als zusammenhängende Membran abgestoßen. Die Symptomatologie besteht darin, daß in den ersten Tagen post partum trotz Sekale der Uterus, statt kleiner zu werden, sich vergrößert; der Puls ist meist hochfrequent, aber von besserer Qualität, nicht so flatternd wie bei der Sepsis. Der Uterus und seine Umgebung werden auf Druck schmerzhaft; peritoneale Reizerscheinungen stellen sich ein; die Lochien werden bald eitrig und aashaft stinkend; meist in der vierten Woche post partum wird das gangränöse Stück abgestoßen. Die Diagnose kann nur mit dem Mikroskop gestellt werden; in den Präparaten findet man in zusammenhängendem Gewebe neben nekrotischen Massen und Detritus und zahlreichen Kokken noch einzelne Muskelfasern und Gefäße, die sich in einer noch erkennbaren Gewebsschicht zusammen befinden müssen. Die Prognose ist eine sehr dubiöse; die Mortalität beträgt etwa 25%. Uebersteht die Kranke die Infektion, so bleiben meist grobe Störungen, besonders hinsichtlich der Funktion des Uterus zurück; da die ganze Mukosa mit samt ihren Drüsen verloren geht, so findet eine Regeneration der Mukosa nicht statt; der Uterus hört auf als physiologisch tätiges Organ zu existieren. Einen Fall eigener Beobachtung beschreibt Verf. eingehend. Daß mit Vorliebe Primiparae von dieser Erkrankung heimgesucht werden, liegt vielleicht an der längeren Dauer der Geburt; besonders der lange Zeitabstand zwischen Blasensprung und Abgang der Plazenta scheint das Moment abzugeben, welches die Infektion der Dezidua ermöglicht und so die erste Bedingung für die Entstehung der Krankheit schafft. Als eigentliche Erreger der Infektion sind Strepto- und Staphylokokken anzusehen; jedoch dürften auch Fäulniserreger insofern eine Rolle spielen, als sie präparatorisch das Gewebe so verändern, daß nun die pathogenen Kokken erst ihre volle Wirkung entfalten können. Bezüglich der Therapie ist zu berücksichtigen, daß Sepsis und Perforationsperitonitis die schlimmsten Gefahren sind, welche den Erkrankten drohen. Eine direkte Uterusspülung ist deshalb zu verwerfen, wenn der Prozeß sich entwickelt hat. Sub partu oder kurz nach der Entbindung kann man bei eintretendem Fieber eine vorsichtige intrauterine Spülung mit Kochsalzlösung oder 50 bis 60%igem Alkohol vornehmen. Vor dem Gebrauch der Kurette ist dringend zu warnen. Ausgiebigen Gebrauch kann man von den Sekalepräparaten machen. Ist die septische Infektion manifest, so ist das Hauptaugenmerk auf die Erhaltung der Herzkraft zu richten; Kampfer, Koffein (Coffein natro-benzoic., Aq. dest. āā, 1 bis 2 Spritzen) sind hier am Platze. Antipyretika sind nur ausnahmsweise indiziert; am meisten empfiehlt sich Kampher-Guajakol (Guajac. pur., Olii camphor. fort. āā, 1 bis 4 Spritzen). Nebenher kann man Argent. colloidale applizieren, als 5%ige Salbe zur Einreibung, oder von 2%iger Lösung 50 ccm als Klysma. Subkutane Kochsalzinfusionen, kalte Ganzpackungen, protrahierte Bäder kommen daneben in Betracht. Von der Serumtherapie hat Verf. nie günstiges gesehen.

6. Paderstein, Berlin: **Ophthalmoplegische Migräne und periodische Okulomotoriuslähmung.**

Bei einer hereditär nicht belasteten Patientin bestanden seit früher Kindheit Migräneanfälle, zu denen im 14. Lebensjahre Ptosis, dann Pupillenerweiterung, schließlich Parese des ganzen Okulomotorius sich hinzugesellten, in der Weise, daß Anfälle mit Beteiligung des Auges und solche ohne Paresen unregelmäßig mit einander abwechselten. Daß es sich in diesem Falle nicht um die Prodromalerscheinungen einer schweren organischen Erkrankung handeln kann, geht aus dem klinischen Bild unzweifelhaft hervor; die Kranke selbst hat die Augenaffektion ohne weiteres als Komplikation ihrer „Kolik" aufgefaßt; und daß das richtig, beweist der Umstand, daß die Paresen in wenigen Tagen zurückgehen und völliges Wohlbefinden sich einstellt. Da vereinzelt auch der Trochlearis und Abduzens bei den Migräneanfällen mitbetroffen waren, dürfte die Charcotsche Bezeichnung „ophthalmoplegische Migräne" wohl dem Krankheitsbilde entsprechen. Die von Moebius geforderte Heredität der Migräne fehlt im vorliegenden Falle. Von der Moebiusschen „periodischen Okulomotoriuslähmung" unterscheidet sich derselbe wieder dadurch, daß die Lähmung nicht von vornherein, sondern erst viel später zu den Migräneanfällen hinzutrat. Auf so geringe Unterschiede hin, bei sonst gleichem klinischen Verlauf, erscheint aber die Abtrennung in zwei wesensverschiedene Krankheiten wohl nicht statthaft.

7. Harnack, Halle: **Die Frage nach der Hautelektrizität.**

Seinen Standpunkt zu der Frage charakterisiert H. dahin, daß im Organismus im Zusammenhang mit den Lebenstätigkeiten Vorgänge stattfinden, die, und zwar bei den einzelnen Individuen in höherem Grade als beim Durchschnitt, zu gewissen Erscheinungen von der Körperoberfläche aus führen. Diese Erscheinungen können je nach Umständen in ziemlich kräftigen statisch elektrischen, in schwachen galvano-elektrischen und in schwachen magnetischen Aeußerungen, wahrscheinlich auch in der Aussendung eigenartiger Strahlengattungen bestehen. Die Annahme liegt nahe, daß die Vorgänge in den Beziehungen des Menschen zur Außenwelt eine gewisse Rolle spielen und zugleich auch wieder von der Körperoberfläche aus auf das Nervensystem zurückwirken, also für den Organismus selbst auch wieder physiologische Aufgaben haben, da die Haut gleichzeitig die Eigenschaft des Nichtleiters und des Leiters besitzt. Die Frage erscheint diskutabel, ob das, was sich in dieser Hinsicht in der lebenden Haut abspielt, nicht überhaupt für die peripherische Anregung sensibler Vorgänge wesentlich in Betracht kommt, woraus gewisse Analogien für die Vorgänge des Fühlens und des Sehens sich ergeben könnten.

8. Galli, Rom: **Die Thermen von Massino.**

Feuilleton.

Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 20. 1907.

1. Marmorek, Paris: **Weitere Untersuchungen über den Tuberkelbazillus und das Antituberkuloseserum.**

Ein wesentliches Resultat der Untersuchungen war zunächst die Feststellung einer konstanten baziliären Bazillämie bei der fortschreitenden Tuberkulose des Meerschweinchens. Hierbei ließ sich auch die Abschwächung der Virulenz der Bazillen im kreisenden Blute feststellen, die so bedeutend ist, daß selbst normale Meerschweinchen unter bestimmten Bedingungen solche Bazillen völlig unschädlich machen können. Das arterielle Blut wirkt kräftiger auf die abgeschwächten Mikroben als das venöse. Mit Hilfe der natürlich abgeschwächten Bazillen war es möglich, an weitere Probleme heranzutreten, in erster Linie an die Frage der hereditären Prädisposition. Hier ergaben die Experimente, daß tatsächlich eine hereditäre Prädisposition besteht bei Meerschweinchen, welche von tuberkulösen Müttern stammen; sie tritt aber nur bei jenen Jungen, deren Mütter schon stark krank waren, als sie die Kleinen zur Welt brachten, markant in die Erscheinung. Von der Mutter müssen wohl Substanzen auf das Kind übergehen, welche diesem hierdurch eine besondere Disposition für die tuberkulöse Infektion verleihen. Auffallend war bei den prädisponierten Tieren die frühzeitige Lokalisierung der Tuberkulose in den Lungen. Entsprechende Versuche führten zu der Vermutung, daß das gegenseitige Verhältnis der Virulenz des infizierenden Bazillus zur Resistenz des Wirtsorganismus bei der Bildung der Lungentuberkulose ins Gewicht fällt. Durch gegenseitiges Ausspielen

folgender Faktoren: 1. abgeschwächtes Virus, 2. verschiedene Mittel, um dieses zu aktivieren, ererbte Prädisposition, Tuberkulininjektionen, 3. verschiedenartige Eintrittswege des Virus, intravenöse oder intraperitoneale Einspritzung, durch wechselnde Kombination derselben war Verf. bei den Experimenten am Meerschweinchen tatsächlich imstande, nach Belieben frühzeitige Lungentuberkulose hervorzurufen. Daraus ist wohl der Schluß zu ziehen, daß bei der Lokalisierung der Tuberkulose in den Lungen und besonders in den oberen Partien derselben nicht bloß anatomische, sondern auch biologische Gründe von seiten des infizierenden Agens einen wichtigen Faktor darstellen. Tiere, welche die lebenden, abgeschwächten Bazillen vernichtet hatten, erwiesen sich zum Teil gegen eine weitere Impfung mit vollvirulenten Bazillen immun; damit dürfte der Kern für eine Vakzinationsmethode gegeben sein. Durch Kombination der Impfung mit abgeschwächten Bazillen mit dem Antituberkuloseserum ließ häufig vollkommene Immunität bei den Meerschweinchen erzielen. Der ausgiebigen Applikation des Serums beim Menschen durch subkutane Einspritzung trat anfangs als sehr hinderlich entgegen die Anaphylaxie, die steigende Ueberempfindlichkeit des menschlichen Organismus gegenüber den wiederholten Serumdosen. Diese ließ sich mit einem Schlage unterdrücken durch die von Hoffa vorgeschlagene rektale Applikation des Serums, wodurch eine lang anhaltende Behandlung ohne jede Nebenwirkung möglich wurde. Zahlreiche Arbeiten sind inzwischen über die Behandlung der sogenannten chirurgischen Tuberkulosen mit dem Antituberkuloseserum publiziert worden. Es handelt sich um tuberkulöse Erkrankungen der Knochen, Gelenke, Lymphdrüsen, des Peritoneums, Larynx, Auges. Das Gesamtresultat ist ein recht günstiges; ungefähr ein Viertel der behandelten Tuberkulösen wurde geheilt, ein Viertel bedeutend gebessert, ein Viertel günstig beeinflußt, das letzte Viertel zog aus der Serumbehandlung keinen Nutzen. Ueber die Behandlung der Lungentuberkulose mit dem Serum liegen noch nicht viele Berichte vor, namentlich nicht über Verwendung der neuen rektalen Applikationsmethode. Dazu kommt, daß bei den vorgeschritteneren Lungenfällen die Mischinfektion mit Eitermikroben eine nicht unbedeutende Rolle spielt, weshalb Verf. jetzt seinem Serum auch noch die Eigenschaft eines Antistreptokokkenserums gibt. Wo das Serum bei mittelschweren Lungentuberkulosen längere Zeit angewandt wurde, sind oft da Erfolge erzielt worden, wo bereits alle andern angewandten Methoden ohne Resultat erschöpft worden waren. Sicherlich können diese Erfahrungen zu weiterer und breiterer Anwendung des Serums ermuntern.

2. Riedel, Berlin: **Der Kopfschmerz und seine physikalische Behandlung.**

3. Meyer, Berlin: **Ein Fall von angeborener, einseitiger, isolierter Spaltbildung im oberen Augenlid (Blepharochisis).**

Der 2 1/2 jährige Patient zeigte ein angeborenes 3/4 cm hohes, 1/2 cm breites Kolobom im einen oberen Augenlid, während das Gesicht sonst weiter keine Deformität aufwies; abgesehen von dem nicht unerheblichen Schönheitsfehler wurde das Kind durch die Schlußunfähigkeit und den Lichteinfall stark belästigt. In Aethernarkose wurde die Plastik analog der von Malpaigne angegebenen Anfrischung und Naht bei der Hasenscharte ausgeführt

4. Piorkowsky, Berlin: **Ueber Jodofan.**

Jodofan, ein Ersatzmittel des Jodoforms, wird zum Unterschiede von diesem, das durch Jodierung des Methans entsteht, durch Jodierung des analogen Benzols hergestellt. Seine Wirkung besteht in einer Abspaltung von Jodoformol beim Zusammenbringen mit Wundsekreten. Verf. hat eine Reihe von bakteriologischen Versuchen mit dem Präparat angestellt, die ergaben, daß dasselbe antibakterielle Eigenschaften besitzt, daß es in kurzer Zeit desodorierend wirkt, und daß der von ihm ausgehende Antagonismus Bakterien gegenüber ein ganz außerordentlicher ist.

5. Franze und Pöhlmann, Nauheim: **Ueber Sarasonsche Ozet-Bäder.**

Verf. haben bei sechs Versuchspersonen (Gesunde, Herzneurose, Vitium, Neurasthenie) Puls und Blutdruckuntersuchungen bei Sauerstoffbädern angestellt und fast konstant eine Herabminderung des Blutdrucks und der Pulszahl konstatiert. Die Ozetbäder bekamen den Versuchspersonen gut, ein ungünstiger Einfluß auf das Befinden wurde nicht beobachtet. Eine eklatante Besserung ließ sich erzielen bei einem Fall von schwerer Polyneuritis; dagegen ergab sich bei zwei Arteriosklerotikern mit hohem Blutdruck eine Steigerung des Blutdrucks im Ozetbad und eine sehr ungünstige Einwirkung. Die Kohlensäurebäder scheinen einen energischeren und regulativen Einfluß auszuüben in dem Sinne, daß hoher Druck sinkt, niedriger steigt; auch sind bei diesen die Reaktionserscheinungen von seiten der Kapillargefäße der Haut ausgeprägter. Es dürfte danach das Indikationsgebiet der Sauerstoffbäder bei Zirkulationsstörungen enger zu begrenzen sein als dasjenige der Kohlensäurebäder.

6. Minor, Moskau: **Ueber das Quinquaudsche Phänomen und seine Häufigkeit bei Nichttrinkern und bei Alkoholismus, Hysterie, Tabes und andern nervösen Erkrankungen.**

(Schluß folgt.)

7. Vogel, Berlin: **Der Verweilkatheter, seine Anwendung und seine Wirkungsweise.**

Gegen die Verwendung des Verweilkatheters wird die Gefahr der Zystitis und des Katheterfiebers ins Feld geführt; diese beiden Nachteile werden aber weit durch die Vorteile überwogen, die das Liegenlassen des Katheters bietet. Als Verweilkatheter sind ungeeignet die metallischen Instrumente und der Nélaton. Am besten genügen den Anforderungen die Seidenstoffkatheter, deren Lumen infolge der geringeren Wandstärke ein erheblich größeres ist als beim Nélaton; man soll dieselben so stark wählen, als ihn der Patient nur eben ohne Beschwerden vertragen kann. Die Einführung des Instruments muß nach den Regeln strengster Asepsis erfolgen. Von besonderer Wichtigkeit ist die richtige Lage des Verweilkatheters; der Urin soll dauernd tropfenweise abfließen, damit eine wirkliche Ruhigstellung der Blase und genügende Drainage erzielt wird. Schwierig ist die Aufgabe, den Katheter in der richtigen Position zu befestigen; Verf. empfiehlt zwei Heftpflasterstreifen von 0,5 cm Breite und ca. 15 cm Länge in ihrer Mitte an dem in der richtigen Lage fixierten Katheter dicht vor der äußeren Harnröhrenmündung durch eine Zirkeltour zu befestigen, dergestalt, daß die vier Zipfel ein Kreuz bilden; diese werden dann nach Zurückschieben des Präputiums an der Glans penis festgeklebt, eventuell noch durch einen ringförmig um den Sulcus coronarius gelegten Streifen befestigt. Eine große Schwierigkeit wird weiter dadurch gegeben, daß der Patient in ruhiger Rückenlage verharren muß. Ein- bis zweimal tägliche prophylaktische Blasenspülungen und innerliche Verabreichung von Urotropin sind empfehlenswert. Bei einem regelmäßigen Wechsel in fünf- bis siebentägigen Perioden kann die Anwendung des Dauerkatheters durch einige Wochen ausgedehnt werden. Ueberraschend sind oft die Erfolge, die sich mit dieser Methode in der Behandlung der gonorrhoischen Harnröhrenverengerungen erzielen lassen. Vielseitig ist die Wirkung des Verweilkatheters bei der Nachbehandlung nach Operationen in der Harnröhre; er wirkt blutstillend, soll die operativ erreichte Weite der Harnröhre aufrecht erhalten, eine Verklebung der Wundränder hindern und die Wunde vor der dauernden Berieselung mit Urin schützen. Ein weites Feld findet er weiter bei Verletzungen der Harnröhre; bei Kontinuitätstrennungen der Schleimhaut ohne nach außen perforierende Verletzung des Schwellkörpergewebes (Zerreißungen zweiten Grades) ist das Einführen und Liegenlassen des Katheters eine notwendige Maßnahme. Nicht zu umgehen ist der Verweilkatheter nach allen plastischen Operationen an der Harnröhre. Besondere Beachtung verdient die Bedeutung desselben in der Behandlung der Prostatahypertrophie; die hohe Mortalität der operativen Behandlung dieses Leidens wird den Verweilkatheter hier noch auf lange unentbehrlich machen; überraschende Resultate sind mit ihm namentlich bei Patienten im Stadium der Kongestion zu erzielen; ein Einlegen des Dauerkatheters für mehrere Tage vermag alsdann oft für lange Zeit die Harnröhre für den Urinstrahl wieder durchgängig zu machen; durch die dauernde Entlastung der Blase und die dadurch bewirkte Aenderung der Stauungsverhältnisse kann tatsächlich eine gewisse Verkleinerung der Vorsteherdrüse herbeigeführt werden. Die Wirkung des Verweilkatheters in der Therapie der Blasenerkrankungen ist eine doppelte; einmal ermöglicht er eine gute Drainage der Blase und außerdem

entfaltet er oft eine eminent schmerzstillende Wirkung; diese kommt in allen jenen Fällen zur Geltung, bei welchen schon eine geringe Ausdehnung der Blase Schmerzen verursacht, besonders bei manchen Formen chronischer Zystitis („Schrumpfblasen"). Für die Nachbehandlung nach fast allen operativen Eingriffen an der Blase ist der Dauerkatheter unentbehrlich.

Vermischtes.

Aus Bad Harzburg kommt soeben die Nachricht, daß am Fuße des sagenumwobenen Burgberges eine neue sehr kräftige und reichlich fließende Soolquelle erschlossen ist. Dieselbe wird eine neue Anziehungskraft sein für das sich immer mehr und mehr zum Weltbad auswachsende Harzburg. Wie alljährlich, so hat auch bei Beginn der diesjährigen Reisesaison ein Strom von Erholungsbedürftigen und Vergnügungsreisenden Bad Harzburg aufgesucht, trotz der in den letzten Wochen nicht allzugünstigen Witterung. Die Besucherzahl Harzburgs hat sich in den letzten Jahren enorm gehoben; mit dem Wachsen der Frequenz hat jedoch auch die Bautätigkeit gleichen Schritt gehalten. Im letzten Winter sind wieder eine ganze Reihe von neuen Villen entstanden, Hotels sind erheblich vergrößert worden, so daß selbst in der Hochsaison und während des Rennens kein Mangel an gutgelegenen und preiswerten Wohnungen ist. Infolge des starken Wohnungsangebotes werden sehr zivile Preise gefordert, so daß es jedermann möglich ist, in Bad Harzburg Wohnung zu nehmen. Ueber die Wohnungs- und Pensionspreise gibt das vom Herzoglichen Bade-Kommissariat herausgegebene Wohnungsverzeichnis erschöpfende Auskunft. Dasselbe, wie ein reich illustrierter Prospekt können unsere Leser kosten- und portofrei vom Herzoglichen Bade-Kommissariat beziehen.

Berlin. Für die belgischen Aerzte, die Anfang August nach Berlin kommen, hat sich aus der Mitte der Berliner Aerzteschaft ein Empfangskomitee gebildet, dem sämtliche große ärztliche Vereinigungen Berlins, sowie eine Reihe hervorragender einzelner Persönlichkeiten angehören. Die Begrüßung seitens der Berliner Aerzteschaft wird bei einer zwangslosen Veranstaltung in Form eines Bierabends stattfinden, der für Sonnabend den 10. August in Aussicht genommen ist.

Berlin. Für den Empfangsabend der belgischen Aerzte, den die Aerzteschaft von Groß-Berlin am 10. August veranstaltet, sind Eintrittskarten (à M. 3) von jetzt an erhältlich: im Kaiserin Friedrich-Hause, in der Kaiser Wilhelms-Akademie, im Langenbeckhause und im Medicinischen Warenhause.

Amtliche Bekanntmachungen.

Bekanntmachung.

Das Diphtherie-Heilserum mit den Kontrollnummern 108, 110 und 111, geschrieben: „Einhundertacht, Einhundertzehn und Einhundertelf", aus der Merckschen Fabrik in Darmstadt ist wegen Abschwächung zur Einziehung bestimmt.

Flaschen mit diesen Kontrollnummern dürfen hinfort nicht mehr in den Apotheken abgegeben werden und können nach der Vereinbarung mit dem Laboratorium bei kostenfreier Einsendung kostenlos gegen einwandfreies Serum eingetauscht werden.

Berlin, den 9. Juli 1907.

Der Polizei-Präsident.
Im Auftrage:
I. A. 3754. 07. Lewald.

Bekanntmachung.

Nachdem für Preußen bereits ein Verzeichnis der zur Annahme von Praktikanten ermächtigten Krankenhäuser und medicinisch-wissenschaftlichen Institute mit näheren Angaben über die Anstalten, insbesondere die den Praktikanten gewährten Vergünstigungen veröffentlicht worden ist (Min. Bl. f. Med. Ang. 1907 S. 20), ist ein gleiches Verzeichnis für den gesamten Umfang des Reichsgebietes im Reichsamte des Innern aufgestellt worden und im Verlage von Julius Springer in Berlin N. 24, Monbijouplatz 3, in Buchform erschienen.

Vorstehendes bringe ich den beteiligten Kreisen mit dem Bemerken zur Kenntnis, daß das Verzeichnis in dieser Gestalt den Praktikanten eine erwünschte Handhabe bei der Wahl einer geeigneten Anstalt bieten dürfte.

Berlin, den 29. Juni 1907.

Der Polizei-Präsident.
I. A. 3475. 07. Lewald.

Bekanntmachung.

Unter Bezugnahme auf die Polizei-Verordnung betreffend das Meldewesen der Aerzte, Zahnärzte und Tierärzte im Landespolizeibezirk Berlin, vom 15. Dezember 1902 bringe ich hiermit erneut zur Kenntnis, daß zur Zeit für Entgegennahme der gemäß der §§ 1 bis 4 der Verordnung zu erstattenden Meldungen folgende Königliche Kreisärzte zuständig sind:

1. für Berlin: Herr Geheimer Medicinalrat Dr. M. Schulz, Möckernstraße 131, zu sprechen an Wochentagen von 8 bis 9 und 4 bis 5 Uhr;
2. für Charlottenburg: Herr Medicinalrat Dr. Klein zu Charlottenburg, Kantstraße 120/121, zu sprechen an Wochentagen von 9 bis 10 und 5 bis 6 Uhr;
3. für Schöneberg und Df. Wilmersdorf: Herr Medicinalrat Dr. von Kobyłecki zu Schöneberg, Mühlenstraße 6a, zu sprechen an Wochentagen von 8 bis 10 und 3 bis 4 Uhr;
4. für Rixdorf: Herr Dr. Dietrich zu Rixdorf, Canner-Chaussee 39, zu sprechen an Wochentagen von 9 bis 10 und 4 bis 5 Uhr.

Als Königlicher Departementstierarzt für den ganzen Landespolizeibezirk Berlin ist Herr Veterinärarzt Dr. Arndt, hier zuständig, der an den Wochentagen vormittags im Dienstgebäude am Alexanderplatz, Eingang III, II. Stock, Zimmer 274, zu sprechen ist.

Berlin, den 9. Juli 1907.

Der Polizei-Präsident.
I. A. 2453/07. I. V.: Friedheim.

Bekanntmachung.

Den beteiligten Kreisen bringe ich hiermit unter Bezugnahme auf meine Bekanntmachung vom 17. April d. J. — I. A. 1983/07 — zur Kenntnis, daß nach einem Erlaß des Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten vom 19. Juni d. J. — M. Nr. 11479 U. I. K. —

1. Ende dieses Jahres alle Diphtherieheilsera, die bis zum Jahre 1904 einschließlich zugelassen worden sind, eingezogen werden,
2. vom 1. Januar 1908 ab vierteljährlich alle über drei Jahre alten Sera seitens des Direktors des Instituts für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M. dem Herrn Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten zur serienweisen Einziehung anzumelden sind.

Bei Bekanntgabe dieser Einziehung wird den Fabrikationsstätten als Grund der Einziehung der Ablauf der staatlichen Gewährdauer besonders angegeben werden.

Berlin, den 17. Juli 1907.

Der Polizei-Präsident.
I. A. 3755/07. Im Auftrage: Lewald.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 12. August 1907. Nr. 32.

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Universität, ärztliches Fortbildungswesen und Akademien für praktische Medicin.

Von Dr. **P. Meissner**, Berlin.

Am 27. Juli d. J. wurde zugleich mit den neuen städtischen Krankenanstalten in Düsseldorf die zweite Akademie für praktische Medicin eröffnet. Die Feierlichkeit bot ein ganz besonderes Interesse dadurch, daß bei derselben zum ersten Male der neue Kultusminister Dr. Holle offiziell in Funktion trat und in einer formvollendeten, packenden Rede auf das Wesen und die Bedeutung der Akademien für praktische Medicin hinwies. Daneben sprachen eine große Zahl hervorragender Aerzte und Universitätslehrer, so daß man in der Tat einen gewissen Ueberblick über die drei für die Aerzte so wichtigen Faktoren Universität, ärztliches Fortbildungswesen und Akademien für praktische Medicin gewinnen konnte. Bei den gerade in Aerztekreisen nicht ganz seltenen opponierenden Meinungen gegenüber den beiden letztgenannten Institutionen ist es vielleicht nicht ohne Interesse, mit einigen Worten auf die in Rede stehenden Faktoren einzugehen.

Die Universität ist die Schule für die Aerzte. Hier soll die Grundlage gelegt werden, auf welcher sich nachher die praktische Betätigung, sei sie allgemein oder spezialistisch, aufzubauen hat. Der vom Gymnasium kommende humanistisch vorgebildete Student soll auf der Universität zunächst in das große und umfassende Gebiet der Naturwissenschaften überhaupt und in die Lehre vom Bau und den Funktionen des menschlichen Körpers im besonderen eingeführt werden. Das Studium dieser Fragen füllt die ersten 2½ Jahre aus und findet im sogenannten „Physikum" einen meist zu frühen teilweisen Abschluß. Es folgen die klinischen Semester. In diesen pflegt zu theoretischem Studium wegen der Fülle des dargebotenen klinischen Materials keine Zeit mehr zu sein, ja selbst zur gründlichen Durchbildung in den klinischen Fächern reicht die Zeit nur bei äußerstem Fleiß und auch dann nur knapp aus. Selbstverständlich ist in den klinischen Semestern die Hauptbetätigung auf die drei bedeutsamsten Fächer gelegt, innere Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe, alle anderen Sonderfächer kommen relativ schlecht weg und werden, wenn nicht gerade außergewöhnlicher Eifer oder besonderes Interesse vorhanden sind, mehr oder weniger vernachlässigt, oder doch nur in oberflächlicher Weise traktiert. Das ist nicht Schuld der Studenten, das liegt an der tagtäglich wachsenden Fülle von Beobachtungen, therapeutischen Maßnahmen, experimentellen Forschungen, die alle zu umfassen für den einzelnen in der kurzen Spanne von fünf Semestern ganz unmöglich ist. Ist nun im Staatsexamen der Beweis erbracht, daß eine gewisse, nötige, allgemeine Grundlage medicinischen Wissens erworben wurde, dann dient das seit einer Reihe von Jahren glücklicherweise eingeführte praktische Jahr der weiteren Ausbildung in dem Sinne, daß die jungen Aerzte das Gelernte anzuwenden, und in der Praxis selbst eine gewisse Gewandtheit zu erlernen in der Lage sind. Es darf nicht verkannt werden, daß bei der Anzahl der die medicinischen Vorlesungen frequentierenden Studenten eine wünschenswerte und nötige ausreichende Betätigung des Einzelnen am klinischen Unterricht kaum möglich ist. Bei 200 Zuhörern kann nicht jeder ein- oder mehrmals selbst zum Praktizieren kommen, wieviele haben außer beim Examen kaum Gelegenheit, eine Geburt zu leiten, einen chirurgischen Eingriff vorzunehmen und dergl., gar nicht zu reden von der Ausbildung in den Sonderfächern. Hier also, wo die Leistungen des Universitätsstudiums ihr natürliches Ende erreichen, hier tritt dann das praktische Jahr in seine Rechte, um so weit möglich alles das nachzuholen, was während des klinischen Studiums nicht erworben werden konnte.

Das praktische Jahr ist bekanntlich nicht an den Aufenthalt auf einer Universität geknüpft, es kann vielmehr an geeigneten, nicht akademischen Krankenanstalten absolviert werden. Hierzu gehören natürlich auch die weiter unten zu erwähnenden Akademien für praktische Medicin.

Ist nun nach Absolvierung des praktischen Jahres der junge Arzt wirklich so weit, daß ihm die venia practicandi erteilt werden kann, dann fängt mit diesem Augenblick, genau genommen, die verantwortungsvolle Aufgabe an, das Erworbene zu erhalten und zu ergänzen, also sich fortzubilden. Gewiß wird man zu weit gehen, wenn man de facto zu dieser Zeit schon bei dem jungen Arzt den Drang nach Fortbildung voraussetzt, aber theoretisch müßte er mit dem Abschluß des Studiums schon vorhanden sein. Gewöhnlich pflegt sich dies Bedürfnis allerdings erst nach einigen Jahren bei den Aerzten geltend zu machen, zu einer Zeit, wo die Erfahrung in der Praxis den einen oder anderen Mangel in der Ausbildung entdecken läßt oder die Erkenntnis dafür aufgeht, daß man nur durch eifriges Weiterkommen auf der Höhe der in erschreckendem Tempo fortschreitenden Wissenschaft bleiben kann. Daneben wächst das Interesse für das eine oder andere Sonderfach und der Wunsch, sich in diesem auszubilden. Allen diesen Wünschen trägt nun das seit einer Reihe von Jahren in Preußen, wie in den übrigen Bundesstaaten in hervorragender Weise organisierte Fortbildungswesen Rechnung. Das Fortbildungswesen für Aerzte entsprang einem Bedürfnis und die Erfahrung hat gelehrt, daß es in vorzüglicher Weise geeignet ist, diesem Bedürfnis zu genügen Die Organisation des ärztlichen Fortbildungswesens, welches seine Zentralstelle in dem in Berlin errichteten Kaiserin Friedrich-Haus findet, hat in 60 deutschen Städten Lokalkomitees geschaffen, welche in einheitlichem Sinne wirksam, den deutschen Aerzten in reicher Weise Gelegenheit geben, in unentgeltlichen Kursen und praktischen Uebungen ihre Kenntnisse aufzufrischen, neue zu erwerben, kurz

alles zu tun, um auf der Höhe ihrer Wissenschaft zu bleiben. Es wäre undankbar und ungerecht, wenn man bei Besprechung des ärztlichen Fortbildungswesens den Namen Kutner unerwähnt lassen wollte. Kutner ist der eigentliche Schöpfer der gesamten Organisation des ärztlichen Fortbildungswesens, mit unermüdlichem Fleiß und bewundernswerter Ausdauer hat er alle Schwierigkeiten überwunden und ein Werk geschaffen, für welches ihm die deutschen Aerzte rückhaltlos Dank zollen. Er ist der Begründer der im Kaiserin Friedrich-Haus untergebrachten staatlichen Sammlung ärztlicher Lehrmittel, er hat es verstanden, die deutsche für Aerzte interessante Industrie in einer Dauer-Ausstellung zu vereinen, kurz, er ist in Wahrheit der spiritus rector der ganzen so wichtigen Institution, unterstützt von der bereitwilligen Mitarbeit eines von Bergmann, Waldayer, von Renvers und getragen von dem Vertrauen des Kultusministeriums. Ich habe mit Absicht diese hohen Verdienste Kutners um das ärztliche Fortbildungswesen hervorgehoben, weil nur allzu leicht bei den Kollegen derartige Leistungen nicht selten von Neid und Mißgunst verdunkelt, verkannt werden und weil ich es als eine schöne Pflicht der Kollegialität erachte, die Verdienste einzelner um alle zu würdigen. In dem Bestreben, möglichst viele lokale klinische Zentren für die Fortbildung der Aerzte zu schaffen, um die wegen der Zeit- und Geldopfer unerwünschte Lokomotion so weit es möglich, zu vermeiden, gelangte man auch zur Schaffung der Akademien für praktische Medicin. Der Vater der Idee ist der ungemein einsichtsvolle und gerade für die ärztliche Wissenschaft unermüdlich tätige Ministerialdirektor Althoff. Er, der die Geschicke des ärztlichen Standes wahrlich nicht zu ihrem Schaden seit Jahren leitet, erkannte mit weitschauendem Blick, daß das große unschätzbare Krankenmaterial großer Kommunen auf keinen Fall der ärztlichen Ausbildung wie Fortbildung verloren gehen dürfe. Die Schaffung dieser sozusagen als Fortbildungsuniversitäten zu bezeichnenden Institute erschien ihm eine Notwendigkeit, welcher sich die großen städtischen Gemeinschaften nicht entziehen dürfen. Die Ausbildung in den Sonderfächern, die Detaillierung der auf der Universität nur im allgemeinen zu erwerbenden Kenntnisse, ist die Aufgabe der Akademien für praktische Medicin, daneben dienen sie, wie schon erwähnt, der Ableistung des praktischen Jahres. Althoff hat wohl vorausgesehen, daß die Schaffung dieser Akademien bei den Aerzten wie auch in den Reihen der Universitätslehrer einer mehr oder weniger heftigen Opposition begegnen würde, aber er hat auch gewußt, daß diese Opposition, da grundlos, mit der Zeit verschwinden würde. Gerade die Eröffnung der Akademie in Düsseldorf hat die Richtigkeit dieser Annahme bewiesen. War der Akademie in Köln in der ersten Zeit ihres Bestehens heftige Anfeindung beschieden, so standen an der Wiege der Schwesterakademie in Düsseldorf versöhnt und wohlwollend die Vertreter der Aerzteschaft und der Universität. Die Universitätslehrer haben einsehen gelernt, daß die Akademien für praktische Medicin keine Rivalen der Universitäten, sondern notwendige und erwünschte Ergänzungen sind, die Aerzteschaft hat verstehen gelernt, daß das ärztliche Fortbildungswesen eine unabweisliche Forderung unserer an Fortschritten reichen Zeit ist und daß alle demselben gewidmeten Einrichtungen dankbar begrüßt werden müssen, geben sie doch den Aerzten die Möglichkeit, ihr Wissen zu erweitern und damit neue ungeahnte Macht zu gewinnen, denn auch im ärztlichen Beruf gilt das Wort „Wissen ist Macht“.

Ueber Brucheinklemmung des Wurmfortsatzes.

Von

Dr. Heinrich Mohr, Spezialarzt für Chirurgie in Bielefeld.

(Schluß.)

Die klinische Diagnose des Leidens wird gewöhnlich vor der Operation nicht gestellt. Eine Unterscheidung von eingeklemmtem Netz oder Darmwandbruch, von Inkarzeration eines Ovariums, einer Tube, eines ektoxischen Hodens ist klinisch unmöglich, auch kommen Verwechselungen mit Lymphdrüsenentzündungen, Varikozele und Hydrozele vor. Höchstens vermuten könnte man eine Appendix-Inkarzeration bei einem kleinen, rechtsseitigen inkarzerierten Schenkelbruch einer älteren Frau, wenn keine Erscheinungen von Passageverlegung des Darms vorhanden sind, und wenn ein bisher allerdings nur in wenigen Fällen (Kölliker, Muns) beobachtetes Symptom vorhanden ist, nämlich eine Beugekontraktur des betreffenden Beines; in Köllikers Falle verursachte jeder Versuch, das Bein zu strecken, außerordentlich heftige Schmerzen in der betreffenden Unterbauchgegend; bei der Operation fand sich der sehr lange Fortsatz, in Streckstellung des Beines sehr stark gespannt, im Grunde des Bruchsacks mit seinem freien Ende angewachsen. Eine derartige, schmerzhafte Spannung und reflektorische Beugekontraktur kann jedoch nur dann eintreten, wenn das Coecum hoch steht, also nur ein kleiner Teil des Prozessus im Bruche festgehalten wird (Honsell). In weniger ausgesprochener Form wird das Symptom wohl häufiger beobachtet. Bayer sah Bewegungsstörungen des betreffenden

---

Feuilleton.

Die Fortschritte der balneologischen Wissenschaft.

Von San.-Rat **Dr. Scherk,** Bad Homburg.

(Schluß.)

Nach Brasch*) wird die HCl des Magensaftes durch die Umsetzung der Chloride des Blutes in den Zellen der Magensaftdrüsen gebildet und müssen die Kationen der Chloride als Hydroxyde wieder in die Blutbahn und zwar zunächst in das Pfortaderblut eintreten und zur Leber gelangen. Der chemische Vorgang ist ziemlich einfach:

$$CC z Na + H_2 O = CC zH + Na z HO.$$

Die spezifische Wirkung der Ionen und ihr Verhältnis zu den osmotischen Prozessen werden bei balneologischen Untersuchungen uns den Weg zeigen, auf welchem fortwährend wir uns dem Ziele immer mehr nähern werden.

*) Die anorganischen Salze im menschlichen Organismus. S. 44. Verlag von Bergmann, Wiesbaden. 1900.

Wenn wir die Wirkung der Mineralwassertrinkkuren von diesem Gesichtspunkte aus beurteilen, so bleibt uns eine Deutung der Erfolge, wie dieselben bei Anwendung verschiedener Heilquellen, solange wie dieselben existieren, von den Kollegen beobachtet sind und nicht bestritten werden können, nicht mehr rätselhaft. Wenn wir beispielsweise die Dextroseausscheidung schwinden sehen, welche nach Malaria oder großen Blutverlusten beobachtet wird, nach Anwendung einer Mineralwassertrinkkur, so ist die Ursache der Heilung einfach auf eine Hebung der katalytischen Prozesse zurückzuleiten, welche durch Demolierung der Erythrocyten oder durch Ausfall des Haemoglobins vollständig minderwertig verlaufen. Durch Zufuhr von Eisenionen oder andren Oxydasen kann die herabgesetzte Dextroseoxydation wieder ausgeglichen werden, die Sauerstoffübertragung reguliert sich wieder und paßt sich allmählich den normalen Verhältnissen an, so daß die elektrolytischen Prozesse sich wie bei Gesunden abwickeln.

In analoger Weise müssen wir annehmen, daß bei der uratischen Diathese bei Gebrauch einer bestimmten Trinkquelle die darniederliegenden Oxydationsprozesse gehoben werden und mehr Harnsäure verbrannt wird, wie ohne Einverleibung von Oxydasen der Fall gewesen ist. Hat doch Robin kürzlich nachgewiesen, daß durch Lösungen, welche $^{10}/_{1000}$ g von Palladium, Platin, Gold oder Silber enthalten und injiziert werden, eine Zunahme des Harnstoffs, also eine vermehrte Verbrennung der Harnsäure, verursacht wird. Damit ist der Beweis der



Beins eintreten und auch in meinem Falle gab die Kranke an, sie habe die größten Schmerzen gehabt, wenn sie nach längerem Sitzen in vornübergebeugter Stellung aufgestanden und umhergegangen sei. Da auch linksseitige eingeklemmte Coecalhernien beobachtet worden sind, so schließt die Tatsache, daß der Bruch auf der linken Seite sich befindet, eine Wurmfortsatzeinklemmung nicht aus. Welche Schwierigkeiten die Diagnose bieten kann, zeigt ein Fall Sprengels, in welchem die Diagnose auf Appendizitis mit Lagerung des Appendix nach einwärts, Bildung eines umschriebenen Exsudats, Fortleitung der Entzündung durch den Schenkelkanal, Beteiligung der vor demselben liegenden Drüsen und entzündlichen Oedem gestellt wurde, während ein eingeklemmter Wurmfortsatzschlingenbruch vorlag. Mit Sicherheit auszuschließen ist eine isolierte Wurmfortsatzeinklemmung nur, wenn in einem frischen Falle eine sehr umfangreiche Bruchgeschwulst vorliegt.

Das Symptomenbild ist das einer eingeklemmten Hernie ohne Verlegung der Darmpassage. Es handelt sich gewöhnlich um erworbene Brüche, welche häufig schon längere Zeit, manchmal Jahre lang bestanden, jedoch stets reponibel waren. In einzelnen Fällen wird der Bruch erst gelegentlich der Einklemmungserscheinungen zum ersten Male bemerkt, jedoch muß nach Lage der Dinge ein präformierter leerer Bruchsack stets bereits vorhanden sein, wenn eine Einklemmung des Fortsatzes erfolgt. Handelt es sich um eine sekundäre Einklemmung, so kann der Bruch in der ersten Zeit noch reponibel sein, später jedoch verwächst der im Bruchsack liegende Appendix mit der Bruchsackwand, und zwar am häufigsten die Spitze mit dem Boden des Bruchsacks; der Bruch wird hierdurch irreponibel, die sekundäre Einklemmung vorbereitet.

Oertlich findet man in leichten Fällen die Erscheinungen einer Bruchsackentzündung, eine prall elastische, meist nur nußgroße, druckempfindliche Geschwulst mit spontanen, in die Unterbauchgegend und den Oberschenkel ausstrahlenden Schmerzen; eine bisher reponible Hernie wird irreponibel, und die Bruchgeschwulst schwillt nun im Laufe von Stunden oder Tagen schmerzhaft an. In einzelnen Fällen werden die Schmerzen im Beginn irgendwo im Bauche, z. B. in der Nabelgegend lokalisiert und konzentrieren sich erst später auf die Bruchgeschwulst selbst. In einigen Fällen von Wurmfortsatzschlingenbruch wurde neben der eigentlichen Bruchgeschwulst eine Schwellung oberhalb des Leistenbandes, entsprechend dem Wurmfortsatz-Ende, beobachtet. Nur selten kommt es in vorgeschrittenen Fällen zu Rötung und Oedem der bedeckenden Haut. Auf die einigemale beobachteten Bewegungsstörungen des der Bruchseite entsprechenden Beins wurde bereits oben hingewiesen.

Allgemeinerscheinungen können, zumal im Beginn, völlig fehlen, oder sich auf geringfügige Störungen, wie mangelnden Appetit, Uebelkeit und Stuhlverstopfung beschränken. Der Leib ist meist weich und schmerzlos. In etwas schwereren Fällen kommt es zu ein- oder mehrmaligem Erbrechen, wobei jedoch Stuhl und Winde regelmäßig abgehen, und der Leib weich bleibt. Nur selten bildet sich der volle Symptomenkomplex einer schweren Einklemmung mit Erbrechen, Verhalten von Stuhl, Winden, und Kollaps aus; selbst bei diesen schwersten Fällen mit ausgesprochenen Ileuserscheinungen ist in der Regel die peritoneale Reaktion doch geringer, der Darmverschluß nicht so vollkommen wie bei anderen Einklemmungen oder bei Appendizitis in der Bauchhöhle; das Erbrechen wird anscheinend niemals kotig im Gegensatz zur Darmeinklemmung. Wie sind diese Ileuserscheinungen zu erklären, da eine Passageverlegung des Darms doch nicht vorliegt? Wood, Verchely, Rose, Kirstein, Lendler u. a. nehmen an, daß der Ileus reflektorisch durch die Quetschung der Wurmfortsatzwand, Druckaffektion der Peritonealnerven im Serosa-Ueberzug des Wurms und dadurch bedingte sehr starke Nervenreizung, zu Stande kommt; ähnliches kann ja bei jeder starken Reizung von Peritonealnerven eintreten, so z. B. bei Netz-Blasen und Darmwandbrüchen, bei Hodeneinklemmung und Stieltorsion von Bauchtumoren. Achsendrehungen und Knickungen des Darms infolge abnormer Fixation des Coecums durch den eingeklemmten Fortsatz verschulden wohl nur selten Ileussymptome; auch eine Peritonitis als Ursache der Darmverlegung kommt kaum in Frage, denn fast immer tritt rasch ein Verschluß der Bruchpforte ein, eine diffuse Peritonitis ist daher sehr selten, und bei Gangrän und Eiterung im Bruchsacke bildet sich eher, wenn nicht operiert wird, eine skrotale Kotfistel, als daß ein Uebergang der Eiterung auf die Bauchhöhle erfolgte. Nach Honsell besteht ein gewisses, allerdings nicht konstantes Verhältnis zwischen dem Grade der Allgemeinerscheinungen und der Schwere der Einklemmung; dementsprechend waren in meinem Falle, wo nach fünf Tagen noch kein schwerer Grad von Einklemmung vorgefunden wurde, auch die Allgemeinerscheinungen gering, während in einem anderen Falle, in welchem schon nach 24 Stunden definitive Veränderungen am Wurm eingetreten waren, heftiges Erbrechen auftrat.

Bei der sekundären Einklemmung kommt auch ein mehr chronischer Verlauf vor, indem wiederholte, rasch vorübergehende, schmerzhafte Anschwellungen auftreten, welche den Bruchinhalt mitunter plötzlich irreponibel machen.

Oxydasewirkung experimentell bestätigt (vergl. Die Metallfermente speziell bei der Pneumonie. Acad. de med. 6. Dez. 1904).

Wie ich schon in verschiedenen Arbeiten hervorgehoben habe, ist nur von diesem Gesichtspunkte aus der Erfahrungssatz zu deuten, nach welchem Heilquellen, welche eine differente chemische Analyse aufweisen, doch bei Anwendung einer bestimmten Krankheitsform Erfolge aufweisen können und andrerseits ein Mineralwasser mit ganz speziellen Ingredienzen bei einer und derselben Erkrankung einen günstigen Einfluß ausüben können.

Beachten wir, daß nach J. Gaubes Untersuchungsresultaten ein Kilogramm lebendes Gewicht unter normalen Verhältnissen täglich beim Menschen an Zufuhr von Mineralsubstanzen verlangt: an

Chlor	0,159
Natrium	0,106
Kalium	0,065
Phosphor	0,029
Kalk	0,016
Magnesium	0,009
Schwefel	0,002
Eisen	0,001.

Erwägen wir, daß von diesen aufgeführten anorganischen Substanzen der Eisenbedarf die unterste Stelle einnimmt, wiewohl bewiesen ist, welche Störungen im Stoffwechsel durch ein Eisenminus verursacht werden können, so ist die Schlußfolgerung berechtigt, daß ein Ausfall der Chloride oder anderer minimaler Werte ebenfalls zu pathologischen Veränderungen im Zellenchemismus führen muß und die Bedeutung des Deckungsprinzipes wird nicht zu bestreiten sein. Die Zufuhr dieser anorganischen Substanzen ist zur Bestreitung der somatischen Bilanz ebenso erforderlich wie die Einverleibung der anderen Nährstoffe und des Sauerstoffs.

Immerhin werden wir mit enormen Schwierigkeiten zu kämpfen haben, wenn wir den Versuch machen wollen, das Defizit bestimmter Mineralsubstanzen durch Zahlen nachzuweisen. Bei der eigenartigen Verteilung der anorganischen Substanzen in den verschiedenen Organen und bei der regulatorischen Funktion, durch welche die Tätigkeit einzelner Zellen mehr in Anspruch genommen werden, wenn ein Ausfall bestimmter Elemente sich geltend macht, diese Momente sind bei Stoffwechseluntersuchungen stets auf die Wagschale zu legen und beeinträchtigen die Exaktheit der Untersuchungsresultate. Andererseits sprechen tausendfache Erfahrungen, welche an den Kurorten von den Kollegen gemacht sind und noch täglich gemacht werden, für die Bedeutung der Mineralwässer, wenn dieselben vorschriftsmäßig dem Patienten einverleibt werden, und die Beobachtung belehrt uns, daß dieselben Erfolge bei bestimmten Krankheiten durch Gebrauch von Bädern,

Die Prognose ist vor der Operation jedenfalls mit Vorsicht zu stellen, da eine sichere Unterscheidung von den Darmwandbrüchen nicht möglich ist; hier wie dort können die ersten Tage ohne beunruhigende Erscheinungen verlaufen, und trotzdem ist die Gefahr eines Durchbruchs und einer Ausbreitung auf das Bauchfell stets vorhanden, wenn sie auch für die Wurmfortsatzeinklemmung nach den bisherigen Erfahrungen gering ist. Die Behauptung Rose's, daß die Wurmfortsatzeinklemmungen besonders schwere seien, und sehr frühzeitig zur Gangrän führten, ist nach Honsells Zusammenstellung nicht richtig, denn sämtliche 21 Fälle Honsells genasen nach der Operation, bei 7 innerhalb der ersten Tage Operierten wurden nur einmal, bei 14 später Operierten nur siebenmal irreparable Veränderungen am Prozessus angetroffen. Auch mein Fall spricht gegen Rose's Ansicht. Die Prognose ist also günstig.

Die Behandlung hat von jedem Versuch der Taxis abzusehen. Bei der elastischen Einklemmung eines so kleinen Gebildes, wie des Wurmfortsatzes, ist der Versuch der Taxis, ganz abgesehen von ihrer Gefährlichkeit, von vornherein als aussichtslos anzusehen. Ein frühzeitiger operativer Eingriff ist schon deswegen absolut notwendig, weil, wie bereits erwähnt, vor der Operation eine Unterscheidung von den gefährlichen Darmwandbrüchen unmöglich ist. Soll nach Lösung der Einklemmung der Fortsatz reponiert oder reseziert werden? Einzelne Autoren empfehlen, in frühzeitig operierten Fällen den Fortsatz, wenn er sonst gesund ist und die Stauungserscheinungen sich unter den Augen des Operateurs zurückbilden, zu reponieren, ihn dagegen bei entzündlichen Erscheinungen, bei Fremdkörpern, sowie bei abnormer Lage (auch wenn er gesund ist) in jedem Falle zu entfernen. Der eingeklemmte Fortsatz kann sich zweifellos bei frühzeitiger Lösung der nicht allzu festen Umschnürung völlig erholen und die Rückverlagerung hat in den bisher beobachteten Fällen niemals geschadet. Trotzdem wird von den neueren Autoren mit Recht empfohlen, grundsätzlich in jedem Falle zu resezieren; denn bei der bekannten Neigung des Wurms zu entzündlichen Veränderungen erscheint es doch gewagt, auch einen gesunden Fortsatz nach einer so starken und plötzlichen Zirkulationsstörung zu reponieren; man kann nie wissen, ob nicht durch die Einklemmung der Keim zu einer späteren Appendizitis gelegt wird. Auch ist zu beachten, daß (wie z. B. in meinem Falle) die äußerlich sichtbaren Veränderungen gering sein können, während sich an der Schleimhaut schon tiefgreifende Ulcerationen finden. Schließlich ist hervorzuheben, daß die Resektion des Fortsatzes bei der heutigen Technik gefahrlos ist. Bei irgendwie schwereren Veränderungen kann über die Zweckmäßigkeit der Resektion kein Zweifel sein. Bei Gangrän, Perforation und Eiterung am Appendix kann es vorkommen, daß derselbe beim Anziehen abreißt; es muß dann eventl. die Laparotomie angeschlossen werden. Hierbei kann es zweckmäßig sein, die Bruchpforte von der Bauchhöhle aus zu verschließen, und so die infizierten Teile extraperitoneal zu verlagern; nunmehr werden diese entfernt und die Bruchschnittwunde wird drainiert. Dieses von Barnsby empfohlene Verfahren ist für schwächliche Patienten jedenfalls zu eingreifend. bei solchen muß eventl. zunächst ein Kunstafter angelegt werden. In allen Fällen, in denen eine Infektion der Bruchsackhöhle angenommen werden muß, ist die ganze Wundhöhle zu tamponieren, um einer Peritonitis vorzubeugen.

Literatur.

Die Literatur bis 1902 findet sich in der zusammenfassenden Arbeit von Honsell, Beiträge zur klinischen Chirurgie, Bd. 37, H. 1—2. Die dort nicht angeführten und seither erschienenen Arbeiten sind folgende:

Pupovac, Wiener klin. Wochenschr. 1900, Nr. 15. Wulff, Zentralbl. für Chirurgie 1901, Nr. 26. Klaussner, Wiener klin. Rundschau 1902, Nr. 49. Vésignié, Thèse de Paris, G. Steinheil 1903. Quenu, bull. et mém. soc. de chir. de Paris 1903, T. 29. v. Schmarda, Zur Kasuistik der Unterleibsbrüche, Wien, W. Braumüller, 1903. Sprengel, Deutsche Zeitschrift f. Chir. 1904, H. 1—3. Du Séjour, bull. et mém. soc. anatom. de Paris 1904, Februar. Staatsmann, Münchener Med. Wochenschr. 1904. Nr. 14. Shands, annals of surgery 1904, September. Tapie, archives provinc. de chir. 1904, Nr. 8. Barnsby, bull. et mém. de soc. de chir. Paris, T. 32. Weir, arch. internat. de chir. Vol. I, 1907. Van Dam, Nederl. Tidschr. voor Geenesk. 1905, Nr. 9. Maccoulard, archives prov. de chir. 1906, Nr. 4. Wood, annals of surgery, Mai 1906. Von Verchély, Beiträge zur klin. Chir. Bd. 48, H. 3, 1906. Foerster, Univ. of Pennsylvania med. bulletin 1901, Dezember. Piersol, ibidem 1901, Oktober. Krüger, Monatsschr. für Unfallheilkunde 1902, Nr. 8.

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynaekologie zu Berlin.

Sitzung vom 12. Juli 1907.

Vorsitzender: Herr Bröse.

I. Demonstrationen:

1. Herr Heinsius: Im Anschluß an die Operation eines im vorigen Jahre in der Gesellschaft vorgestellten Polypen der Harnröhre entwickelte sich ein ulcus chronicum vulvae, das bisher allen Behandlungsversuchen trotzte, und bezüglich dessen Natur

---

physikalisch-diätetische Therapie, Luftwechsel etc. nicht erzielt werden, wenn diese Faktoren nicht mit einer Mineralwassertrinkkur kombiniert werden. Suggestion ist bei dieser Methode anzuschließen und die Frage der Gleichberechtigung von Verordnung eines künstlichen Mineralwassers ist im negativen Sinne heutzutage erledigt.

Dieser Unterschied wird neuerdings durch den Nachweis der radioaktiven Emanation in den natürlichen Mineralwässern wiederum bestätigt. Auch das Studium der Radioaktivität führt uns auf die Ionen- resp. Elektronentheorie zurück, allüberall, wo wir bei wissenschaftlichen Forschungen Umschau halten, werden uns die Errungenschaften der physikalischen Chemie vor Augen geführt und dieselben werden auch in der Balneologie in der Zukunft den Ausgangspunkt zur weiteren Erkenntnis der biologischen Umsetzungen bei der Einwirkung bestimmter Mineralwassertrinkkuren darstellen.

Zum Schluß dieser Ausführung gestatte ich mir folgenden Passus aus der vorhin zitierten Arbeit von Brasch hervorzuheben (S. 25):

„Wenn durch die physikalisch-chemischen Untersuchungen unzweifelhaft festgestellt ist, daß sämtliche chemischen Reaktionen Ionenwirkung sind, so müssen wir auch schon a priori annehmen, daß sämtliche Reaktionen im lebenden Organismus durch die Wirkung der freien Ionen aufeinander zu stande kommen. Die größte Ionenfreiheit und -Beweglichkeit findet sich aber in den wässrigen Lösungen der anorganischen Salze und so ist es erklärlich, daß fast alle Veränderungen der organischen Verbindungen nur unter Mitwirkung anorganischer Verbindungen vor sich gehen. Wir finden daher auch im lebenden Organismus keine pflanzliche oder tierische Zelle, keine physiologische oder pathologische Flüssigkeit, welche nicht anorganische Verbindungen in mehr oder minder großen Mengen enthielte. Schon daraus leuchtet die Wichtigkeit der anorganischen Salze für die Physiologie und weiterhin für die Pathologie und Therapie ein."

Und Zinn hebt neuerdings in seiner interessanten Arbeit: Ueber neuere Anschauungen in der Ernährungslehre und ihre Verwertung in der Krankendiät (Med. Klinik 18, 07) hervor:

„Für das Verständnis der Mineralwasserkuren, das uns bisher fast völlig fehlte, ist durch die Uebertragung der physikalisch-chemischen Arbeitsmethoden auf dieses Gebiet ein neuer Boden gewonnen. Wir befinden uns in der Erkennung der Bedeutung der Salze für die Ernährung des Gesunden und die Behandlung des Kranken auf dem Wege bedeutsamen Fortschritts. Die Anfänge praktischer Nutzanwendung sind bereits gegeben."

H. um die Ansicht der Gesellschaft bittet. Demonstration der Patientin.

Diskussion: Herr Bamberg hält den Fall für Esthiomène; ätiologisch kommt bei diesen Fällen seiner Ansicht nach Lues in Betracht, empfiehlt Versuch mit Jodkali.

Herr Stöckel macht demgegenüber geltend, daß Esthiomène gewöhnlich vom anus ausgeht, aber nicht an der urethra beginnt.

Herr Moraller hat einen ganz ähnlichen Fall gesehen, in dem es sich um Tuberkulose handelte.

Herr Olshausen hält es für einen typischen Fall von Elephanthiasis vulvae, beruhend auf Lues. Tbc. glaubt er ausschließen zu können.

Herr Straßmann schließt ebenfalls Tbc. aus und glaubt Lues annehmen zu müssen.

Herr Heinsius hält das ulcus, nachdem Jodkali auch völlig versagt hat, z. Zt. doch für tuberkulöser Natur.

2. Herr Mainzer:

a) 38jährige Patientin mit Cruralhernie; nachts mit Einklemmungserscheinungen in die Klinik eingeliefert. Vergrößerung des Bruches auf das Doppelte seines früheren Volumens. Bei der Eröffnung des Bruchsackes entleert sich blutige Flüssigkeit, dagegen findet sich keine eingeklemmte Darmschlinge, sondern nur adhärentes Netz. Deshalb sofort anschließend Laparotomie, die eine typische geplatzte Tubargravidität ergibt.

b) Dermoid mit reichlichen Knochenplatten. Der Tumor ähnelt äußerlich einem perforierten kindlichen Schädel und bei seiner Eröffnung findet sich im Inneren eine ziemlich genaue Nachahmung der knöchernen Schädelbasis.

c) Demonstration abdominal exstirpierter Uteruskarzinome. Uterus stets im Zusammenhang mit der ganzen Scheide und den Parametrien entfernt. Die letzten zehn Fälle sind sämtlich primär genesen.

3. Herr Henkel:

a) Trabekelblasen (zystoskopische Demonstration).

b) Post partum ausgestoßener, vollkommener Ausguß des Uterus, bestehend aus Blut, Decidua und Plazentarresten.

c) 25jährige Frau mit kleinem Mesenterialtumor, dessen Diagnose erhebliche Schwierigkeiten bereitete.

II. Vortrag des Herrn A. Pinkuß: Zur therapeutischen Beeinflussung des Krebses durch Trypsin.

Nach einem kurzen Ueberblick über die z. Zt. gültigen Anschauungen über die Chemie und die Wirksamkeit der Fermente, sowie über die in jüngster Zeit aufgetauchten Bestrebungen, die Fermente, insbesondere das Trypsin für die Therapie des Karzinoms nutzbar zu machen, bespricht P. seine eigenen Versuche. Dieselben haben zwar noch kein greifbares therapeutisches Resultat, aber immerhin soviel ergeben, daß wir in dem von der Firma Fairchild hergestellten Trypsin, einer klaren gelblichen, sterilen Flüssigkeit, ein fermentativ stark wirksames, dabei aber für Tiere und Menschen absolut unschädliches Präparat besitzen, das sich subkutan injizieren läßt, in den allgemeinen Körperkreislauf übergeht und eine lokale Reaktion am Tumor hervorruft. Dieses Ergebnis ist bedeutsam gegenüber der Tatsache, daß die bei den bisherigen Versuchen benutzten Organemulsionen und Preßsäfte, die in den Tumor direkt injiziert wurden, zu schweren Intoxikationserscheinungen, Abszeßbildung, ja sogar vielleicht zum Exitus geführt haben. Die Versuche werden selbstverständlich bis zur Möglichkeit einer Entscheidung über ihren Erfolg fortgesetzt.

Diskussion: Herr Bumm und Herr Liepmann warnen auf Grund ihrer, allerdings mit Organpreßsäften ausgeführten Versuche vor deren Fortsetzung.

III. Herr Stöckel: Demonstration einer bei einer Operation in der Bauchhöhle zurückgelassenen Schieberklemme, die z. T. in die Blase eingewandert war und nunmehr durch Kolpozystotomie entfernt wurde.

Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur.

Sitzung vom 14. Juni 1907.

Vorsitzender: Herr Uhthoff, Schriftführer: Herr Partsch.

1. Herr Weigert: „Ueber den Einfluß der Ernährung auf die Tuberkulose“.

Hunger, Abkühlung und Gifte (Alkohol) können Wirkung auf die Schutzstoffe des Körpers ausüben. Besonders die chemische Zusammensetzung des Säugetier-Körpers ist von größter Wichtigkeit; der Vortr. versuchte daher durch Ernährung diese Zusammensetzung zu beeinflussen. Er fand, daß Mästung an sich nicht imstande ist, Tuberkulose aufzuhalten; zuweilen ist sogar ein Zusammenhang zwischen Mästung und darauffolgendem Zerfall zu konstatieren. Auch Tiere reagieren manchmal konträr. Einseitige Ernährung und Stoffwechselalterationen befähigen zu gewissen Erkrankungen, z. B. Diabetes zur Furunkulose. Ein physiologischer Vorgang, wie die Abnahme des Wassergehalts im wachsenden Säuglingskörper, ist von größter Bedeutung. Die Bakterien wachsen weniger, je trockner die Nährböden sind. Wachstumsgrenze ist 57% des mittleren Wassergehalts des lebenden Menschen. Minimale Schwankungen genügen, um den Bakterien Lebensmöglichkeit zu geben oder zu nehmen. Der Wassergehalt des Menschen nimmt ständig ab, vom Beginn des fötalen Lebens bis zur Geburt und dann bis zur Wachstumsgrenze. Auch Mortalität nimmt in gleicher Weise ab. Mit Mehl einseitig ernährte Kinder retinieren große Mengen Wasser und täuschen Gewichtszunahme vor (Mehlnährschaden). Der Vortr. berichtet dann über seine Untersuchungen über die Widerstandskraft der Schweine gegen Tuberkulose bei bestimmter Fütterung. Es wurden fünf Tiere mit Sahne und Sesamöl und fünf Tiere mit fettarmer Buttermilch, Semmel, Zucker und Kartoffeln gefüttert und dann mit einer Aufschwemmung von perlsüchtigen Tieren infiziert. Es zeigte sich durchweg, daß die mit Kohlehydraten gefütterten Schweine viel mehr tuberkulöse Herde hatten und der Krankheit weniger Widerstand entgegensetzen konnten, als die mit Fettnahrung. Also nicht auf die Mästung allein, sondern auf die Art der Nahrung kommt es an.

Diskussion: Herr Rosenfeld hält die Berücksichtigung des kalorischen Verhältnisses von Fett und Kohlehydraten für wichtig. Außerdem sprechen noch Herr Uhthoff und der Vortr.

2. L. Fränkel (Autoreferat; erscheint ausführlich im Zentralblatt für Gynäkologie): „Kann eine Schwangerschaft spurlos zurückgehen?“

Doppelseitige Ovariotomie nach siebenwöchiger Amenorrhoe. Der Uterus wird vorgezogen, als gravid erkannt (billardkugelgroß, hochrot, dünnwandig, prall-verschieblicher Inhalt). Frisches, über kirschgroßes Corpus luteum. In der Rekonvaleszenz und später genaue Beobachtung: Niemals Abort, Abgang von Stücken, Blut oder Fluor. Darnach Kastrationsatrophie des Uterus; beobachtet seit 14 Monaten.

Der Fall entspricht einem von Polano vor kurzem publizierten, von Hofmeier operierten Fall. Dort vierter Monat der Schwangerschaft, die gleichfalls spurlos verschwindet. P. kann sich nicht vorstellen, daß ein ausgebildeter Fötus sich zurückbildet und nimmt Blasenmole ohne Fötus an (Luteïnzysten mit Luteïnzellenverstreuung beider Eierstöcke).

Für mich hat das Verständnis auch der Resorption eines Fötus keine Schwierigkeit durch Kaninchenexperimente.

Nach Kastration in der Gravidität bis zum 21. Tage post coitum habe ich vollkommenen Rückgang aller Eikammern in allen Stadien der Resorption dutzende Male beobachtet. Zuerst schwindet das Fruchtwasser, dann die Eihüllen; Fötus (bald unkenntlich) und Plazenta verschmelzen zu einer hämatommolenähnlichen Masse (Demonstration), die ziemlich schnell eintrocknet, sich stark verkleinert, endlich verschwindet; Kastrationsatrophie des Uterus tritt ein. Ob nach Ausbildung des Skelettsystems der intrauterine Eischwund noch statthat, muß weiter untersucht werden.

Seither sind mir weitere Fälle bekannt geworden, darunter ein durch Laparotomie festgestellter, bei denen es niemals zu Abort oder Geburt kam. Vielleicht sprechen solche Fälle, die gewiß nun öfter mitgeteilt werden, dafür, daß der intrauterine Eischwund in frühen Schwangerschaftsmonaten im Bereich der Möglichkeit liegt.

L. Fränkel (Schlußwort): Die Diskussion, in der die Herren Küstner, Asch, Maiß, Rothe und Fränkel sen. das Wort nahmen, bewegt sich fast ausschließlich um die Frage: Kann Knochen resorbiert werden? — Das soll an der Hand der Tierversuche weiter geprüft werden. In meinem Fall dürften Knochen



kerne noch nicht angelegt gewesen sein. Der intrauterine Eischwund kann für den Menschen auf Grund der bisher beobachteten Fälle nur mit der allergrößten Wahrscheinlichkeit ausgesprochen werden, ist aber für das Kaninchen eine zuverlässig beobachtete Tatsache. Peritz.

Literarische Monatsschau.

Gynäkologie.

(Schluß.)

Einen nicht minder eigenartigen Fall aus der Pathologie der Schwangerschaft, der nach den bisherigen Kenntnissen ein Unikum darstellt, beschreibt Walthard. Die 27jährige V-para wurde im achten Monat der Schwangerschaft wegen Blutungen aus der Scheide der Klinik überwiesen. Es fanden sich außer einer normalen Gravidität auf der Vorder- und Hinterwand der Scheide zwei polypöse Gebiete von Haselnußgröße mit ulzerierter, schmierig belegter, leicht blutender Oberfläche, deren mikroskopische Untersuchung die Diagnose eines typischen Chorionepithelioms ergab. Um eine weitere Aussaat von Metastasen, namentlich nach der Geburt, zu verhüten, wurde die abdominale Totalexstirpation des graviden Uterus nach vorausgeschickter Sectio caesarea ausgeführt. Das Kind kam lebend zur Welt, starb aber nach einigen Stunden, die Frau machte eine glatte Rekonvaleszenz durch, ging aber nach sieben Monaten zu Grunde. Die Untersuchung des Operationspräparates und die Sektion ergaben ein interessantes Ergebnis. Obwohl die Plazenta mit der Plazentarstelle in sorgfältigen Serienschnitten untersucht wurde, konnten nirgends Veränderungen gefunden werden, welche auf ein bestehendes oder beginnendes Chorionepithelioma placentae oder auf partielle blasenmolenartige Veränderungen einzelner Zöttchen deuteten. Hingegen fanden sich bei der Sektion massenhaft typische Metastasen in Leber, Lunge und Niere, an denen die Patientin auch zu Grunde gegangen war. Dieser Fall zwingt daher zu der Annahme, daß selbst tödlich verlaufende Chorionepitheliome in den verschiedensten Organen eines Individuums vom Chorionepithel oder dem Synzytium einer Plazenta ausgehen können, in welcher mit den uns heute zur Verfügung stehenden Untersuchungsmethoden weder ein Primärtumor im Sinne eines Chorionepithelioma placentae, noch blasenmolenartige Veränderungen oder andere Veränderungen nachgewiesen werden können, welche auf eine besondere Wachstumsenergie der Plazentarzellen deuten.

Hitschmann und Adler haben auf Grund groß angelegter, jahrelanger Untersuchungen an der Schautaschen Klinik eine gänzlich neue Lehre von der Endometritis aufgestellt, die in ihrer Einfachheit und Klarheit einen außerordentlich überzeugenden Eindruck macht, und, falls sie durch Untersuchungen bestätigt wird, geeignet ist, unsere gesamten Anschauungen über das Wesen der Veränderungen des Endometriums von Grund aus umzugestalten. Die pathologisch-anatomischen Ergebnisse ihrer Forschungen werden von den beiden Autoren in folgenden Fundamentalsätzen zusammengefaßt:

I. Die „Endometritis glandularis hypertrophica“ und die „Endometritis glandularis hyperplastica“ haben nichts mit der Entzündung zu tun.

Die „Endometritis glandularis hypertrophica“ stellt überhaupt keine pathologische Veränderung der Uterusschleimhaut dar, sondern entspricht dem prämenstruellen Zustand der normalen Uterusschleimhaut.

Die „Endometritis glandularis hyperplastica“ umfaßt zum Teil normale prämenstruelle Verhältnisse, zum Teil Varianten im Drüsenreichtum innerhalb physiologischer Grenzen; daneben gibt es eine glanduläre Hyperplasie der Uterusschleimhaut, die jedoch von der Entzündung ganz unabhängig ist.

II. Es gibt nur eine Form der Entzündung der Uterusschleimhaut, das ist die Endometritis interstitialis, Endometritis schlechtweg. Der Entzündungsprozeß spielt sich in der Uterusmukosa, analog der Entzündung in anderen Organen, im Stroma ab. Damit ist die Lehre von der Endometritis ihrer künstlich geschaffenen Besonderheiten entkleidet und auf eine allgemeine pathologisch-anatomische Basis gestellt.

Die Diagnose der Endometritis beruht auf dem Nachweis der Infiltrationszellen, der morphologisch und tinktoriell wohl charakterisierten Plasmazellen.

Selbstverständlich kann eine derartige Umwälzung der anatomischen Grundlagen auch nicht ohne Einfluß auf unsere klinischen Anschauungen von der Endometritis sein. Das wichtigste Fazit, das die beiden Autoren bisher in dieser Beziehung gezogen haben, besteht darin, daß ihrer Ansicht nach ein kausaler Zusammenhang zwischen Blutung und Entzündung der Uterusmukosa nicht besteht. Sie gehen dabei von der einfachen Beobachtung aus, daß gerade bei der akuten Endometritis, wo man am ehesten Blutungen erwarten müßte, solche nie auftreten. Dieselben kommen erst dann zur Beobachtung, wenn die Entzündung längst chronisch geworden ist, und bestehen noch fort, wenn die Entzündung anatomisch längst abgeheilt ist. Dies beruht ihrer Ansicht nach darauf, daß die Blutungen nicht von den Veränderungen im Endometrium, sondern von der im späteren Stadium des Leidens einsetzenden Miterkrankung der Ovarien abhängig sind. Dieser Zusammenhang ist so gesetzmäßig, daß unregelmäßige Blutungen, z. B. im Verlaufe einer „Gonorrhoe“, geradezu diagnostisch für das Ergriffensein der Ovarien verwertet werden können. In anderen Fällen von unregelmäßigen Blutungen dürften funktionelle Erkrankungen des Ovars ätiologisch in Betracht kommen.

Zickel-Berlin.

Periodische Literatur.

Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 19. 1907.

1. Strauß, Berlin: **Ueber Pseudoanämien.**

Unter Pseudoanämien sind Krankheitszustände zu verstehen, bei welchen die äußere Besichtigung des Patienten für das Vorhandensein einer Anämie spricht, während die Blutuntersuchung ein durchaus normales Verhalten des Blutes in Bezug auf den Farbstoffgehalt und die morphotischen Elemente ergibt. Eine Blässe der Haut (Achroodermie) kann, wenn man von einer Verschlechterung des Blutes absieht, bedingt sein entweder durch eine Veränderung der Durchsichtigkeit der Epidermis, die die färbende Kraft des Blutes nicht in normaler Intensität zum Ausdruck kommen läßt, oder durch eine zu geringe Blutfüllung der Haut (Ischaemia cutis). Diese wiederum kann ihre Ursache haben in einer Ablenkung des Blutes nach anderen Körperstellen (passive Form) oder in einer Fernhaltung des sonst der Haut zufließenden Blutes durch Kontraktion der Hautgefäße (aktive Form). Blässe der Haut durch chronischen Angiospasmus kommt besonders bei der chronischen Bleivergiftung und den chronischen Nephritiden vor, neben den Fällen von Anaemia vera, übertrifft diese aber an Häufigkeit. Zahlreicher noch als die beiden Formen von Pseudoanämie sind diejenigen Fälle, die als neurogene im engeren Sinne zu betrachten sind. Es handelt sich hier um zarte, muskelschwache Patienten, meist im jüngeren oder mittleren Lebensalter, häufiger weiblichen als männlichen Geschlechts, die eine Reihe von nervösen Beschwerden, leichte Ermüdbarkeit, allgemeine Hinfälligkeit, große Reizbarkeit, unruhigen Schlaf, Neigung zu Migräne, zu Akroparästhesien, zuweilen auch Klagen über das Herz und den Verdauungsapparat darbieten; unter den weiblichen Patienten sind nicht spärlich auch solche vertreten, bei denen eine Affektion des Genitalapparates vorliegt. Speziell unter den zarten, blassen Vertretern findet sich eine ganze Zahl von Patienten, die neben sonstigen Zeichen des Erethismus nervosus eine ausgeprägte Neigung zu spastischer Obstipation darbieten, besonders häufig ist die Koinzidenz beider pathologischer Zustände bei Fällen von konstitutioneller Gastroptose bezw. Enteroptose. Die Herzstörungen bei der Pseudoanämie sind fast stets rein nervösen Charakters; dafür spricht auch das Verhalten des Blutdrucks, der bei allen Fällen, wo Arteriosklerose, Nephritis oder Bleiintoxikation auszuschließen war, normal oder nur leicht erhöht gefunden wurde. Von andern Krankheitszuständen, bei welchen Pseudoanämie häufiger festgestellt werden konnte, sind die orthostatische Albuminurie, initiale Tuberkulose und die Fettsucht zu erwähnen. Was die Therapie betrifft, so hat es natürlich keinen Sinn, die



hier in Rede stehenden Patienten mit Eisenpräparaten zu behandeln; im Gegenteil kann Eisen, wo eine Anfälligkeit des Verdauungskanals vorliegt, noch zu Magenverstimmungen Anlaß geben. Von Medikamenten sind die Arsenpräparate zu empfehlen, die durch Beeinflussung des Nervensystems Erfreuliches leisten können; daneben noch die Valerianapräparate. Die Hauptaufgabe der Therapie liegt auf physikalisch-diätetischem Gebiete. Fleischarme, besonders an Obst, Früchten, Eiern, Gemüsen, Milch, Käse etc. reiche, für die Ernährung ausreichende und in Fällen von Unterernährung auf Mast (Sahne, Butter etc.) berechnete Diät ist am Platze. Von physikalischen Faktoren sind besonders Luftliegekuren, Luftbäder, warme protrahierte Bäder event. mit Fichtennadelextrakt, spirituöse Abreibungen, bei Schlaffheit der Muskulatur Massage, Galvanisierung zu empfehlen. Beruhigend auf den Patienten wird die Versicherung der Bedeutungslosigkeit der Hautblässe wirken.

2. Westenhoeffer, Berlin: **Ueber das Wesen und die Natur der Geschwülste.**

Das Charakteristische aller echten Geschwülste besteht in ihrer Autonomie dem Organismus gegenüber. Obwohl aus Zellen des Organismus hervorgegangen, tritt die Geschwulst in einen völligen Gegensatz zu diesem, indem sie ihm entweder nichts nützt oder ihn sogar schädigt. Sie befindet sich in einer Art Symbiose mit ihm, indem sie ihre Nahrungsstoffe von ihm bezieht, ihm aber dafür kein Aequivalent bietet. Derartige Symbiosen aber fallen in das Gebiet des Parasitismus. Am deutlichsten zeigt sich die parasitäre Natur der Geschwülste bei den malignen in dem schrankenlosen, alles vernichtenden Wachstum. Zu diesem ist theoretisch nichts als eine einzelne Zelle nötig, die sich ins unendliche vermehrt; das Stroma ist nur insofern von Bedeutung für die Geschwulst, als es Blutgefäße trägt. Die Aenderung im Zellcharakter hat man mit verschiedenen Namen belegt, Anaplasie, Kataplasie; damit ist ausgedrückt, daß die Zelle ihre Differenzierung verloren hat; aber eine Erklärung, warum dies geschehen, worin das Wesen dieser Aenderung liegt, ist damit nicht gegeben. Die parasitäre Theorie im Sinne Leydens hat völlig versagt. Die Krebszellen sind vom Organismus abstammende, autotochthone Parasiten. Die Geschwulstzellen zeigen im Vergleich zu allen andern Körperzellen eine bedeutende Selbständigkeit; sie haben eine enorme Wuchskraft; in Bezug auf ihre vegetativen Eigenschaften sind sie nicht minderwertiger, sondern im Gegenteil bedeutend vollwertiger geworden. Dagegen haben sie ihre spezifischen Fähigkeiten in den meisten Fällen verloren. Die Geschwulstzelle nähert sich damit den einfachsten Erscheinungsformen des tierischen Lebens, sie repräsentiert eine Protistenzelle, nicht mehr eine zu einem harmonischen Zellstaat gehörende Zelle, sondern sie selbst stellt ein Individuum, ein Wesen für sich dar, das den Organismus lediglich als Nährsubstrat betrachtet. Als menschliche sind solche Zellen nicht zu betrachten. Zu solchen auf Grund der morphologischen Betrachtung gewonnenen Resultaten kommen die durch chemische Untersuchung des Krebses gefundenen Tatsachen, welche zeigten, daß zwischen Krebszellen und andern Zellen des Organismus ein wesentlicher Unterschied besteht, so daß man von einer chemischen Meta- oder Anaplasie sprechen kann. Mit embryonalen Zellen haben die Zellen der bösartigen Geschwulst nur das rasche Wachstum gemein, sie unterscheiden sich aber von diesen grundlegend durch das schrankenlose destruierende Wachstum. Die Geschwulstzelle ist eine Zelle, die einen Rückschlag erfahren hat in jene Zeit, wo überhaupt noch keine höher zusammengesetzten Organismen entwickelt waren, d. h. einen Rückschlag bis zur Urzelle. Verf. sieht also das Wesen einer echten Geschwulst darin, daß ihre Zellen ihre Differenzierung und funktionelle Beziehung zum Organismus verloren haben und die Eigenschaften einer Urzelle dafür wiedererlangt haben; die Zellen sind mithin gar keine menschlichen Zellen mehr. Diese Eigenschaften sind es, welche sie für den Organismus parasitär werden lassen. Ist diese Anschauung richtig, so steht die Geschwulstzelle am Uebergang des Tierreichs in das Pflanzenreich, sie muß Eigenschaften vereinigen, welche sonst nur getrennt vorkommen, sie muß sich biologisch so verhalten, wie dies einzellige Organismen tun, wie Protozoen, Sporozoen oder Bakterien. Verf. hat nun versucht, auf chemischem und biologischem Wege eine Beziehung des Karzinoms zur Urzelle nachzuweisen. In dieser Hinsicht konnte er mit seinen Mitarbeitern Jakoby und Schütze nachweisen, daß das Karzinom nicht nur autolytische Fermente wie normales Gewebe enthält, das alle tierischen Gewebe verdaut; weiter, daß es auch pflanzliches Eiweiß zu verdauen imstande ist, und schließlich, daß das Serum von mit Karzinomsaft vorbehandelten Kaninchen durch Zusatz von Pflanzeneiweiß eine Komplementablenkung erfährt. Zahlreiche weitere Versuche sind geplant, und Verf. hofft, daß, wenn sie vielleicht auch keine Bestätigung seiner Hypothese bringen werden, doch wichtige Tatsachen sich ergeben werden, so daß die Hypothese jedenfalls eine gute Arbeitshypothese gewesen ist.

Betreffs der Ursachen, welche die Zelle in Wucherung geraten lassen, verweist Verf. auf die biomechanischen Anschauungen Weigerts, Israels, Ribberts; meist darf danach wohl als auslösendes Moment die chronische, mechanische und entzündliche Reizwirkung angesehen werden. An dem Beispiel des Leichentuberkels wird des näheren ausgeführt, wie die chronische Entzündung die Epithelzellen monate- und jahrelang in einer abnormen Wucherungstätigkeit hält und ihnen nicht gestattet, zur Ruhe oder physiologischen Tätigkeit zurückzukehren. Durch die lang fortgesetzte anormale Wucherung erlangen die Zellen eine Wucherungsfähigkeit und Selbständigkeit, die sie vorher nicht besaßen; wahrscheinlich ändert sich auch infolge der veränderten Ernährungsverhältnisse ihre Stoffwechseltätigkeit. So kann allmählich die Zelle lernen, sich mehr nach eigenem Bedürfnis und nach eigener Neigung zu vermehren, nicht mehr nach dem des Organismus.

3. Schaps, Friedenau-Berlin: **Salz- und Zuckerinjektion beim Säugling.**

Verf. machte im Berliner Kinderasyl die Beobachtung, daß gewisse Kinder bei der üblichen kohlehydratreichen Buttermilchernährung, mit 15 g Weizenmehl und 60 g Rohrzucker im Liter, einen unregelmäßig remittierenden, fieberhaften Temperaturgang erhielten, wurde die Buttermilch ohne Kohlehydratzusatz verabreicht, so kehrte die Temperatur wieder zur Norm zurück. Dasselbe Phänomen ließ sich bei gewissen Kindern hervorrufen, wenn man zu einer einfachen Halbmilch einen Zuckerzusatz machte. Die Reaktion zeichnet sich durch ihre Flüchtigkeit aus; sie tritt plötzlich auf, um bei Ausschaltung der Ursache sofort wieder zu verschwinden. Verf. kam zu der Ueberzeugung, daß diese Fieberreaktion nicht durch irgend welche Alterationen der Ingesta innerhalb des Darmrohres erklärt werden könne, sondern daß sie vielmehr der Ausdruck einer direkten Schädigung des Zuckers jenseits des Darmrohrs, einer Zuckerschädigung des Organismus sei. Es wurden nun Infusionsversuche gemacht und dazu ein Mono- und ein Disaccharid, Trauben- und Milchzucker, verwandt, in Lösungen, deren molekulare Konzentration einer physiologischen Kochsalzlösung von 0,8% isotonisch war. Diese Infusionen erwiesen sich als schwerer Eingriff in den Organismus; am markantesten zeigte sich die Einwirkung in einer Fieberreaktion von typischem Verlauf, derart, daß die Temperatur nach der Injektion rasch ansteigt, nach wenigen Stunden ihren Gipfel erreicht, um dann rasch wieder abzufallen. Dabei macht es keinen Unterschied, ob zu der Infusion eine Zuckerart verwandt wird, die völlig oxydationsfähig ist, wie der Traubenzucker, oder eine Zuckerart, die, wie Milchzucker, subkutan eingeführt, nicht in ihre beiden Komponenten gespalten und daher auch nicht verbrannt werden kann. Weiter erwies sich, daß die absolute Menge des eingeführten Zuckers unwesentlich ist, wesentlich dagegen die molekulare Konzentration der Lösungen; d. h. um die gleichen Folgeerscheinungen hervorzurufen, müssen Trauben- wie Milchzuckerlösung in isomolekularer Konzentration injiziert werden. Zur Auslösung der Reaktion muß eine Empfindlichkeitsschwelle überschritten werden, die nicht abhängig ist vom Gewicht, sondern vom Zustand des Kindes. Setzt man die Injektion solcher sich gleichbleibender Zuckermengen bei demselben Individuum fort, so schwächt sich fast immer selbst die stürmischste Temperaturreaktion mehr und mehr ab, um schließlich völlig zu erlöschen; man wird geradezu an einen Immunisierungsvorgang erinnert. Aus weiteren Eigentümlichkeiten der Temperaturreaktionen ergibt sich, daß die Reaktionen des Organismus nicht durch eine spezifi-

sche Wirkung des Zuckers bedingt wird, sondern gewissermaßen als Molekülwirkungen aufgefaßt werden müssen. Wenn dem so ist, dann müßte auch das für den menschlichen Organismus indifferenteste Salz, wie das Chlornatrium, infundiert denselben Effekt hervorrufen wie die Zuckerinfusionen. Das ließ sich in der Tat nachweisen; auf eine subkutane Infusion von wenigen Kubikzentimetern physiologischer Kochsalzlösung (stets bereits bei 5 ccm), körperwarm und unter aseptischen Kautelen injiziert, beginnt bald die Temperatur zu steigen, erreicht nach acht bis zehn Stunden die Akme und ist nach vierundzwanzig Stunden zur Norm abgefallen. Auch bei prolongierten Kochsalzinfusionen tritt meist eine an Immunisierungsvorgänge erinnernde Abschwächung der Reaktion hervor, bis dieselbe vollständig unterbleibt. Dabei ist besonders interessant, daß sich gleichgroße Mengen isotonischer Zucker- und Kochsalzlösung vollkommen gegenseitig vertreten; sind durch prolongierte Zuckerinfusionen die Temperaturreaktionen auf dieselben allmählich zum Schwinden gebracht, dann können auch gleichgroße Mengen einer isotonischen Kochsalzlösung eine Reaktion nicht mehr auslösen, und umgekehrt. Neben den Temperatursteigerungen finden sich bei Zucker- und Kochsalzinfusionen noch eine Reihe klinischer Erscheinungen; die Gewichtskurve blieb in vielen Fällen plötzlich stehen, und stieg erst wieder mit dem Aussetzen der Infusionen; auch starke Gewichtsabstürze wurden beobachtet. Ein prägnant hervortretendes Merkmal war die Somnolenz der Kinder. Vermehrte und schlechte Stühle stellten sich öfters ein, bisweilen kam es auch zu Erbrechen. Aus den Untersuchungen geht hervor, daß zum Zustandekommen der mehr oder weniger schweren Allgemeinerscheinungen, wie sie durch sorgfältige Beobachtung bei einer großen Reihe von akuten Ernährungsstörungen des Säuglings zu konstatieren sind, nicht notwendigerweise Bakterien oder gelöste Toxine vorausgesetzt werden müssen. Es kann die Anwesenheit an sich normaler und indifferenter Bestandteile der Nahrung in der Gewebsflüssigkeit bereits zu schweren Allgemeinerscheinungen mit hohem Fieber führen. Daß diese besonders bei Säuglingen angetroffen werden, kann bei der mangelhaften Entwicklung des Darmrohres in dieser Lebensperiode, welche bald mehr bald weniger leicht gewissen Anforderungen des Ernährungsvorganges gegenüber insuffizient wird, nicht wundernehmen.

4. Kast und Meltzer, New York: **Die Sensibilität der Abdominalorgane und die Beeinflussung derselben durch Injektionen von Kokain.**

Die derzeit herrschende Anschauung, gegründet auf exakte chirurgische Beratungen, ist die, daß die Baucheingeweide sowohl im normalen als im entzündeten Zustande keiner Schmerzempfindung fähig sind. Verff. haben nun im Tierexperiment gefunden, daß die Empfindlichkeit für Schmerzeindrücke vorhanden ist in normalen Organen, und daß dieselbe beträchtlich erhöht ist in entzündeten Organen. Weiter ließ sich nachweisen, daß eine subkutane oder intramuskuläre Injektion einer relativ kleinen Dose von Kokain imstande ist, diese Empfindlichkeit in normalen wie entzündeten Eingeweiden vollständig aufzuheben. Deshalb dürfte die Anästhesie der inneren Bauchorgane, wie sie von den Chirurgen festgestellt wurde, in dem Gebrauch von Kokain ihre Erklärung finden. Auf den Erregungszustand des narkotisierten und operierten Tieres übt die Injektion einer geringen Kokainmenge eine beruhigende Wirkung aus.

5. Sachs und Terruchi, Frankfurt a. M.: **Die Inaktivierung der Komplemente im salzfreien Medium.**

(Schluß aus Nr. 17 und 18.)

Verff. fassen die Resultate ihrer Untersuchungen folgendermaßen zusammen: 1. Im salzarmen Medium (isotonischer Rohrzuckerlösung) bewirkt Meerschweinchenserum eine mehr oder weniger ausgesprochene Hämolyse des Rinderbluts, die in Kochsalzlösung ausbleibt. 2. In Rohrzuckerlösung bleibt die Hämolyse des Rinderbluts durch ein komplexes Hämolysin (immunisatorisch gewonnener Ambozeptor + Komplement) aus. 3. Dieses Ausbleiben der Hämolyse in salzarmer Lösung ist nicht durch das Fehlen der Ambozeptorwirkung, sondern durch eine Inaktivität des Komplements bedingt. 4. Prinzipiell zu trennen von dieser Inaktivität des Komplements ist die dauernde Zerstörung des Komplements, welches in salzarmer Lösung stattfindet. 5. Die dauernde Zerstörung des Komplements im salzarmen Medium bleibt aus: a) bei niedriger Temperatur, b) bei zu starker Verdünnung des Serums, c) bei Verwendung älteren, bereits abgelagerten Serums, d) bei Verwendung frischen und 10 Minuten lang auf 51° erhitzten Serums. 6. Für die Zerstörbarkeit des Komplements ist daher außer der Salzarmut des Mediums die Beschaffenheit des Serums von ausschlaggebender Bedeutung. 7. Der Vorgang erklärt sich durch das Vorhandensein eines fermentartig wirkenden Serumbestandteils, der nur in einer gewissen Konzentration wirkt, und dessen Quantität sich individuell sehr variiert. Dieses Ferment zerstört die Komplemente nur in salzarmer Lösung, resp. nur dann, wenn sie durch das salzarme Medium in eine angreifbare Modifikation umgewandelt worden sind. Bleibt die Wirkung des Ferments aus, so findet eine Rückbildung dieser Modifikation in das wirksame Komplement nach Besalzen der Lösung statt. 8. Große Ambozeptorenmengen scheinen das Komplement vor der Zerstörung im salzarmen Medium zu schützen.

6. Minor, Moskau: **Ueber das Quinquaudsche Phänomen und seine Häufigkeit bei Nichttrinkern und bei Alkoholismus, Hysterie, Tabes und andern nervösen Erkrankungen.**

Nicht abgeschlossen.

7. Laqueur, Berlin: **Ueber einige neuere physikalische Methoden zur Behandlung chronischer Lungenkrankheiten.**

Eine direkte Hyperämisierung der Lungen wird erstrebt durch die von Leo angegebene Tieflagerung des Thorax, durch die Inspiration durch ein enges, pfeifenartiges Röhrchen nach Wassermann und durch die Kuhnsche Lungensaugmaske. Einer indirekten Hyperämisierung dient die Applikation thermischer Prozeduren auf die Thoraxwand, Dampfduschen mit folgenden kurzen kalten Fächerduschen, heiße Vollbäder mit kalten Uebergießungen des Leibes. Einen wesentlichen Fortschritt in der mechano-therapeutischen Behandlung des Emphysem und Asthma bronchiale bedeutet der Bogheansche Atmungsstuhl, der vielleicht auch bei Behandlung von Herzaffektionen anwendbar scheint.

La Belgique médicale. Nr. 3. 1907.

Stella, Gaud: **Abscès du lobe temporo-sphénoidal et méningite otitiques.**

Bei einem jungen Manne, der seit der Kindheit an eitriger Mittelohrentzündung gelitten hatte, und in den letzten Jahren bisweilen Erscheinungen von intermittierendem Kopfschmerz, Erbrechen, Schwindel, Somnolenz gezeigt hatte, welche Symptome ihn aber weder zur Aufgabe seiner Tätigkeit noch zum Arzt geführt hatten, entwickelte sich rapide eine Meningitis, deren Diagnose durch die Lumbalpunktion gesichert wurde. Es wurde deshalb eine Operation vorgenommen, bestehend in Ausräumung des inneren Ohres, Eröffnung des Subarachnoidealraumes durch Spaltung der Dura und Entleerung von Eiter. Trotzdem trat nach vorübergehender Besserung der Exitus ein, und die Autopsie ergab einen abgekapselten Gehirnabszeß im Schläfenlappen. Verf. glaubt, daß bei genauerer Berücksichtigung der Anamnese vielleicht die Diagnose des Abszesses hätte gestellt werden können und empfiehlt in Fällen von Meningitis auf Grund alter Otorrhoe, wenn neben den meningitischen Symptomen Erscheinungen auf einen Abszeß hinzuweisen scheinen, explorative Hirnpunktionen vorzunehmen.

Nr. 4.

Buck: **Concept et définition de l'épilepsie.**

Es ist zu unterscheiden zwischen der wahren, essentiellen Epilepsie und der symptomatischen Epilepsie; letztere kann aber auch zur „epileptischen Veränderung“ (Nothnagel) führen. Die wahre Epilepsie ist eine chronische Veränderung der nervösen Zentren, die auf einer intimen Modifikation dieser Zentren beruht, von dauerhaftem Charakter, mit paroxytischen Verschlimmerungen, deren Symptomatologie in einer dauernden somatischen und psychischen Störung Ausdruck findet, die von periodischen Krisen sensorisch-motorischen oder psychischen Charakters unterbrochen wird. Die primäre wahre Epilepsie beruht vor allem auf degenerativer, hereditärer Basis; ihr Hervortreten erfordert nur Gelegen



heitsursachen, die für ein normalresistentes Nervensystem unschädlich wären. Die sekundäre wahre Epilepsie ist ein erworbener epileptischer Zustand; sie kann sich bei einem ursprünglich normalen Nervensystem entwickeln; der Uebergang vom normalen zum epileptischen Zustand wird bedingt durch eine andere interkurrente nervöse Affektion. Das gilt von der Jacksonschen und der Reflex-Epilepsie, sowie von gewissen Formen der alkoholischen, syphilitischen, traumatischen und arteriosklerotischen Epilepsie.

Nr. 5 und 6.

Laroy, Gaud: **Les Sarcomes primitifs de l'intestin grêle.**

Unter den malignen Neubildungen des Darmes übertreffen die Karzinome die Sarkome bedeutend an Häufigkeit. Während erstere meist den Dickdarm befallen, finden sich letztere häufiger am Dünndarm, sowohl am Ileum wie Jegunum. Größe und Form können große Verschiedenheiten aufweisen. Die als zirkumskripte Tumoren auftretenden Sarkome führen selten zu einer Verengerung des Darmlumens im Gegensatz zu den Karzinomen; häufig findet man im Gegenteil eine sackförmige, aneurysmatische Erweiterung; die Schleimhaut ist meist bis auf einzelne Inseln zerstört; die zuführende Darmschlinge ist nicht erweitert oder hyperplastisch. Bei den diffusen Sarkomen des Darmes ist meist ein größerer Teil des Dünndarms von sarkomatösen Infiltraten übersät; gewöhnlich handelt es sich dabei um Lymphosarkome, die eine ausgesprochene Tendenz zur Metastasenbildung zeigen. Der Ausgangspunkt der Darmsarkome ist gewöhnlich die Submukosa, speziell bei den Lymphosarkomen der lymphatische Apparat derselben; viel seltener sieht man die Tumoren aus Mukosa oder Serosa hervorgehen. Von regressiven Metamorphosen kommt wesentlich die Ulzeration in Betracht, die man bei den Darmsarkomen selten vermißt. Die ersten Symptome, die diese Geschwülste machen, sind unbestimmte Verdauungsstörungen; ist ein fühlbarer Tumor vorhanden, so verursacht die Palpation meist keine Schmerzen; Stenosenerscheinungen kommen kaum vor. Im Vergleich zum Karzinom zeigen die Sarkome eine sehr schnelle Entwicklung, besonders die Lymphosarkome; Anämie und Kachexie nehmen rapide hohe Grade an; die Gesamtdauer der Erkrankung beträgt gewöhnlich vier bis fünf Monate, überschreitet selten ein Jahr. Bezüglich der Differentialdiagnose kommen in Betracht Karzinome, Hypertrophien der abdominalen Lymphdrüsen und die tuberkulöse Peritonitis, letztere namentlich gegenüber den diffusen Sarkomen. Die Prognose der Darmsarkome ist eine sehr schlechte. Ohne Operation ist eine Heilung unmöglich; aber die meisten Fälle kommen als schon inoperabel in Behandlung.

Nr. 7 und 8.

Buck: Etiologie de l'épilepsie.

Während die meisten Autoren in der erblichen Degeneration den wesentlichsten ätiologischen Faktor sehen, betrachten andere diese nur als die Basis, die die erhöhte Erregbarkeit des Nervensystems schafft; zu ihr müssen sich entzündliche Prozesse auf infektiöser oder toxischer Basis gesellen, um zur Epilepsie zu führen. Verf. betrachtet die Epilepsie nicht als Entzündungsprozeß, als Enzephalitis, vielmehr als eine Art auto-digestiver Degeneration des Nervensystems. Neben Heredität und Degeneration kommen verschieden infektiöse und toxische Ursachen, physische und psychische Traumen als Ursache in Betracht. Jeder ätiologische Faktor, der im Nervensystem eine Ernährungsstörung setzt, kann die Disposition zur Epilepsie schaffen oder sie hervorrufen. Der Verlauf wird abhängen von dem Grade der Widerstandsfähigkeit, den das Nervensystem in dem Moment, wo die Störung es trifft, darbietet. Abgesehen von der hereditären Degeneration, die für alle gilt, hat jedes Alter seine besondere hervorrufende Ursache. Im Kindesalter spielt der entzündliche Faktor und das physische und psychische Trauma die Hauptrolle. Findet man bei einem epileptischen Kinde Krämpfe in der Anamnese angegeben, so sind diese nicht als Zeichen eines schon vorhanden gewesenen epileptischen Zustandes zu betrachten, sondern als Symptome einer akuten Intoxikation des Nervensystems. Die wahre primäre Epilepsie, die bei Erwachsenen zum Ausbruch kommt, hat am häufigsten als Ursache den Alkoholismus, seltener Traumen, Syphilis, Tuberkulose, konstitutionelle Krankheiten. Auch für das Alter behalten diese Faktoren ihre Bedeutung; hier aber spielt eine besondere Rolle die Arteriosklerose und die Ernährungsstörungen welche sie im Gefolge hat.

Bücherbesprechung.

Ueber die orthopädische Behandlung der Wirbelsäulenerkrankungen. Von Prof. O. Vulpius. Leipzig 1905. Konegen. 0,80 M.

In knapper und doch für den Praktiker erschöpfender Weise bespricht Verf. die verschiedenen Formen der Wirbelsäulenerkrankungen. Schlechte Haltung, Tuberkulose, Arthritis deformans, Skoliose u. a. werden in ihrer Entstehung, Beurteilung, Behandlung vorgeführt. Verf. ist für die Anstaltsbehandlung am meisten eingenommen, die neben Stützapparaten gute Erfolge zeitigt, doch stellt sie an die Geduld des Arztes und des Patienten recht große Anforderungen. Muskat-Berlin.

Vermischtes.

Berlin. Am 31. Juli fand die Abschiedsvorlesung von Exzellenz v. Leyden in dem Auditorium der Charité statt, in welchem der gefeierte Lehrer seit nunmehr über 30 Jahren die I. medicinische Klinik abgehalten und Tausende von jungen Medicinern in die ärztliche Wissenschaft und Kunst eingeführt hatte.

Dieselbe gestaltete sich zu einer eindrucksvollen Feier, an der Vertreter der militärärztlichen Bildungsanstalten, des Ministeriums, der Fakultät, die engeren Kollegen v. Leydens aus der Charité und zahlreiche Studenten teilnahmen.

Als erster nahm in dem mit Blumen und Blattpflanzen geschmückten alten Auditorium der Generalstabsarzt der Armee Schjerning im Namen aller Militärärzte das Wort. Leyden sei aus ihren Reihen hervorgegangen und habe seine Lehrjahre an der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen, an der damaligen Pepinière, durchgemacht. Treue Anhänglichkeit habe deshalb Leyden stets dem Sanitätskorps bewiesen, das im Laufe der Jahrzehnte wohl ausnahmslos zu seinen Füßen gesessen, von ihm die Resultate klinischer Beobachtung und Erfahrung und die Anleitung zu wissenschaftlicher Arbeit empfangen habe. Unauslöschliche Dankbarkeit bewahren die Militärärzte ihrem unvergeßlichen Meister und Lehrer.

Nachdem der Generalarzt Scheibe und Geheimer Obermedicinalrat Kirchner, die sich beide rühmten, auch einst Leydens Schüler gewesen zu sein, für die Verwaltung der Charité und im Namen des Kultusministeriums Dankesworte gesprochen, brachte der derzeitige Dekan der medicinischen Fakultät, Geheimrat Heubner, den Wunsch zum Ausdruck, daß der Gelehrte in seinem ferneren Wirken die hohen Erwartungen, die die gesamte medicinische Wissenschaft, ja die ganze Welt von ihm erwarte, erfüllen möge. Bisher wäre sein Amt von vielerlei Pflichten, die nicht zum eigentlichen ärztlichen Arbeitsgebiet gehörten, überbürdet gewesen, daß er nun aber freiwillig ledig dieser Bürde sich ganz der selbstgewählten Forschungsarbeit hingeben könne, möge ihm den Abschied von der heißgeliebten Lehrtätigkeit erleichtern.

Als ältester Assistent sprach Professor Albert Fränkel, der Direktor des Krankenhauses am Urban, und erinnerte aus dankerfülltem Herzen an die Zeit, in der er an der Seite des Gefeierten mit seinem unerschöpflichen Gedankenreichtum und seinen immer neuen Anregungen arbeiten durfte, und wie Leyden ein scharfer Kritiker eigener unablässiger Arbeit, aber ein milder Beurteiler fremden Werkes und stets gütiger Lehrer gewesen. Professor Ferdinand Blumenthal überreichte die gesamten Schriften, die aus dem Laboratorium hervorgegangen sind, Professor Lazarus sprach für die jetzigen Assistenten, und im Namen der Stabsärzte der Charité Stabsarzt Bassenge, Geheimrat Kraus für die ärztlichen Leiter der Charité und Geheimrat Senator persönlich als Kollege und Freund.

Nunmehr erhob sich Leyden selbst und gab an der Hand einer geschichtlichen Entwicklung der deutschen Medicin ein



Rückblick auf seinen eigenen Werdegang. Wie aus der Zeit der Diagnostik und unfruchtbaren Therapeutik allmählich Lichtstrahlen wahrer Heilkunst aus Holland und Wien kamen, wie auf Schönlein, der auf jeden Versuch einer Behandlung verzichtete, der geniale Traube wirkte und wie allmählich sich die Bedeutung von der Behandlung des Kranken und nicht der Krankheiten herausgebildet hat.

Berlin. Nach dem Geschäftsbericht des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, erstattet vom Generalsekretär Dr. Nietner, bestehen zur Zeit in Deutschland 87 Volksheilstätten mit 8422 und 35 Privatheilstätten mit 2118 Betten, eine Anzahl, welche die Gesamtheit aller in ganz Europa bestehenden Volksheilstätten übertrifft. Im Bau sind elf Volksheilstätten, mit 800 Betten. Auch die Einrichtungen zur Unterbringung tuberkulöser Kinder haben eine Erweiterung erfahren, es bestehen an Heilstätten für Kinder mit ausgesprochener Tuberkulose 17 Anstalten mit 650 Betten, und für skrofulöse Kinder 67 Anstalten mit 6092 Betten. Auskunfts- und Fürsorgestellen sind 117, von denen 31 von Gemeinden bestritten werden, errichtet, in der Mehrzahl nach dem von Pütter und Kayserling für Berlin organisierten System. Es gibt bis jetzt zehn besondere Pflegeheime, und zwei weitere sind im Bau. Dazu kommen noch 67 Walderholungsstätten und zwei ländliche Kolonien. Der Geschäftsbericht ist unentgeltlich Eichhornstraße 9 zu erhalten.

Berlin. Das Zentralkomitee für das Rettungswesen in Preußen hat zum Vorsitzenden als Nachfolger von Ernst v. Bergmann Herrn Ministerialdirektor Dr. Förster gewählt. Direktor Förster ist gleichfalls Vorsitzender der Zentralstelle für das Rettungswesen an Binnen- und Küstengewässern.

Berlin. Zur diesjährigen ärztlichen Studienreise versammeln sich die Teilnehmer bereits am 1. September d. Js. in Berlin, morgens 9 Uhr im „Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen" zu einer Eröffnungssitzung. Daran anschließend Besichtigung städtischer Krankenhäuser und hygienischer Einrichtungen etc. nach Wahl. Am 2. September morgens verlassen die Teilnehmer Berlin per Extrazug, besteigen in Warnemünde den für die ganze Reise gecharterten Dampfer und besuchen die Ostseebäder, sowie Rügen, Bornholm, Wisby auf Gothland, Stockholm und Kopenhagen. Die Reise endet am 16. September mittags in Stettin. Preis für die ganze Reise 265 M. Anfragen etc. sind zu richten an den Generalsekretär Dr. A. Oliven, Berlin, Luisenplatz 2/4 (Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen).

Berlin. Die belgischen Aerzte, welche Anfang August auf einer Studienreise Berlin besuchen wollten, haben im Hinblick darauf, daß die Mehrzahl der bei dem Empfange beteiligten Berliner Aerzte gegenwärtig verreist ist, den Besuch auf einen späteren Zeitpunkt verschoben.

Berlin. Das Organisationskomitee des fünften internationalen Gynäkologenkongresses gibt bekannt, daß es auf Grund vielfacher Aeußerungen über die Unzeitigkeit eines Kongresses in Rußland und in Uebereinstimmung mit dem Generalsekretär des ständigen Komitees, Herrn Dr. Jacobs, beschlossen hat, den Kongreß in St. Petersburg zu verschieben.

Düsseldorf. Anläßlich der in diesen Tagen erfolgten Eröffnung der Akademie für praktische Medicin in Düsseldorf sind zu ordentlichen Mitgliedern daselbst ernannt die Professoren Witzel (Chirurgie), Hoffmann (innere Medicin), Schloßmann (Kinderheilkunde), Sellheim (Geburtshilfe und Gynäkologie), Wendelstedt (experimentelle Therapie) und Lubarsch (allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie); zu außerordentlichen Mitgliedern und Dozenten die Herren Geh. Rat Keimer (Nasen-, Hals- und Ohrenkrankheiten), Dr. Pfalz (Augenheilkunde), Dr. Stern (Haut- und Geschlechtskrankheiten), Med.-Rat Dr. Schrakamp (soziale Hygiene und Medicinalgesetzgebung), San.-Rat Dr. Peretti (Psychiatrie), Med.-Rat Dr. Liniger (soziale Medicin, ärztlicher Teil), Landrat Geh. Reg.-Rat Kehl (soziale Medicin, Verwaltungsteil), Dr. Greve (kommunale Krankenfürsorge).

Hochschulnachrichten.

Berlin. Dr. Schmieden, Assistent an der Chirurgischen Klinik, hat sich habilitiert.

Breslau. Prof. Dr. H. Küttner, Direktor der Chirurgischen Klinik, wurde zum Medicinalrat ernannt.

Düsseldorf. Geh.- San.-Rat Dr. Keimer und Med.-Rat Dr. Liniger, a. o. Mitglieder der Akademie für prakt. Medicin, haben den Titel Professor erhalten.

Gießen. Priv.-Doz. Dr. Köppe ist zum a. o. Professor für Kinderheilkunde ernannt.

Göttingen. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Damsch beging sein 25jähriges Dozentenjubiläum.

Greifswald. Prof. Dr. Payr (Graz) ist zum Direktor der Chirurgischen Klinik ernannt.

Marburg. Dr. Dippelt, Assistent am Pathologisch-Anatomischen Institut in Tübingen, ist zum Abteilungschef am Hygienischen Institut ernannt.

München. Dr. Brasch hat sich für innere Medicin habilitiert.

Würzburg. Der Verlagsbuchhändler Bergmann (Wiesbaden) ist zum Dr. med. h. c. ernannt.

Auszeichnungen und Ernennungen.

Auszeichnungen: Roter Adler-Orden III. Kl. m. d. Schl.: dem ordentlichen Professor in der medicinischen Fakultät der Universität zu Königsberg Geh. Med.-Rat. Dr. Hermann.

Roter Adlerorden IV. Kl. mit Schw. am schwarzen Bande mit weißer Einfassung: dem Stabsarzt Dr. Götz im Füsilier-Regiment Graf Roon Nr. 33.

Roter Adler-Orden IV. Kl.: dem Prof. Dr. Thomsen in Bonn.

Charakter als Geheimer Medicinalrat: den Kreisärzten Medicinalräten Dr. Schaffranek in Zeitz, Dr. Klein in Charlottenburg.

Charakter als Medicinalrat: den Kreisärzten Dr. Kühn in Ratibor, Dr. Ledermann in Saarlouis, Dr. Telschow in Schrimm, Dr. Itzerott in Uelzen, Dr. Becker in Hildesheim, Dr. Elten in Freiburg a. E., Dr. Kluge in Wolmirstedt, Dr. Schaefer in Sorau, Dr. Wirsch in Bonn, Dr. Sudhoelter in Minden, Dr. Lüttig in Brilon, Dr. Eilers in Schleusingen, Dr. Wachs in Wittenberg, Dr. König in Soldin, Dr. Hoffmann in Trier und Dr. Herrmann in Bitterfeld, ferner dem Gerichtsarzt und Medicinal-Assessor Dr. Stoermer in Berlin.

Charakter als Geheimer Sanitätsrat: dem San.-Rat Dr. Bilharz in Sigmaringen.

Prädikat als Professor: dem Privatdozenten in der medicinischen Fakultät der Universität zu Berlin Dr. Ludwig Blumreich.

Ernennungen: der Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bier an der Universität zu Berlin zum etatsmäßigen Mitgliede des Wissenschaftlichen Senats bei der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen, der ordentl. Professor an der Universität zu Breslau Dr. Hermann Küttner zum Medicinalrat und Mitglied des Medicinalkollegiums der Provinz Schlesien, der Arzt Dr. Lewinsky in Braunsberg zum Kreisassistenzarzt im Stadtkreis Stettin.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 19. August 1907. Nr. 33.

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage Therapeutische Rundschau und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Ueberfütterung.

Von **Dr. Hans Lungwitz**, Köln a. Rh.

Die Behauptung, daß die Nahrungsmittel unter Umständen als Gifte wirken können, klingt zwar paradox, aber dem Ohre des Ernährungstherapeuten durchaus nicht so befremdend, wie es bei oberflächlicher Betrachtung erscheinen mag. Unter Giften versteht Harnack „alle die chemischen Individuen, welche nicht zu den Nährstoffen gehören oder nicht die Eigenart besitzen, chemisch total unwirksam zu bleiben*)", und an anderer Stelle**) sagt er: „Diejenigen Stoffe, welche vermöge ihrer vorzugsweise chemischen Eigenschaften leicht der Gesundheit und dem Leben gefährlich werden können, bezeichnet man gewöhnlich als Gifte." Sind in der ersten Definition die Nahrungsmittel ausdrücklich von den Giften ausgeschlossen, so könnten sie in der zweiten inbegriffen sein, wenn Harnack nicht selbst weiter ausführte, daß der Begriff „Gift" mehr durch den Sprachgebrauch als durch die Wissenschaft zu einem ganz charakteristischen Relief modelliert worden ist, ein Umstand, durch den eine Rubrizierung der Substanzen herbeigeführt wird, die nur allzu leicht vergessen läßt, daß es sich nicht um prinzipielle, sondern nur um graduelle Unterschiede handelt. Denn selbst mit den Nahrungsmitteln kann man sich „vergiften"***), der Gesundheit so schweren Schaden tun, daß das Leben in Gefahr gerät und oft genug, wenn die Therapie nicht rechtzeitig eingreift, verloren ist. Ebenso wie von den Substanzen, die man gewöhnt ist, zu den Giften zu rechnen, wirkt auch von den Nahrungsmitteln das Uebermaß schädlich, und ebenso wie bei jenen, ist es bei diesen notwendig, eine Maximaldosis nicht zu überschreiten, am besten gar nicht zu erreichen.

Leider sind sich die Gelehrten über diese Maximaldosis noch nicht einig, obwohl die Physiologie und Biologie sich mit der Ernährungsfrage schon lange beschäftigt. Man wird zwar sagen, daß über den Nahrungsbedarf nicht im Laboratorium, sondern in der freien, möglichst unwissenschaftlichen Natur die Entscheidung gefällt wird. Das Tier frißt, bis es satt ist — warum soll der Mensch nicht essen, soviel der Magen gestattet, und sich an Bedarfszahlen halten, die im besten Falle an einer Anzahl von Versuchspersonen unter gewissen Bedingungen auf ihre Richtigkeit erprobt sind, aber sich nicht seit Menschengedenken bewährt haben wie die Mengen an Nährstoffen, die der Hunger und der Appetit vorschreiben. In der Tat möchten wir wohl froh sein, wenn wir in Hinsicht auf Nahrungsmenge und Nahrungsbeschaffenheit im „ewigen Urstande der Natur" lebten, aber wir sind leider so weit davon entfernt, daß bereits die Reaktion einzusetzen beginnt, ja daß das Streben nach natürlichen Verhältnissen ein Zeichen unserer Zeit zu werden verspricht. Freilich gehört ein erheblicher Mut dazu, die altehrwürdige Weisung: secundum naturam vivere offen zu befolgen.

Die Reaktion auf die Unnatürlichkeit der Ernährung kennzeichnet sich in dem Bestreben, allgemein gültige Werte aufzufinden, die weder nach oben noch nach unten erheblich überschritten werden dürfen, ohne eine Schädigung des Organismus zu veranlassen. Bekannt sind die Versuche und Feststellungen von Liebig, Voit, Pettenkofer, Ranke und ihren Schülern und Fachgenossen, die eine ganz neue Aera eröffneten, indem ihre Versuche über den Eiweißbedarf, der ja doch naturgemäß am meisten interessiert, zu Ergebnissen führten, die die Auffassung vom Stoffwechsel auf mehrere Jahrzehnte festlegten. Noch jetzt spielen die 118 g Eiweiß pro Tag und Kopf trotz der hochinteressanten und groß angelegten Experimente Chittendens*), trotz der mit viel geringeren Eiweißmengen erreichten Resultate Siegerts**) (zum Teil noch nicht veröffentlicht) die Rolle einer Standardzahl, die durch die über viele Jahre sich erstreckenden Untersuchungen Camerers***) nur noch mehr in den Vordergrund gerückt wird. Noch jetzt gilt unter Laien wie unter vielen Aerzten das Eiweiß als Nährstoff par excellence, von dem dem Leibe nicht genug zugeführt werden kann, neben dem die Kohlenhydrate und das Fett weiter nichts als armselige Gehilfen im Haushalte des Organismus darstellen. Noch jetzt kommen Eiweißpräparate immer von neuem auf den Markt, und bei geschickter Reklame können ihre Erzeuger noch immer auf guten Verdienst rechnen. Noch immer verhindert es die grimme Fleischnot†), daß der gewöhnliche Mann nicht täglich sein Fleisch in gewohnter Menge konsumieren kann, und noch immer hat man nicht erkannt, daß Podbielski in Form eines Witzes eine große Wahrheit aus-

*) Ebstein, Handbuch der prakt. Med. 5. Band, pag. 808.
**) Harnack, Lehrbuch der Arzneimittellehre, p. 4.
***) Jeder Organismus muß das „artfremde" Eiweißmolekül so verändern und umbauen, daß es ihm adäquat ist; gelingt ihm das nicht, so wirkt das Eiweiß giftig. Beweis: Spritzt man einem Hunde zwei Gramm Hühnereiweiß unter die Haut, so erkrankt er alsbald an schweren Intoxikationserscheinungen; gibt man ihm dagegen eine beliebige Menge Hühnereiweiß per os, so wird sein Befinden nicht im geringsten alteriert. Der Umbau des artfremden Eiweißmoleküls in das arteigene geschieht also im Darm, und zwar ist es eine der wichtigsten Funktionen des Verdauungstraktus, uns vor Eiweißvergiftung zu bewahren, da der Mensch nur artfremdes Eiweiß verzehrt (außer den Kannibalen). Ueber den physiologisch-chemischen Mechanismus sowie über die Frage, ob ein Durchtritt nicht umgebauten Eiweißes durch die Darmwand, besonders wenn diese pathologisch verändert ist, möglich ist, werden weitere Versuche Klärung schaffen.

*) Physiological Economy in Nutrition, London 1905 (William Heinemann).
**) Verhandl. d Ges. f. Kinderheilk. auf der Naturforscherversammlung Stuttgart 1906 (Wiesbaden, J. Bergmann), p. 250 ff.
***) Der Stoffwechsel des Kindes. Tübingen 1396.
†) Vergl. Fleischkost, fleischlose und vegetarische Lebensweise von Dr. Bornstein (Leipzig). Halle a. S., Carl Marhold 1907.



sprach, als er sagte: „Es fehlt nicht an Fleisch, die Deutschen essen nur zu viel.“

Gewiß, der Nahrungskonsum hat stets den Bedarf überstiegen und wird ihn trotz aller wissenschaftlichen Untersuchungen stets überschreiten, denn nur der gelehrte Pedant würde es über sich gewinnen, seinen Nahrungsbedarf tagtäglich nach Kalorien, Stickstoffgehalt u. s. f. auszurechnen und derart konstruierte Diätzettel gewissenhaft zu befolgen. Aber wir alle, die Aerzte nicht ausgenommen, sind in der großen Gefahr der kritiklosen Ueberschätzung eines Nährstoffes, des Eiweißes; wir alle sind in dem falschen Glauben befangen, daß Fleisch, Milch und Eier das Wesentliche der „kräftigen Kost“*) ausmachen, und denken gar nicht einmal, selbst wenn wir die künstlich erzeugten Krankheitsbilder vor uns sehen, daran, daß vielleicht die Ueberfütterung mit Eiweiß schädlich gewesen sei, daß das Eiweiß als Gift gewirkt haben könne.

Betrachten wir die Dinge voraussetzungslos, so können wir sagen, daß die Natur dem Menschen eine Nahrung fertig liefert, die unter allen Umständen klassisch ist: die Frauenmilch. Schlechte, d. h. unbrauchbare, Frauenmilch gibt es nicht; die Frauenmilch ist stets der quantitativen und qualitativen Entwicklung des Säuglings aufs genaueste angepaßt, so daß es ein Nonsens ist, ein Kind wegen schlechter Milch der Mutter abzusetzen. Ein ebenso schwerer Fehler ist es aber, dem Kinde diese physiologische Nahrung geradezu ununterbrochen darzubieten, dem kindlichen Magen nicht einen Augenblick Ruhe zu gönnen, sondern alle zwei Stunden oder noch öfter neue Verdauungsarbeit aufzuladen. Daß zum guten Gedeihen des Säuglings nur fünf bis sechs Mahlzeiten an der Mutterbrust erforderlich sind und daß ein häufigeres Anlegen schwere Schädigungen direkt und indirekt nach sich ziehen kann, ist nur zu vielen unbekannt. Wer mit Säuglingen viel zu tun hat, wird von fast allen Müttern hören, daß das Kind alle zwei Stunden die Brust bekommt, ja viele Mütter lassen nicht einmal nachts ihren Kleinen Ruhe und zwingen sie zu einer Arbeit, die zu leisten einem erwachsenen Menschen nie einfallen würde. Welcher vernünftige Mensch steht nachts alle zwei Stunden auf und stattet dem Speiseschrank einen Besuch ab? Aber weiter: welcher vernünftige Mensch läßt es sich einfallen, tagsüber in zweistündigen oder gar kürzeren Pausen zu essen? Und die armen Kleinen, bei denen der Saugakt durch das Darbieten der Mamilla reflektorisch ausgelöst wird, die also gar nichts dafür können, wenn sie die häufig dargebotene Brust immer wieder nehmen (wenigstens so lange sie gesund sind), werden in so unverantwortlicher Weise überfüttert!

*) Vergl. A. Czerny, Jahrbuch für Kinderheilkunde. Band 51 (1900), pag. 15 ff.

Wenn es nur bei der Brust bliebe, wäre die Gefahr nicht allzu groß, eben wegen der unbedingten Bekömmlichkeit der Muttermilch und wegen der regulativen Vorgänge im Säuglingsorganismus, vermöge deren ein gesättigtes Kind die Brust losläßt, und im mütterlichen Organismus, vermöge deren bei häufigem Anlegen jedesmal nur eine entsprechend geringe Menge Milch in der Brust vorhanden ist. Aber wie viele Mütter gibt es, die mit oder ohne Ueberlegung zu der Meinung kommen, sie hätten nicht genug Milch oder ihre Milch sei wegen eines bläulichen Farbtones nicht fett genug! In dieser Erkenntnis halten sie es für gut, zwischen den häufigen Mahlzeiten an der Brust noch Beikost zu füttern in Form von verdünnter oder unverdünnter Kuhmilch, von irgend einem Milchpräparat oder Milchsurrogat, von Zwieback, Bretzeln und — horribile dictu — von Eiern. So kann es vorkommen, daß ein Säugling von drei Monaten acht- bis zehnmal die Brust, außerdem einhalb bis dreiviertel Liter Vollmilch, mit Zucker versüßt, einige Zwiebäcke und ein Ei täglich erhält, und das so lange, bis er erkrankt ist. Mit mathematischer Sicherheit führt eine derartige Ueberernährung zur Krankheit, zu Insufficienz der Verdauungsorgane, die die ihnen zugemutete Arbeit nicht allzu lange zu leisten vermögen und früher oder später streiken. Dann gibt es die bekannten Verdauungsstörungen, die das Kind gewaltig herunterbringen und es für jede Infektion empfänglich und widerstandslos machen, also primär und sekundär das Leben aufs höchste gefährden*).

Andere Mütter legen mehr Wert auf Kohlenhydrate und versetzen die Milch mit großen Mengen Hafermehl oder Zucker oder füttern überhaupt nur Mehlsuppen bei. Noch andere — und das sind die schlimmsten Feinde ihrer Kinder — setzen den Säugling überhaupt ab und nähren ihn nun mit gewaltigen Mengen von Milch oder von Mehlsuppen, wobei das Ei zum „täglichen Brot“ gehört. Nicht eher werden die Kleinen von dieser Kost befreit, als bis sie krank geworden sind, und die Mutter wegen der schlechten Stühle, des häufigen Erbrechens, der „Krämpfe“, der Körpergewichtsabnahme den Arzt aufsucht. „Wir tun ja alles, was wir können“, heißt es dann,

*) Vergl. Czerny-Keller, Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie, Leipzig und Wien, Franz Deuticke (erscheint seit sechs Jahren).

Feuilleton.

Medicinisches aus der schönen Literatur.

Neue Folge.

Mitgeteilt von Dr. **Leopold Hirschberg.**

IV.

Höchst eigentümliche Erkrankungen und Heilungen des florentinischen Goldschmieds Benvenuto Cellini.

Sowie die erste kummervolle (mir absolut gleichgültige) Frage derer, die sich meine 16000 Bände ansehen, nach dem Abstäuber der Bücher erledigt ist, so folgt mit tötlicher Sicherheit als zweite Frage: „Haben Sie Alles gelesen?“ und von mir ebenso prompt als Gegenfrage: „Haben Sie Ihre 30 oder 40 oder so und so viel Bände Goethe gelesen?“ Darauf wird natürlich mit „Nein“ geantwortet.

Und wiewohl Goethe seit zehn Jahren wieder so im Vordergrund des Interesses steht, wie nie zuvor; wiewohl täglich — möchte man sagen — Arbeiten über ihn, Auszüge aus seinen Werken, ästhetisierende Beleuchtungen etc. erscheinen, so denkt doch das „Publikum“ mit dem mehr minder flüchtigen Studium der Meisterwerke genug getan zu haben. Eine so universelle Natur wie Goethe ist aber nur aus dem Studium seines vollständigen Lebenswerks zu erkennen; nicht nur in seinen selbständigen Werken tritt er uns als der Größte und Unerreichte entgegen, sondern auch in seine Uebersetzungen hat er so viel von seinem Wesen und Geist hineingetan, daß man immer mehr Goethe als den ursprünglichen Autor zu lesen glaubt.

Eine der köstlichsten Uebertragungen ist nun das 1803 erschienene „Leben des Benvenuto Cellini, Florentinischen Goldschmieds und Bildhauers von ihm selbst geschrieben. Uebersetzt und mit einem Anhange herausgegeben von Goethe“; köstlich durch das meisterhafte Nachempfinden der ursprünglichen, derben Sprache, köstlich nicht weniger durch den wechselvollen Inhalt, die bunten Bilder eines vielgestaltigen Lebens, die an uns vorüberziehen.

Sehr freimütig und mit einer Naivität ohne Gleichen erzählt uns nun Cellini auch von den vielerlei Krankheiten, die ihn befielen, von den Symptomen, die er beobachtete, von den Heilfaktoren, die er oder andere anwendeten. Wenn wir nun im folgenden einen kleinen Ueberblick über diese Dinge geben*), so soll damit ein doppelter Zweck verbunden sein: einmal etwas Medicinisch-Kulturgeschichtliches zu bieten, das einiges Interesse erregen dürfte, dann aber die geehrten Leser mit Nachdruck auf ein Werk ihres größten Dichters aufmerksam zu machen, das wahrscheinlich bisher ungelesen in ihrem Bücherschranke gestanden hat.

1. Malaria und Flötenblasen.

Benvenutos Vater Johannes, ein trefflicher Baumeister,

*) Die Zitate erfolgen nach der Originalausgabe von 1803.



„und doch kommt das Kind nicht vorwärts. Sollen wir denn noch mehr geben?“

Solche Aeußerungen aus dem Munde einer Mutter von so und so vielen Kindern, die Anamnese und die ganze Auffassung der Sachlage lassen einem die Haare zu Berge stehen, und es drängt sich einem die Frage auf, ob solche Frauen es überhaupt verdienen, Mutter zu werden, wenn sie bei ihrer Verheiratung auch nicht eine blasse Ahnung vom Nahrungsbedarf der Kinder haben. Und wie zahlreich diese unwissenden Mütter sind, davon kann jeder Kinderarzt ein Lied singen.

Daß auch die Aerzte vielfach diesen diätetischen Fragen mit wenig Interesse gegenüberstehen, ganz besonders was die Ernährung der Säuglinge angeht, ist durch den erst seit kurzer Zeit behobenen Mangel guter Bücher, vor allem durch den mangelhaften Unterricht auf den Universitäten zu erklären. Die Säuglings- und Kinderklinik wird meist so stiefmütterlich behandelt, daß der Student nichts lernt und der Arzt die Versäumnis schwer empfinden muß. Wie manchen Todesfall kann der kundige Arzt verhüten, wenn er den überfütterten und kranken Säugling auf fünf Mahlzeiten an der Brust setzt und alles übrige vom Diätzettel streicht, oder wenn er in dem Falle, daß die Mutter durchaus nicht stillen kann, die richtige Milchmenge in der richtigen Verdünnung mit den richtigen Zusätzen verordnet!

Noch schlimmer liegen die Verhältnisse in dem Alter, da der Säugling mit Fug und Recht abgesetzt wird und zur Ernährung mit gemischter Kost übergeht. In dieser Zeit (Ende des ersten Lebensjahres etwa) ist der haltlosesten Ueberfütterung Tor und Tür geöffnet. Mit einem wahren Fanatismus stopfen die Eltern, vor allem die vielbesorgte Mutter, dem Kinde die Nahrung in den Mund, ohne eine Ahnung zu haben, daß sie trotz allen guten Willens ihre Kleinen mit absoluter Sicherheit krank machen.

Leider ist der Aberglaube unter Aerzten und Laien noch weit verbreitet, daß die Hauptnahrung des heranwachsenden Kindes die Kuhmilch sein müsse. Diese These wird erst dann wahr, wenn sich männiglich entschließen würde, als Kalb zur Welt zu kommen. Wozu hat denn das Kind seine Zähne? Es soll doch damit weder die Brustwarze der Mutter malträtieren — und doch werden manche Kinder bis zum zweiten Jahre und länger gestillt! — noch soll es seine „Schnuller“ zerkauen, sondern es soll gemischte Kost zerkleinern.

„Die gemischte Kost erhält unser Kind auch“, sagen die Eltern darauf. „Es ißt bei Tische alles mit. Aber davon kann es doch nicht satt werden. Wir geben ihm daher noch täglich ein bis anderthalb Liter Kuhmilch und früh und abends ein weichgekochtes Ei. Außerdem (dies gilt für die Praxis elegans) erhält es Somatose, erstens weil es immer verstopft ist, und zweitens um die nötige Eiweißmenge zuzuführen.“ Fragt man nach dem Gemüse, so erfährt man, daß es das Kind nicht mag, aber Fleisch ißt es eine ganze Menge.

Wer sich häufig mit Kindern zu beschäftigen hat, wird erstaunt sein, daß in Bezug auf die Nahrungszufuhr die Gebildeten nicht über ein Jota Intelligenz mehr verfügen wie die ärmsten Proletarier. Devise ist: man kann einem Kinde, besonders in der Zeit, wo es so stark wächst, nie genug geben. Und wieviele Ärzte ernähren ihre abgestillten Kinder auch nach solchen Prinzipien, nach den Regeln der „kräftigen Kost“! Wie oft wird die für einen Erwachsenen bei schwerster Arbeit genügende Eiweißzufuhr noch erhöht durch Verabfolgung eines Eiweißpräparats! Der Erfolg läßt gewöhnlich auch nicht lange auf sich warten. Immer zarter werden die überfütterten Kinder, immer schlanker die Figur, das Rot der Wangen weicht einer interessanten Blässe, die Augen sind häufig haloniert, der Gewebsturgor wird schlaff und schlaffer, bloß die Beinmuskulatur, die die ewig unruhigen, ewig beweglichen Wesen in ständiger Uebung erhalten, ist straff, aber doch leicht ermüdbar; Durchfälle wechseln mit Verstopfung. Dazu kommen alsbald Symptome aus der Nervensphäre: das mit Eiweiß überfütterte Kind wird nervös, reizbar, „ungezogen“, läßt sich weder durch Güte noch durch Strenge beeinflussen, schrickt häufig ohne Grund zusammen, schläft schlecht, wird oftmals schweißgebadet wach in der Nacht, ist weinerlich und ermüdet nach lebhaftem Schwitzen bei geringen Anstrengungen. Therapie: mehr Eiweiß, Milch, Fleisch und Eier, d. h. kräftige Kost! Wie oft wird diesen armen Wesen, die vor dem Fleisch, vor Milch und Eiern häufig einen wahren Abscheu haben, vom Hausarzte das Kreuz auferlegt, nun gerade zur Stärkung möglichst eiweißreiche Speisen zu essen! Wie oft kann man es in besseren Familien erleben, daß den Kindern zu Mittag das Gemüse, nach dem sie verlangen, weggenommen wird, und sie dafür zur Vertilgung von Fleisch gezwungen werden! Und dann noch Somatose und Puro und Plasmon und was weiß ich für Eiweißpräparate!

Und wie sieht diesem anämischen, reizbaren, unruhigen, nervösen, leicht ermüdenden Kinde gegenüber ein Proletarierkind aus, das mit Brot und Kartoffeln und wieder Brot sein Leben „fristet“, das früh seine Hafergrütze, dann seine Stulle mit einem Apfel, zu Mittag Gemüse und Kartoffel, soviel es mag, zum Vesper eine tüchtige Brotstulle etwa mit billigem

---

hatte sich nach Vitruvs Vorschrift — daß man, um diese Kunst recht auszuüben, nicht allein gut zeichnen, sondern auch etwas Musik verstehen müsse — zum Flötenbläser ausgebildet und versuchte nun auf alle Weise seinem Sprößling Geschmack daran beizubringen. Dieser aber war absolut unempfänglich dafür: „Mein Vater fieng an, mich die Flöte zu lehren, und unterwieß mich im Singen; aber ungeachtet meines zarten Alters, in welchem die kleinen Kinder sich an einem Pfeifchen und anderen solchen Spielzeuge ergötzen, mißfiel mirs unsäglich, und ich sang und blies nur aus Gehorsam*).“

In Pisa erkrankte der Junge „in der bösen Luft“ an einem Fieber. Hatte er schon in gesunden Tagen vor der Flötenbläserei einen Abscheu, so jetzt noch mehr. Aber der Erzeuger, der aus seinem Sohne durchaus einen Musiker machen wollte, unterließ auch während der Krankheit nicht, davon zu sprechen, und verschlimmerte das Leiden durch diese Unachtsamkeit:

„So blieb ich krank zurück, und mußte ungefähr zwey Monate das Bett hüten. Mein Vater sorgte für mich, mit großer Liebe, und sagte immer, es schienen ihm tausend Jahre, bis ich gesund wäre, damit er mich wieder könnte blasen hören. Als er nun zugleich den Finger an meinen Puls hatte, denn er verstand sich ein wenig auf die Medicin und die lateinische Sprache, so fühlte er, daß in meinem Blute, da ich vom Blasen hörte, die größte Bewegung entstand, und er ging ganz bekümmert und mit Thränen von mir.“

*) Teil I, pag. 17.

Andererseits aber scheint das Fieber der Erwecker der musikalischen Gaben Benvenutos gewesen zu sein, denn er berichtet gleich weiter:

„Da ich nun sein großes Herzeleid sahe, sagte ich zu einer meiner Schwestern, sie sollte mir eine Flöte bringen, und ob ich gleich ein anhaltendes Fieber hatte, so machte mir doch dies Instrument, das keine große Anstrengung erfordert, nicht die mindeste Beschwerlichkeit, ich bließ mit so glücklicher Disposition der Finger und der Zunge, daß mein Vater, der eben unvermuthet hereintrat, mich tausendmal segnete*).“

2. Ein Vorgänger vom Dr. Eisenbart.

Es folge hier Cellinis Erzählung ohne jeden Kommentar:

„Es kam ein großer Chirurgus nach Rom, der Meister Jacob da Carpi hieß, dieser treffliche Mann curirte unter andern, besonders desperate französische Uebel; — — Er war sehr gelehrt und sprach zum Erstaunen über die Medicin. Der Papst verlangte, er sollte in seinen Diensten bleiben, aber er sagte, er wolle in keines Menschen Dienste treten, und wer ihn nöthig hätte, solle ihn aufsuchen. Es war ein verschlagner Mann, und er that wohl von Rom wegzugehn, denn wenige Monate darauf befanden sich alle, die er curirt hatte, viel schlimmer als vorher, sie hätten ihn umgebracht, wenn er geblieben wäre**).“

*) Teil I, pag. 29.
**) Teil I, pag. 64.

(Fortsetzung folgt.)



Pflaumenmus und abends einen Brei aus Reis oder Gries oder seine Hafersuppe oder Kartoffeln mit Salat u. s. f. erhält und Fleisch nur alle Wochen einmal sieht und das nur auf dem Teller des Vaters!

Naturam expellas furca, tamen usque recurret. Es ist so leicht, hier der Natur das Geheimnis der richtigen Ernährung abzulauschen. Wir können ja den „ganz besonderen Saft", die Muttermilch analysieren und haben es vielfach getan (Pfeifer, Camerer, Söldner*). Da sehen wir, daß die physiologische Nahrung in rohen Zahlen ausgedrückt, 1 % Eiweiß, 3,5 bis 4 % Fett und 7 % Kohlenhydrat enthält. Und wie einfach und logisch ist der Schluß: Vermag der Säugling, der eine so große Oberfläche hat, daß innerhalb eines Jahres sein Körpergewicht verdreifacht, mit einer 1%igen Eiweißlösung seinen Bedarf zu decken, wie viel eher reicht derselbe Prozentsatz Eiweiß aus, um den Bedarf des heranwachsenden Körpers, der weniger rasch zunimmt und eine kleinere Oberfläche hat, zu decken!

Also fort mit den Eiern für das kindliche Alter! Ein gesundes Kind braucht keine Eier und ein krankes nur ganz ausnahmsweise. Fort auch mit der Kuhmilch, sobald es geht. Jedenfalls soll ein Kind niemals mehr als einen halben, höchstens dreiviertel Liter Milch erhalten. Fleisch ist in geringer Menge gestattet; jedes Kind hat das Maß seines Fleischbedarfes in seinem Handteller bei sich: mehr als eine Scheibe Fleisch etwa so groß wie der Umfang des kindlichen Handtellers ist vom Uebel. Dagegen Gemüse, besonders grünes, soviel der Magen faßt, Kartoffeln, Brot, Breie, Obst — nur zu, damit hat sich noch niemand vergiftet, vorausgesetzt, daß die Speisen nicht verdorben waren.

Wer das animale Eiweiß ganz vermeiden will, hat in Erbsen, Linsen, Bohnen usw. reichlich Eiweiß zur Verfügung. Nur dürfen diese Speisen nicht unzerkleinert dargeboten werden, sondern in Purèeform. Daß das vegetabilische Eiweiß schwerer resorbierbar sei, ist ein Ammenmärchen; man muß es nur den Verdauungssäften zugänglich machen.

An den Eiweißkindern kann der Arzt durch Anordnung der richtigen Diät veritable Wunder verrichten und gewaltigen Dank ernten. Es ist in der Tat frappant, oft genug für den Arzt selbst, wie rasch und nachhaltig der Organismus auf die Einführung der richtigen Diät reagiert. Oft genug geben die Eltern wörtlich an, sie könnten das Kind gar nicht wiedererkennen, so brav und folgsam und rotbackig und feist sei es geworden.

Es sei im Anschluß hieran kurz der Rhachitis gedacht, die bekanntlich Esser in Bonn neuerdings ausschließlich auf Ueberernährung zurückführt**). Man sieht hieraus, daß man der Ueberfütterung allerlei in die Schuhe schiebt. Wenn auch Essers Ansicht sicher nicht richtig ist, so kann man doch daran denken, daß eine übermäßige Zufuhr von Eiweißstoffen, die sämtlich saure Spaltungsprodukte liefern, bei ererbter Disposition eine Durchsäuerung des Organismus und infolge davon eine Auflösung von Kalksalzen zur Folge hat, also den Anstoß zu rhachitischen Erscheinungen gibt.

*) Zeitschrift für Biologie, 1896.
**) Münch. Med. Wochenschrift 1907, Nr. 17.

(Schluß folgt.)

Sitzungsberichte.

Oesterreich.

Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 23. Mai 1907.

Eigener Bericht.

Gerber stellte eine 43jähr. Frau mit Syringomyelie und vollständiger Anästhesie der Kornea vor, entstanden durch einen Sturz.

Glaeßner demonstrierte lebende Balantidium koli aus dem Stuhle eines Patienten, der vor sechs Wochen an einer heftigen Enteritis erkrankte. Die Stühle sind blutig, eiterig, die Erkrankung sehr hartnäckig und die Therapie machtlos.

Friedjung zeigte ein 16jähr. Mädchen mit mongoloider Idiotie; die Intelligenz ist stark zurückgeblieben, auch sonst hat das Mädchen mancherlei Defekte. Ursache wahrscheinlich Lues und nervöse Belastung.

Kienböck demonstrierte einen durch Röntgenstrahlen geheilten Fall von lymphatischer Leukämie. Die Milz und die Drüsen verkleinerten sich schnell, das Befinden besserte sich zusehends. Der Patient ist jetzt wieder arbeitsfähig.

L. v. Schrötter stellte einen 10jähr. Knaben mit Obliteration der Aorta in der Gegend der Duktus Botolli vor. Patient hat eine Stimmbandlähmung, klagt aber sonst über keine Beschwerden.

B. Schweiger hält einen Vortrag über tabetiforme Veränderungen der Hinterstränge bei Diabetes.

K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 1. Juni 1907.

Eigener Bericht.

Haberer demonstrierte einen Mann mit multiplen Ekchondromen; die Tumoren sitzen namentlich an der Epiphysengrenze und zeichnen sich durch dentritischen Bau aus.

Nobl stellte einen 40jähr. Patienten mit Syphilis maligna praecox vor.

Erben demonstrierte einen Mann mit vermutlich simulierter Monoplegie nach hemiplegischem Insulte und besprach mehrere Methoden der Entlarvung derartiger Simulanten.

Doerr berichtete über ein einfaches und billiges Verfahren der Desinfektion von Wohnräumen mittels Formalin und Kaliumpermaganat.

Alexander zeigte eine Reihe von exstirpierten Jugularvenen und Sinusthranten bei otogener Pyämie und besprach die Chancen bei dieser Operation.

Berdach demonstrierte ein Rythmoskop, einen Apparat zur Durchführung der Lungengymnastik.

Moskovic besprach eine neue Operationsmethode von Hypophysentumoren.

H. Schur und Wiesel berichteten über eine Reaktion im Blutserum von Nephritikern; dieselbe besteht im Nachweise einer drucksteigernden und pupillenerweiternden Substanz und wird am Froschauge ausgeführt.

Sitzung vom 15. Juni 1907.

Eigener Bericht.

H. Schlesinger demonstrierte eine Komplikation des Dengnefiebers durch Spondylitis.

v. Zeiße besprach die Wirkung des Atoxyls auf den Syphilisprozeß. Er spricht dem Atoxyl nur eine roborante, aber keine heilende Wirkung zu.

Loewi erstattete eine vorläufige Mitteilung über eine neue Funktion des Pankreas und ihre Beziehung zum Diabetes mellitus. Nach Pankreasexstirpation, wobei dem Pankreas eine hemmende Wirkung zugeschrieben wird, bewirkt Adrenalineintropfung in das Auge eine Dilatation der Pupille. Dieselbe Reaktion zeigte die Mehrzahl der Diabetiker nach Adrenalineintropfung. Loewi schließt daraus, daß ein positiver Ausfall der Reaktion beim Diabetiker mit Bestimmtheit eine Pankreasaffektion anzeige, ein negativer das Bestehen einer solchen nicht ausschließe.

Ullmann demonstrierte einen Fall von Serophuloderma in großer Ausdehnung.

Pirquet zeigte ein fünf Monat altes Kind mit primärer Tuberkulose an der Wange; die Tuberkulinprobe hatte schon vor einem Monat einen positiven Ausfall ergeben.

Schnitzler zeigte einen 3jährigen Knaben nach erfolgreicher Operation der Hirschsprungschen Krankheit. Das Leiden besteht in Stenosenerscheinungen, welche auf angeborene Dilatation der Flexura sigmoidea zurückzuführen sind.

Heyrovsky demonstrierte einen Fall von Stichverletzung am Halse, welche zu Rekurrenz- und Sympathikuslähmung geführt hat, ohne die großen Gefäße zu treffen.

Eiselsberg zeigte eine Fraktur des Humerus am collum chirurgicum bei einem 52jähr. Manne.



L. Teleky besprach eine Statistik über die Phosphornekrose in Oesterreich, welche nicht so selten ist, als die Beobachtungen in den Krankenhäusern zu ergeben scheinen. In den letzten 10 Jahren beträgt die Zahl der Fälle sicher 300 bis 400. Das einzige Mittel zur Verhütung dieser Krankheit ist das Verbot der Verwendung von weißem Phosphor in der Zündwarenindustrie. Dr. W. H.

Periodische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift. Nr. 21. 1907.

1. v. Herff, Basel: **Wie ist der zunehmenden Kindbettfiebersterblichkeit zu steuern? Minderung der Operationen. Besserung der Desinfektion in der Hauspraxis.**

Nach den Ergebnissen der Statistik scheint die Sterblichkeit an Kindbettfieber in den letzten Jahren vielfach die Neigung zu einem Wiederanstieg zu zeigen. Verf. sieht die Ursache dafür in einer ungenügenden Desinfektion an der Hand einer unheilvollen Vieltuerei der Aerzte und fordert als wichtigste Losung, um weitere Erfolge in der Vorbeugung des Kindbettfiebers zu erzielen, Vermeiden alles unnötigen Operierens und Untersuchens bei gewissenhaftester Desinfektion. Jede Desinfektionsmethode, die sich allgemeiner Verbreitung erfreuen soll, muß dem vorhandenen, weitgehenden Bedürfnis nach Bequemlichkeit unbedingt Rechnung tragen. Die Benutzung der Gummihandschuhe bei den meisten und wichtigsten geburtshilflichen Operationen setzt unbedingt voraus, daß Hände und Handschuhe zuvor möglichst keimfrei gemacht werden; der richtige und sachgemäße Gebrauch derselben vereinfacht also nicht die Desinfektion in der Hauspraxis, sondern kompliziert und verteuert sie nicht unerheblich. Der unschätzbare Wert der Handschuhe liegt darin, daß sie, mit einiger Vorsicht angewandt, einen hohen Schutz nach Beschmutzung der Hände mit gefährlichen Fremdkeimen, bei Vorhandensein von kleinen Wunden an den eigenen Händen usw. gewährleisten, und weil sie in dringenden Fällen ein rasches Eingreifen ermöglichen. Die Fürbringersche Desinfektionsmethode, Heißwasser-Alkohol-Sublimat, gilt zwar als die beste, ist aber mit den drei erforderlichen Waschungen zu kompliziert, als daß sie Eingang in die allgemeine Praxis finden könnte. Ihr vorzuziehen ist die Ahlfeldsche Heißwasser-Alkohol-Desinfektion, die mit ihren zwei Waschungen wesentlich einfacher ist. Nach Erfahrungen an einem Material von 6000 Fällen, das er der strengsten Kritik unterzieht, hält Verf. diese Methode in Hinsicht der erreichten Erfolge der komplizierteren, unbequemeren und zeitraubenderen Fürbringerschen Methode für zum mindesten völlig gleichwertig und empfiehlt deshalb diese durch Sicherheit und verhältnismäßige Einfachheit ausgezeichnete Methode auf das Wärmste.

2. Zangemeister, Königsberg: **Der heutige Stand der Streptokokkenfrage, insbesondere für die Geburtshilfe.**

Die Streptokokken erfordern in der Geburtshilfe das größte Interesse; alle andern Keimarten stehen an Gefährlichkeit oder Häufigkeit ihrer Beteiligung weit hinter diesen. In den Lochien kranker Wöchnerinnen fand Verf.: bei Endometritis puerp. Streptokokken in 27%, bei Parametritis exsudativa in 72%, bei Sepsis puerperalis in 100%. Die Uebertragung von Streptokokken, welche von einer schweren Wundinfektion stammen, führt wiederum zu einer schweren Streptokokkeninfektion bei einem andern Individuum. Freilich muß nicht jede Uebertragung solcher Keime von einem Ort zum andern zur Infektion führen; außer der Pathogenität der Streptokokken sind noch besondere Momente für das Zustandekommen einer Infektion von Bedeutung: 1. das Fehlen der natürlichen Schutzstoffe, 2. die Insuffizienz des Leukozytenapparates, 3. das Vorhandensein eines Ortes, an dem die Streptokokken unbeeinflußt durch die Schutzkräfte zur Entwicklung kommen können (nekrotische Gewebspartien, seröse oder blutige Ergüsse etc.). Außer der Wundinfektion durch solche Streptokokken, deren Menschenpathogenität evident ist, besteht bei Kreißenden noch die Möglichkeit einer Infektion mit Streptokokken, die sich als saprophytische Bewohner der Vagina bei Schwangeren in einem nicht unbeträchtlichen Prozentsatz vorfinden. Diese Möglichkeit ist nur dann gegeben, wenn diese Streptokokken den Eiterstreptokokken so nahe verwandt sind, daß die eine Spezies unter Umständen in die andere übergehen kann, wenn beide als praktisch zu einer Art gehörig anzusehen sind. Die klinische Erfahrung lehrt nun, daß den Scheiden-Streptokokken im ganzen keine große Bedeutung beizumessen ist. Vielfach sind Versuche gemacht worden, experimentell einzelne Arten unter den Streptokokken abzutrennen. Die morphologische Untersuchung, das tinktorielle und kulturelle Verhalten hat zu keinem Ergebnis geführt; auch die Verwendung der Tiervirulenz hat keine Einteilung in verschiedene Arten ermöglicht. In neuerer Zeit hat man die Agglutination und Hämolyse zur Differenzierung herangezogen, und es ist einwandfrei gezeigt worden, daß ein Unterschied zwischen den einzelnen Stämmen auf die Dauer nicht besteht. Auch das feinste Unterscheidungsmerkmal verschiedener Bakterienarten, die Immunkörperbildung, ist zur Lösung des Problems herangezogen worden, und auch diese Versuche ergeben die Arteinheit der verschiedenen Streptokokkenstämme. Wenn so an der Arteinheit der Scheidenstreptokokken mit denjenigen der septischen Infektion nicht mehr gezweifelt werden kann, so ist die Möglichkeit erwiesen, daß unter Umständen eine Infektion auch durch die saprophytischen Scheidenstreptokokken zustande kommt; und mit dieser Möglichkeit ist zu rechnen so lange, bis die näheren Umstände bekannt sind, welche einen derartigen Uebergang vom Saprophytismus in den Parasitismus herbeiführen. Dieser Vorgang ist aber sicher kein häufiger; im allgemeinen wird man die Scheidenstreptokokken als unschädlich ansehen können; wo es zu einer schweren Streptokokkeninfektion im Wochenbett kommt, ist der Giftstoff in der enormen Ueberzahl der Fälle von außen eingeführt, und wenn jegliche Berührung unterblieben war, kommt fast nie eine schwere Infektion zustande.

Mit dem Nachweis der Unität der Streptokokken sind die Aussichten, die Streptokokkenimmunität beim Menschen therapeutisch heranzuziehen, wesentlich günstigere geworden; man ist nicht mehr auf die sogen. polyvalenten Sera angewiesen. Die Verfolgung des Vorganges der Immunkörperbildung gegen Streptokokken im Tierkörper ergibt, daß eine praktisch in Betracht kommende Menge solcher Schutzstoffe nur unter bestimmten Bedingungen gebildet wird: 1. müssen die zur Immunisierung verwendeten Streptokokken für den betreffenden Organismus virulent sein; 2. nur lebend eingeführte Streptokokken lösen eine brauchbare Immunität aus; 3. das zu immunisierende Individuum muß infolge der eingeführten Streptokokken schwer erkranken; andernfalls ist die Immunkörperbildung zu gering; 4. von dieser Immunisierungserkrankung muß sich das Individuum wieder bis zu einem gewissen Grade erholt haben; ist das nicht der Fall, so besteht sogar eine erhöhte Empfänglichkeit gegen Streptokokkeninfektionen. Es ergibt sich daraus, daß an eine erfolgreiche aktive Immunisierung des Menschen vorderhand nicht zu denken ist. Es bleibt also fürs erste nur die Möglichkeit der Uebertragung des Immunserums, der passiven Immunisierung, die sich beim Tier äußerst sicher durchführen läßt. Die bis heute hergestellten künstlichen Immunsera haben freilich, wiewohl sie beim Tier ausgezeichnet wirkten, am Menschen versagt. Für die Behandlung bereits bestehender Infektionen haben sie sich im ganzen als wertlos erwiesen.

3. Tomasczewski, Halle: **Uebertragung der experimentellen Augensyphilis des Kaninchens von Tier zu Tier.**

Verf. benutzte als Ausgangsmaterial flach erodierte Primäraffekte, von denen kleine Stückchen in Hornhauttaschen und die vordere Kammer bei Kaninchen verimpft wurden; in den folgenden Tagen traten deutliche Reizerscheinungen auf, die meist im Laufe einer Woche wieder zurückgingen. Sechs bis acht Wochen post infektionem eine vom Limbus nach dem Zentrum der Kornea sich verschiebende Infiltration, die nach kürzerem oder längerem Bestand meist unter völliger Aufhellung der Kornea wieder schwand. Von solchem „Pannus" wurden dann, nachdem Spirochaeten darin nachgewiesen, kleine Stückchen intrakorneal und intraokular auf weitere Kaninchen verimpft. Die danach auftretenden Reizerscheinungen waren geringer als bei Impfung mit menschlichem Luesmaterial; nach einem Inkubationsstadium von fünf bis sieben

Wochen entwickelte sich die pannusartige Affektion der Kornea, aber nur bei einem Teil der geimpften Augen. Weiterimpfung dieser zweiten Generation rief in derselben zeitlichen Reihenfolge die gleiche Veränderung hervor, wieder nur in einem Teil der geimpften Augen; wiederholt wurde in der dritten Generation auch eine Verkürzung der Inkubationsdauer beobachtet. Von mehreren Kaninchen, bei denen sich ein deutlicher Pannus entwickelt hatte, wurden Knochenmark, Milz, Lymphdrüsen zwei bis drei Monate post infektionem auf andere Kaninchen intraokular verimpft, ohne daß jedoch ein Impfeffekt zu erzielen gewesen wäre. Diese in Generationen verimpfbare parenchymatöse Keratitis hat zuerst Bertarelli beobachtet und durch den Nachweis der Spirochaete pallida ihre Aetiologie aufgeklärt. Von verschiedenen Autoren ist auch über die Veränderungen der Iris nach intraokularer Impfung mit Syphilismaterial berichtet worden. Verf. hat bei seinen Versuchen nach Abklingen der ersten Reizerscheinungen häufig Veränderungen der Iris in der zweiten und dritten Woche post infektionem beobachtet. Die Iris zeigte radiäre Fältelung, verwaschene Zeichnung, an einzelnen Stellen bildeten sich kleine Knötchen; gleichzeitig stellten sich Verengerung der Pupille und hintere Synechien ein. Spirochaeten konnten darin nicht nachgewiesen werden; bei intraokularer Impfung mit solchem Irisgewebe traten weder an Kornea noch an der Iris der geimpften Tiere irgend welche Veränderungen ein. Wenn es auch wahrscheinlich erscheint, daß es sich bei diesen Affektionen der Iris um syphilitische handelt, so ist ein Beweis dafür bisher nicht erbracht.

4. Moro, München: **Die klinische Alexinprobe.**

Bei der großen Bedeutung, die dem Alexin des Blutes als dem wesentlichen Faktor der natürlichen Schutzkraft für den Organismus zukommt, sind systematische Untersuchungen über das Verhalten des Serumalexins beim gesunden und kranken Menschen erwünscht. Verf. hat für klinische Untersuchungen eine einfache Methode ausgearbeitet, nach der es mit einigen Tropfen Blut in zwei Stunden möglich ist, den Alexingehalt des Serums quantitativ zu ermitteln. Im Interesse der Einfachheit der Probe beschränkt er sich auf die Ermittelung der Hämolyse, was jedoch bei dem weitgehenden Parallelismus, den die bakterizide mit der hämolytischen Wirkung des Blutserums aufweist, gerechtfertigt ist. Als Angriffsobjekt für das zu bestimmende Alexin des Menschenserums bediente er sich der roten Blutkörperchen vom Hammel. Da an der Hämolyse außer dem Alexin noch ein zweiter Serumstoff wesentlich beteiligt ist, der Zwischenkörper, dessen Menge großen Schwankungen unterworfen sein kann, so liegt die Grundbedingung der exakten Alexinbestimmung in der Anwendung eines genau bekannten, künstlichen Zwischenkörpers, der die als Reagenz verwendete Blutkörperchenmenge quantitativ besetzt, so daß die störende Zwischenkörperwirkung des nachträglich zugesetzten Menschenserums ausgeschaltet wird. Zur Anstellung der klinischen Alexinprobe sind drei Hauptreagentien erforderlich: 1. eine 10%ige Aufschwemmung gewaschener Hammelblutkörperchen in physiologischer Kochsalzlösung, 2. ein quantitativ ausgewertetes Hammelblutimmunserum (als Zwischenkörper), 3. frisches Menschenserum. Die entsprechenden Quantitäten sind: 0,1 ccm Hammelblutkörperchen + 0,05 entsprechend verdünntes Immunserum + 0,045 Menschenserum. Bei normalem Alexingehalt des Menschenserums erfolgt nach zweistündigem Aufenthalt im Brutschrank bei 37° komplette oder fast komplette Hämolyse. Die Mindestmenge Menschenserum von 0,05 ccm wird von fünf, dem angestochenen Ohrläppchen entnommenen Blutstropfen geliefert. Erfolgt nicht komplette Lysis, bleibt ein nennenswerter Rest von Blutkörperchen ungelöst, so ist der Alexingehalt des Blutserums vermindert. In diesem Falle ist die quantitative Ermittlung des ungelösten Erythrozytenrestes notwendig, die mit Hilfe des Sahlischen Hämometers vorgenommen werden kann.

5. Weißwange, Dresden: **Wann soll ein Myom operiert werden?**

Submuköse Myome bleiben selten symptomlos; Blutungen und Schmerzen sind die Kardinalsymptome; ihre Diagnose ist, solange sie noch klein sind und die Zervix geschlossen ist, oft sehr schwierig. Jedes submuköse Myom bedarf schneller operativer Beseitigung; die Operation kann im Prinzip als konservative ausgeführt werden, solange sie per vaginam vollendbar erscheint; sonst wird man radikal verfahren müssen. Die Trägerin eines nicht operierten submukösen Myoms ist stets in Gefahr wegen der Möglichkeit der Nekrose und Infektion. Das subseröse Myom verläuft oft und längere Zeit symptomlos. Gefahren bringt es mit zunehmender Größe und bei dünnem Stiel; Kompressionserscheinungen, Stieltorsionen, Netz- und Darmverwachsungen, intraperitoneale Blutungen kommen hier in Betracht. Je nach den Symptomen und der Schwere der Erscheinungen ist bei subserösen Myomen die Indikation zur Operation zu stellen; solche mit dünnem Stiel entfernt man am besten prinzipiell. Relativ am wenigsten schwere Erscheinungen machen die intramuralen oder interstitiellen Myome, zwei Arten derselben beanspruchen, auch wenn sie keine Symptome verursachen, besondere Beachtung: die großen Myome über Mannskopfgröße und die schnell wachsenden Myome. Erstere führen am leichtesten zur braunen Atrophie des Myokards, letztere lassen auf Erweichung, Blutung, Zystenbildung schließen. Beide sind deshalb baldigst zu entfernen. Die Betrachtung vom anatomischen Standpunkt aus läßt danach nur in einzelnen Fällen die Frage: wann ein Myom operiert werden soll, prinzipiell entscheiden; im übrigen muß die Indikation zur Operation eine streng individualisierende sein. Besonders wichtig ist der Zustand des Herzens; das Myom kann durch Anämie Dilatation des Herzens und Degeneration des Herzmuskels herbeiführen; bei anämischen Myomkranken ist deshalb die frühzeitigere Operation indiziert. Der Grad der Anämie, der Inoperabilität bedingt, dürfte bei 30% Hämoglobingehalt liegen.

6. Lißmann, München: **Neuere Untersuchungen über den dorsalen Fußrückenreflex.**

Der von Mendel und Bechterew zuerst beschriebene Reflex wird ausgelöst, indem man mit dem Perkussionshammer den lateralen Fußrücken etwa in der Gegend des Os cuboideum und cuneiforme III mittelstark beklopft; bei normalen i. e. gesunden Leuten soll dann ein reflexartiges Dorsalwärtszucken der zweiten bis fünften, oft auch nur der zweiten und dritten Zehe, bei organischen, mit spastischen Lähmungen verbundenen Erkrankungen dagegen ein Plantarwärtszucken der gleichen Zehen erfolgen. Bei Untersuchungen an einem ausgedehnten Material konnte Verf. das stetige Vorhandensein des normalen Fußrückenreflexes bei Gesunden und Tabikern, das Fehlen jeglichen Reflexes bei spinalen Kinderlähmungen und das Auftreten pathologischer Plantarflexion bei den meisten „Babinski-positiven“ Erkrankungen feststellen. Plantarflexion bei negativem Babinski wurde, entgegen den Mitteilungen anderer Autoren, in keinem Falle konstatiert.

Das gleichzeitige Auftreten von Plantarflexion und Babinski veranlaßte Verf., Neugeborene, bei denen Babinski in den ersten Lebensmonaten zu konstatieren ist, auf das Verhalten des Fußrückenreflexes zu untersuchen. Dabei ergab sich, daß bei allen Kindern, mit Ausnahme von zweien, der Fußrückenreflex plantarwärts erfolgte, wenn Babinski noch positiv war, also etwa bis zum dritten oder vierten Lebensmonat; umgekehrt trat bei „Babinski-negativen“ Kindern Dorsalflexion der Zehen ein. Wenn die Theorie, daß zum Zustandekommen des Babinskischen Phänomens eine Affektion oder ein Nochnichtausgebildetsein der Pyramydenbahn gehört, richtig ist, so dürfte aus dem tatsächlichen Zusammenfallen des Babinskischen Zeichens mit dem pathologischen Fußrückenreflex auf einen Zusammenhang des letzteren mit der Pyramidenbahn geschlossen werden.

7. Littauer: **Ueber Operationen unter Gaudaninhautschutz nach Döderlein.**

Bakteriologische Untersuchungen haben gezeigt, daß sich die Haut, mag sie noch so glatt sein, mechanisch nicht reinigen läßt, daß selbst die stärksten auf der Haut anwendbaren Desinfektionsmittel nicht alle Pilze, vor allem nicht ihre Dauerformen abtöten können, und daß der Nachschub der Keime aus der Tiefe bei langdauernden Operationen selbst durch Gerbung der Haut nicht zu hindern ist. Um die Hautpilze von der offenen Wunde fernzuhalten, sind schon vielfach Versuche gemacht worden, die Umgebung der Wunde vom Wundgebiet sicher abzuschließen. Das von Döderlein vorgeschlagene Verfahren besteht in der Auftragung einer aseptischen Gummidecke auf die einer exakten Säuberung und Gerbung unterzogene Haut. Die Gummilösung,



Gaudanin, besteht in einer Auflösung von Paragummi in Formanbenzin, dem Formanäther bis zum Gehalt von 1% Formalin zugesetzt wird. Das Gaudanin ist löslich in Aether, Benzin, Chloroform und kann nach der Operation leicht wieder von der Haut entfernt werden; man kann es aber auch auf der Bauchhaut lassen, dann wird es in zwei bis drei Wochen von selbst abgehoben. Der Gaudaninüberzug der Haut läßt sich auch unter mancherlei andern Verhältnissen verwenden; durch Bepinseln der Brusthaut mit Gaudanin dürfte die Zahl der Mastitiden einzuschränken sein; bei Darm-, Blasen-, tuberkulösen Fisteln kann die gesunde Haut durch die Gummidecke vor dem arrodierenden Sekret geschützt werden; bei Furunkeln kann die lästige Neuinfektion der Umgebung verhindert werden. Der Vorgang bei der Desinfektion der Haut vor einer Operation gestaltet sich folgendermaßen: Am Abend vorher wird der Patient gebadet, abgeseift, rasiert, worauf für die Nacht ein 1%iger Formalinumschlag gemacht wird. Nach Abnahme desselben wird die Haut mit 1%igem Formalinbenzin abgerieben, dann mit Jodtinktur eingepinselt, worauf das Gaudanin aufgetragen wird. Die besonderen hierfür konstruierten Apparate sind überflüssig; ein steriles Schälchen, ein Tupfer, eine Kornzange sind ausreichend. Die Gaudaninmethode nimmt nicht mehr Zeit in Anspruch als eine andere gute Desinfektion, sie ist kaum teurer als die Alkoholsublimatdesinfektion.

8. Wimmer, Wien: **Zur Kasuistik der Darmsteine.**

Die betr. Patientin hatte vor sieben Jahren an wiederholter Hämoptoe gelitten; seit einem Jahre stellten sich häufig eine Stunde nach der Nahrungsaufnahme kolikartige Schmerzen ein, die etwa eine Stunde anhielten; die Häufung derselben hatte in der letzten Zeit eine beträchtliche Gewichtsabnahme herbeigeführt. Die Palpation ergab in der rechten Unterbauchgegend eine harte, wenig verschiebliche und nicht sehr empfindliche Resistenz, die sich bei bimanueller Untersuchung als eine faustgroße Geschwulst erwies, die der rechten Seite der Gebärmutter auflag, sich von dieser etwas abheben, aber nicht aus dem kleinen Becken herausdrängen ließ. In der Annahme eines verkalkten Myoms oder eines Ovarialtumors wurde die Laparotomie vorgenommen. Hierbei zeigte sich, daß die Geschwulst der untersten Dünndarmschlinge angehörte, die frei ins kleine Becken herabhing; die Wand des Darmes über dem Tumor war glatt, glänzend, unverschieblich. Mit dem Dünndarmtumor wurde auch das darunterliegende schwielig verdickte, mit Netzsträngen verwachsene Koekum samt zugehörigen Mesenterialdrüsen entfernt. Beim Aufschneiden des Tumors erwies sich der Inhalt als ein Darmstein; derselbe wog 320 g, war 8 cm lang, 6 cm breit und hatte einen Umfang von 19 cm; im Zentrum fand sich ein kleiner Spalt, dessen glatte Wand von einem pflanzlichen Gebilde, vermutlich einer Samenschale, gebildet wurde; an der Stelle des größten Umfanges zeigte er eine 1 cm tiefe, 4 cm lange Rinne; diese lag genau in der Längsachse des Darmrohrs, weshalb der Darminhalt durch dieselbe nach der Ileokoekalklappe abfließen konnte, wodurch es nicht zur Darmokklusion gekommen war. Die Dünndarmschleimhaut war verdickt mit polypösen Wucherungen; die Schleimhaut des Koekums wies reichliche Narben auf. Nach der mikroskopischen Untersuchung waren die Veränderungen auf einen abgelaufenen tuberkulösen Ulzerationsprozeß mit Narbenbildung und konsekutiver Polyposis zurückzuführen; die Mesenterialdrüsen waren verkäst; an der hinteren Koekalwand zeigte sich ein beginnendes Gallertkarzinom.

9. v. Szöllösy, Szegedin: **Ein Fall multipler neurotischer Hautgangrän in ihrer Beziehung zur Hypnose.**

Die 20jährige Patientin hatte in den letzten Jahren öfters an eigenartigen Geschwürsbildungen gelitten, deren Entstehung nur durch leichte Hautsensationen eingeleitet wurde. Während der Beobachtung im Krankenhause bildete sich plötzlich unter Brennen und Prickeln auf der Brust eine Rötung und ödematöse Schwellung der Haut; innerhalb weniger Stunden entwickelten sich in dem Bereich derselben kleine Knötchen, die am nächsten Tage zu unregelmäßigen Flecken zusammenflossen, während Brennen und Hyperämie verschwanden. Die im Bereich der Flecken nekrotisch gewordene Haut stieß sich bald ab, und das dann bleibende granulierende Geschwür heilte langsam unter Borsalbeverbänden. Die Diagnose wurde auf multiple neurotische Hautgangrän gestellt und deshalb ein Versuch mit Hypnotherapie gemacht. Die Patientin erwies sich als erstklassiges somnambules Medium mit absoluter posthypnotischer Amnesie. Die therapeutischen Suggestionen bezweckten die endgültige Heilung der Patientin, immer energisch wiederholend, daß sie ein Geschwür nicht wieder bekommen werde; im Laufe der weiteren Beobachtung ist auch keine Geschwürs- oder Nekrosenbildung wieder aufgetreten. Gelegentlich einer hypnotischen Sitzung wurde der Patientin suggeriert, daß ihr die Rückenseite der Hand mit einem glühenden Eisen verbrannt werde, und daß sie am andern Tage daselbst eine Brandwunde haben werde: de facto wurde die Hand nur mit einem Geldstück bestrichen. Die Suggestion verwirklichte sich in dem Sinne, daß am andern Tage an der angegebenen Stelle eine ziemlich tiefe Hautnekrose sich entwickelte, die mit den neurotischen Hautgangränen identisch war.

10. Krummacher, Wesel: **Seltenere Störungen der Schwangerschaft.**

I. Hysterisches Fieber.

Eine 33jährige I Grav. erkrankte bei bis dahin normal verlaufener Schwangerschaft plötzlich an Ohnmachtsanfällen, die von Delirien, Halluzinationen und hohen Temperatursteigerungen gefolgt waren. Auch an den nächsten Tagen mehrmals unter Kopf- und Leibschmerz plötzlicher Fieberanstieg bis zu 43° C. Nach etwa acht Tagen blieb die Temperatur normal, Krämpfe traten nicht mehr auf. Der Gedanke an eine schwere Infektionskrankheit mußte bei dem Fehlen jeglichen objektiven Befundes fallen gelassen werden; der Verlauf der Erkrankung und das Vorhandensein einzelner Stigmata läßt Verf. das Fieber vielmehr als ein hysterisches auffassen. Ein solches ist wohl zu unterscheiden von dem von mehreren Autoren beschriebenen Schwangerschaftsfieber, das ohne objektiv nachweisbare Ursache einsetzt und nach Beendigung oder Unterbrechung der Schwangerschaft prompt schwindet.

II. Schwangerschaftswehen, eine Frühgeburt vortäuschend.

Eine 28jährige II Grav. erkrankte im siebenten Monat an einem akuten Muskelrheumatismus. 14 Tage später setzten heftige Wehen ein, die die Annahme rechtfertigten, daß es zur Frühgeburt komme; unter Opium ließen die Wehen wieder nach, traten am nächsten Tage aber wieder auf, dabei ließen sich deutlich die in Abständen von etwa 10 Minuten erfolgenden Kontraktionen des Uterus bei der äußeren Untersuchung fühlen. Noch dreimal in weiteren 14 Tagen traten solche länger währenden Wehenperioden ein, um mit Abklingen der rheumatischen Affektion zu sistieren. Es handelte sich jedenfalls um Schwangerschaftswehen, die wohl deshalb zur Perzeption der Schwangeren kamen, weil bei dem heftigen allgemeinen Muskelrheumatismus auch die Uterusmuskulatur ergriffen war.

11. Kaupe, Dortmund: **Zur Aetiologie des Pemphigus neonatorum non syphiliticus.**

K. fand bei einem zehn Tage alten Kinde einen typischen Pemphigus neonatorum; die Untersuchung der Mutter ergab, daß auch diese fieberte und einen vesikulös-pustulösen Ausschlag am Gesäß und Unterleib hatte. Als elf Tage später ein drei Jahre älteres Kind, das das Neugeborene geküßt hatte, an Varizellen erkrankte, wurde es klar, daß bei allen eine Varizelleninfektion vorlag; eine weitere Stütze fand diese Annahme noch dadurch, daß ein Vetter der Kinder, der nach drei Wochen seinen ersten Besuch in der Familie machte, bald danach auch an Varizellen erkrankte. Die erste Uebertragung auf Neugeborenes und Mutter muß durch die Hebamme stattgefunden haben. Die Ursache dafür, daß eine Varizelleninfektion bei dem Neugeborenen das Bild eines Pemphigus hervorrufen kann, dürfte wohl darin zu suchen sein, daß das Blut des Neugeborenen noch nicht genügend Schutzstoffe hat, und so dem Infektionsträger Gelegenheit gibt, sich auf den von ihm befallenen Stellen in bullöser Form auszubreiten.

12. Lengfellner, Berlin: **Eine Stahlbandfeder für Plattfußeinlagen.**

An der Hand von Abbildungen wird die aus Aluminium gefertigte Stahlbandfeder beschrieben, die folgende Vorteile bietet: Sie kann unter jede Einlage gesetzt werden; sie bietet unbedingte Sicherheit, daß die Einlage nicht heruntergetreten wird; sie ge-

stattet, die Einlagen nach den modernsten wissenschaftlichen Prinzipien zugleich möglichst leicht zu machen; sie läßt jedes Schuhgelenk vollkommen frei, macht den Gang elastisch und sichert durch die Stützpunkte die richtige Stellung des Fußes.

13. Treupel, Frankfurt a. M.: **Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Perkussion des Herzens.**

(Schluß aus Nr. 20.)

T. faßt seine Erörterungen folgendermaßen zusammen:

1. Die „akustische Wirkungsphäre" des Perkussionsstoßes ist viel größer als man seither mit Weil annahm. Insbesondere geht die Erschütterung auch des schwächsten Perkussionsstoßes in die Tiefe weit genug, um an der Peripherie der von Lungen bedeckten Teile des Herzens und der großen Gefäße wahrnehmbare Schalldifferenzen aufkommen zu lassen.

2. Da die Verwendung der Reizschwelle ein relativ zuverlässiges Hilfsmittel der Schallstärkemessung ist, so erscheint die leiseste Perkussion als Schwellenwertsperkussion von allen Perkussionsmethoden als die empfehlenswerteste und zuverlässigste.

3. In Bezug auf die Herzperkussion ist es zweckmäßig, an der Unterscheidung in absolute und relative Herzdämpfung (Weil) festzuhalten.

4. In jedem einzelnen Fall ist die absolute Herzdämpfung (mit schwacher Perkussion) und in Form einer relativen Dämpfung die ganze Vorderfläche des Herzens möglichst genau zu bestimmen.

5. Hierzu eignen sich am besten die Ewald-Goldscheidersche Schwellenwertsperkussion (SP), die mittelstarke Perkussion nach Moritz (MP) und die Tastperkussion (TP).

6. Mit diesen Methoden lassen sich die Grenzen des Herzens fast in jedem Falle so genau festlegen, daß man eine individuelle Herzfigur erhält und imstande ist, nach bestimmten Richtungen das Herz auszumessen.

7. Es empfiehlt sich, für klinische Zwecke folgende Maße anzugeben: Mr, Ml und L, wobei Mr den größten Abstand des rechten Herzrandes von der Mittellinie, Ml den größten Abstand des linken Herzrandes von der Mittellinie, L die Entfernung von Kavavorhofwinkel bis Herzspitze in Zentimetern ausgedrückt andeutet.

Diese Maße lassen sich nach Moritz-Dietlen zweckmäßig in folgender Formel zusammenschreiben:

$$\frac{Mr \mid Ml}{L.}$$

Wünschenswert erscheint es, wenn in jedem Falle durch die in Klammer beigefügten Abkürzungen SP, MP, TP, künftig zu ersehen wäre, nach welcher Methode perkutiert worden ist.

14. Sudhoff: **Karl von Linné.**

Wiener klinische Wochenschrift. Nr. 13. 1907.

1. Stransky, Wien: **Beitrag zur Paralysefrage** (mit Bezugnahme auf einen Fall paralyseähnlicher Erkrankung ohne adäquaten histologischen Befund, von relativ stationärem Charakter und kombiniert mit progressiver spinaler Amyotrophie).

Das Krankheitsbild der Paralyse galt bis vor kurzer Zeit als wohlbekannt und feststehend. Erst in neuerer Zeit ist die Begrenzung des Krankheitsbildes ins Schwanken gekommen; und man ist geneigt, gestützt hauptsächlich auf histologische Rindenuntersuchungen, manchem bisher unter die paralytische Demenz gerechneten Fall eine andere systematische Stellung anzuweisen. Einen Beitrag zu dieser Frage liefert der folgende klinisch wie histologisch sehr ausführlich geschilderte Fall. Es handelt sich um eine gewöhnliche relativ stationär bleibende progressive Paralyse, die klinisch dadurch bemerkenswert erschien, daß sie kombiniert war mit progressiver Amyotrophie von spinalem Typus. Die dadurch angeregte histologische Untersuchung ließ aber erkennen, daß hier von progressiver Paralyse nicht gut gesprochen werden konnte, wenn man nicht die Bedeutung des anatomischen Befundes für die klinische Systematik einfach außer acht lassen wollte. Der klinische Befund ergibt am ungezwungensten die Diagnose Paralyse; indessen schließt er eine senile oder arteriosklerotische Geistesstörung nicht aus, und eine diffuse Rindenerkrankung war zweifellos vorhanden. Die Möglichkeit einer Entstehung der amyotrophischen und der kortikalen Erkrankung aus der gleichen Wurzel will Verf. ausgeschlossen wissen, aber histologisch sind beide Prozesse nicht identifizierbar.

2. Hofbauer: **Herzmuskelkraft und Kreislauf.**

Seit langer Zeit weiß man, daß die Herzmuskelkraft als Quelle der zur Zirkulation des Blutes notwendigen Kräfte nicht ausreicht. Die Frage aber, welche Kräfte außer der Herzmuskelkraft den Kreislauf bewerkstelligen, ist bisher unbeantwortet geblieben; das Herz wirkt nur als Druckpumpe und nicht noch als Saugpumpe im Kreislauf. Bei der Nuanzierung des Mechanismus der Atemvertiefung und der dabei stattfindenden Alterationen der Zwerchfellbewegungen zeigte sich nun, daß während der tiefen Einatmung der Herzschatten in beträchtlichem Maße anschwillt. Während der Ausatmung kehrt er wieder auf das Volumen zurück, welches er vor Beginn der Einatmung innegehabt hat. Dabei konnte man konstatieren, daß die Größe des Herzschattens durch die tiefe Atmung in weit höherem Maße beeinflußt wird als durch die Aktion des Herzmuskels. Wenn also z. B. während der Systole des Herzens die inspiratorische Atemphase statthat, so wird durch die inspiratorische Anschwellung nicht nur die der Systole entsprechende Verkleinerung des Herzschattens vollständig kompensiert, sondern um ein vielfaches überholt. Ledderhose hatte bereits darauf aufmerksam gemacht, daß sich an den peripheren Venen beträchtliche Unterschiede der Füllung mit Blut entsprechend den verschiedenen Respirationsphasen nachweisen lassen. Unverständlich aber schien es, daß nicht an allen Venen des Körpers gleichsinnige Bewegungen stattfinden; während das eine Gefäßgebiet inspiratorisch abschwillt, was durch den negativen Druck im Brustraum zu erklären ist, zeigen gleichzeitig andere Teile des Gefäßsystems Anschwellung und Vergrößerung des Blutgehaltes. Hasse hat diese Verhältnisse aufgeklärt und bewiesen, daß die Atembewegung das anatomische Verhalten des Herzbeutels und des Lakus der Vena cava inferior einerseits, sowie das der Bauchorgane andrerseits ändert und dadurch die Bewegung des Blutes fördert. Es kommen also für die Wirkungsweise der Respiration auf die Beförderung der Zirkulation zwei Faktoren in Betracht: 1. ein mechanischer im Sinne der Hasseschen Auseinandersetzungen und 2. der in der Brusthöhle infolge der Wirksamkeit der Respirationsorgane herrschende negative Druck, der in der Regel bedeutend unterschätzt wird. Von größter Bedeutung ist die elastische Retraktionskraft der Lungen. Bei der Inspiration steigt der negative Druck in der Brusthöhle, was aus der Druckkurve deutlich hervorgeht. Der Schluß aber ist zulässig, daß die vitale Retraktionskraft zirka zweimal soviel leistet als die durch die Inspiration hervorgerufene Verstärkung des negativen Druckes im Thorax, wodurch am besten die Bedeutung der Retraktionskraft der Lungen für die Blutbewegung gekennzeichnet wird. Verf. geht näher auf die Arbeitsdyspnoe resp. kardiale Dyspnoe ein, und zwar auf die kardiale Orthopnoe. Alle bisherigen Erklärungsversuche treffen nicht das Richtige; denn die Atembewegungen des Zwerchfelles sind im Liegen weitaus mächtiger und ergiebiger als beim Sitzen. Verf. konnte nachweisen, daß beim Sitzen sowie beim Stehen die vitale Retraktionskraft der Lunge gegenüber der in Rückenlage innegehabten Höhe überaus gesteigert wird, und zwar dadurch, daß das Zwerchfell beim Uebergang aus dem Liegen ins Stehen oder Sitzen um ein ganz Beträchtliches tiefer tritt; die Lungen werden passiv gedehnt. Mit anderen Worten, der intrathorakale negative Druck steigert sich beim Uebergang aus der liegenden in die stehende Körperlage. Gerhard zeigte schon, daß das Höherwerden des Perkussionsschalles bedingt sei durch eine Steigerung des negativen Druckes, welcher infolge dieser Lageveränderung im Brustkasten auftritt, sobald der Patient aus der liegenden in die aufrechte Körperstellung übergeht.

3. von Eisler, Wien: **Ueber die Spezifität der Bakterienpräzipitine.**

Bei Untersuchungen über die Agglutination und Präzipitation hat sich die zwischen beiden Reaktionen bestehende Analogie und die ihnen im gleichen Maße zukommende Spezifität gezeigt. Allerdings müssen ganz bestimmte Versuchsbedingungen erfüllt sein. Bei Beobachtung der quantitativen Verhältnisse und der Agglutinations- resp. Präzipitationseigentümlichkeiten der betreffenden



Spezies gelingt es, selbst nahe verwandte Arten, z. B. Typhus und Paratyphus zu unterscheiden. Hochwertiges Immunserum, nicht Krankenserum, ist zu differentialdiagnostischen Zwecken erforderlich, ebenso genaueste Austitrierung. Schon Gruber schreibt in seiner ersten Mitteilung, daß die Wirkung der Agglutinine keine spezifisch abgegrenzte, sondern nur eine graduell abgestufte ist, so daß jedes Agglutinin gegen die eigne Art am stärksten wirkt. Auf andere Arten ist die Wirkung um so stärker, je näher verwandt die betreffende Bakterienart ist. Verschieden sind die Erklärungen der Agglutination nicht nur der homologen, sondern auch anderer mehr oder weniger nahestehender Arten. Gruppenagglutination nannte Pfaundler dies Verhalten, ältere Bezeichnungen sind Partial- oder Mitagglutination. Spätere Untersuchungen klärten dieses Verhalten der Reaktionen auf; man fand, daß der die Immunkörper produzierende Organismus von hoher Bedeutung für die Entstehung der Mitagglutinine sei. Zupnik hat nun auf Grund zahlreicher Untersuchungen dieselben Resultate erhalten; er bringt aber eine neue Auffassung der in Frage stehenden Reaktionen und bezeichnet diese als gattungsspezifisch und nicht mehr als artspezifisch und behauptet, seine diesbezüglichen Untersuchungen hätten prinzipische Bedeutung für die gesamte Bakteriologie erlangt. Verf. weist diese neue Auffassung zurück, da ja Zupnik nur Bekanntes bestätige und durch die neue Benennung die Sachlage verwirre. Trotz seiner oft geäußerten Anschauung, der Agglutination gehe jede Ortsspezifität ab, ist es Z. gelungen, unter Berücksichtigung der Agglutinationseigentümlichkeiten jedes der betreffenden Immunseren die einzelnen Arten der Hogcholeragruppe zu differenzieren. Damit schriebe er der Agglutination eine noch höhere Spezifität als Kutscher und Meinicke u. a. zu und stehe im Gegensatz zu seiner früher geäußerten Ansicht. Ferner erklärte Zupnik früher die Präzipitation für gattungsspezifisch: in seiner letzten Mitteilung aber behauptet er, daß der Präzipitation auch keine Gattungsspezifität, sondern nur eine Familienspezifität zukomme. Demgegenüber ist aber von verschiedenen Seiten der völlige Parallelismus zwischen Agglutination und Präzipitation einwandfrei nachgewiesen. Verf. kam ebenfalls zu denselben Resultaten; eine Reihe von Tabellen bringt dies zum Ausdruck. Seine Untersuchungen genügen, um die Behauptung Zupniks von der Familienspezifität der Präzipitinreaktion als unbegründet zurückzuweisen. Beiden Reaktionen kommt ohne Zweifel der gleiche Grund von Spezifität zu, natürlich unter Berücksichtigung der jeder der beiden Reaktionen zukommenden Eigentümlichkeiten.

4. Schweinburg, Brünn: **Zur Kenntnis der multiplen zentralen Enchondrome.**

Es handelt sich um einen Fall von multiplen zentralen Enchondromen, die vorwiegend an Händen und Füßen, zum Teil auch an Humerus, Radius, an den Tibien, und zwar sowohl an den Epiphysen als auch an den Diaphysen saßen, mit dem Körperwachstum ihre Größe veränderten und mit Beendigung desselben unverändert fortbestanden. Als Nebenbefund wurden zahlreiche, teils symmetrisch, teils unsymmetrisch angeordnete Nävi konstatiert, was einen Anhaltspunkt für die Auffassung derartiger Fälle zu bieten scheint. Ueber die Entstehung der multiplen zentralen Enchondrome bestehen verschiedene Ansichten. Nach der einen Annahme gehen diese Geschwülste aus unverknöcherten Knorpelinseln hervor, die während der fötalen Entwicklungsperiode innerhalb der knorpelig vorgebildeten Knochen infolge einer Ossifikationsstörung liegen bleiben; nach der anderen betrifft die Anomalie die Ossifikation der wachsenden Knochen, indem Knorpelinseln aus der Knorpelknochengrenze in das Innere des Knochens verlagert werden. In dem oben erwähnten Fall handelt es sich zweifellos um eine Ossifikationsstörung zur Zeit der fötalen Entwicklung. Diese Enchondrome nehmen eine besondere Stellung unter den Tumoren ein; sie sind regelmäßig multipel, gelangen stets in frühester Jugend zur Entwicklung, sind sogar bisweilen kongenital nachgewiesen und stehen bezüglich ihres Wachstums mit dem Körperwachstum in direktem Zusammenhang. In einzelnen Fällen wurde ein hereditäres Auftreten beobachtet. Verf. verweist auf das Krankheitsbild, das man mit dem Ausdruck „Olliersche Wachstumsstörung“ bezeichnet und den multiplen zentralen Enchondromen hinsichtlich der Ursache ähnelt. Verf. ist geneigt, letztere Erkrankung als eine Bildungsanomalie, als eine Vegetationsstörung im Sinne Kundrats aufzufassen. Das Auftreten der zahlreichen Nävi stützt seine Ansicht.

5. Ludwig, Panzer und Zdavek: **Ueber die Styriaquelle in Rohitsch-Sauerbrunn.**

Verf. geben eine ausführliche Darstellung der Geschichte der Quelle, der geologischen Verhältnisse des Quellgrundes und eine genaue Analyse des Brunnens; Tabellen erläutern diese. Die Styriaquelle gehört zu den alkalisch-salinischen Säuerlingen, sie ist mit Kohlensäure gesättigt und durch einen großen Gehalt an Magnesiumbikarbonat ausgezeichnet. Bemerkenswert ist, daß sich der Gehalt an festen Stoffen nicht nennenswert geändert hat.

Nr. 14. 1907.

1. Glas, Wien: **Zur ösophagoskopischen Diagnose der idiopathischen Speiseröhrenerweiterung.**

Verf. beschreibt mehrere Fälle von idiopathischer Speiseröhrenerweiterung sehr ausführlich. Das Fehlen einer anatomischen Ursache ist durch die Oesophagoskopie nachgewiesen. Durch diese Untersuchungsmethode können erst die sekundären, oberhalb anatomischer Stenosen sich entwickelnden Dilatationen von den idiopathischen, „spindelförmigen“, mit Sicherheit unterschieden werden. Alle idiopathischen Speiseröhrenerweiterungen zeigen ein ziemlich einheitliches Bild: Bei der Einführung des Oesophagoskops besitzt das Rohr in dem dilatierten Abschnitt große Exkursionsfähigkeit, es drängen sich zurückgehaltene Flüssigkeiten und Speisereste durch den eingeführten Tubus, die Reinigung des Gesichtsfeldes ist oft mit großen Schwierigkeiten verknüpft, es gelingt nicht, im selben Augenblick die ganze Zirkumferenz zu übersehen. Die Schleimhaut befindet sich meist im Zustand der Entzündung, die vorspringenden Kämme zeigen Membranauflagerung, Auflockerung, Gefäßinjektion. Schleimhautfalten lagern vor dem Tubus-Ende, sie sind schwer fortzudrängen. Respiratorische Bewegung der Wandpartien fehlt oder ist wesentlich eingeschränkt. In allen Fällen bestand Spasmus in kardialem Gebiete, rosettenartiger Verschluß des Rohres mit starkem Vorspringen der Fältchen, das konzentrisch gelegene Lumen fest verschlossen, die Schleimhaut dieser Partie gewöhnlich entzündet, verdickt, gerötet, leicht blutend, manchmal mit stark vorspringenden Lippenwülsten und einem schmal zusammengedrängten, von hinten rechts nach vorne links verlaufenden Spalt. Sehr wichtig ist für die Diagnose die Kenntnis des ösophagoskopischen Bildes normaler Wandpartien und der Engen, welche das Instrument zu überwinden hat. Bei dilatierten Wandpartien ist die respiratorische Verschieblichkeit der Falten entweder völlig aufgehoben oder wesentlich herabgemindert; dies Symptom ist also differentialdiagnostisch gegenüber der normalen Wandfläche zu verwerten. Bezüglich des Unterschiedes des ösophagoskopischen Bildes des Kardiospasmus im tiefsten Anteil des Oesophagus und des normalen Bildes dieses Gebietes ist Verf. der Ansicht, daß es sich hier nur um eine quantitative Differenz handeln könne. Beim Kardiospasmus ist die Enge spaltartig, weder Gas noch Flüssigkeit kann hindurchdringen; diese Partie setzt dem Vordringen des Instruments krampfartigen Widerstand entgegen, die Wülste dringen stark hervor, sind rosettenartig. Bei festem Andrängen des Rohres werden die Schmerzen heftig, Kokainisierung und Bromdarreichung wird notwendig. Zeichen chronischer Entzündung, starke Gefäßinjektion, Membranbildung u. a. sind meist sekundäre Erscheinungen. Eine zweite Gruppe, die differentialdiagnostisch den idiopathischen Speiseröhrenerweiterungen gegenüber in Frage kommen, bilden der Luschkasche Vormagen, das Antrum cardiacum und tiefsitzende Divertikel. Die ersten beiden Erkrankungen sind äußerst selten. Die Diagnose der ersten ist dann zu stellen, wenn die Erweiterung über dem Hiatus ösophageus sich befindet, während das Antrum cardiacum unterhalb in Form einer sack- oder divertikelartigen Erweiterung sitzt; es ist dabei der normale Befund oberhalb des Hiatus ösophageus ausschlaggebend. Für tiefsitzende Divertikel ist von wesentlicher Bedeutung der Befund am Ende des Sackes, das eingeführte Oesophagoskop kann nicht weiter vordringen, ein Lumen wird nicht gefunden. Bei sekundären Erweiterungen oberhalb anatomischer Stenose ist das öso-

phagoskopische Bild dem der spindelförmigen gleich. Charakteristisch sind aber die feinen strahlenförmigen Narben im Zwerchfellbereich oder Kardiagebiet, auch der infiltrierende Tumor wird zu sehen sein.

Ueber die Ursache der idiopathischen Speiseröhrenerweiterung gehen die Ansichten auseinander; eine Gruppe (Mikulicz u. a.) sieht im Kardiospasmus das Primäre, Rosenheim in der Atonie der Schlundmuskulatur. Kraus dagegen leitet Atonie des Oesophagus und Kardiospasmus von einer gleichzeitigen paralytischen Affektion verschieden funktionierender Vagusfasern ab. Er meint, man könne nicht mehr Dilatationen, welche durch primären Spasmus der Kardia entstehen, von solchen unterscheiden, die infolge Atonie der Wandungen zustande gekommen sind. In einem gegebenen Falle ist höchstens das eine der beiden zusammenwirkenden Momente mehr, das andere weniger betont. Verf. schließt sich dieser Ansicht an, ein Fall von Mediastinaltumor mit Kompression des Vagus bestätigte die Krausssche Erklärung.

2. v. Rhantz: **Ueber subkutane Darmrupturen.**

Subkutane Darmrupturen sind nur schwer, mit absoluter Sicherheit fast nie zu diagnostizieren. Und doch hängt von der frühzeitig gestellten Diagnose die Prognose ab, die Frühoperation bietet die günstigsten Aussichten auf Heilung dank der modernen Peritonitisbehandlung mit Ausspülen der Bauchhöhle mit physiologischer Kochsalzlösung, mit Wasserstoffsuperoxyd, Anregen der erlahmenden Darmperistaltik, event. Ausführung der Enterostomie, Beschleunigung des Stoffwechsels, forzierter Transpiration. Denn immer mehr hat die Ansicht Leunanders und Heidenhains an Wahrscheinlichkeit gewonnen, daß der Tod bei der Peritonitis vorwiegend durch die Resorption von Toxinen im gelähmten Darme und weniger durch die peritoneale Infektion hervorgerufen werde. Es sollte daher jeder Fall von Bauchkontusion, wenn das Trauma nur halbwegs geeignet war, eine schwere Läsion zu setzen, einem Krankenhaus überwiesen werden, damit im günstigen Augenblick sofort die Operation vorgenommen werden kann. Die von Angerer schon 1900 angegebenen einzelnen Symptome, die auf eine schwere innere Verletzung hinweisen, sind folgende: 1. Stundenlang andauernder Shok. 2. Zunehmen der Pulsfrequenz; doch kann der anfangs frequente Puls langsamer werden und erst mit eintretender Peritonitis wieder ansteigen. Zunehmen der Pulsfrequenz und Ansteigen der Temperatur deuten auf septische Peritonitis. 3. Beschleunigte rein thorakale Atmung. 4. Wiederholtes Erbrechen; bei einfacher Kontusion hört das Erbrechen in der Regel nach ein- bis zweimal auf. 5. Heftige spontane Schmerzen und Druckschmerz: nimmt der Schmerz zu, dann ist Austritt von Darminhalt wahrscheinlich. 6. Frühzeitiges Verschwinden der Leberdämpfung; doch spricht Bestehenbleiben derselben nicht gegen Darmruptur. 7. Starke reflektorische Rektusspannung. 8. Meteorismus muß in den ersten sechs Stunden nicht auftreten, sondern kann erst nach Erschlaffung der immer zuerst auftretenden Kontraktion des Darmes eintreten. Durch die Muskelkontraktion des Darmes kann es zum Verschluß von Darmrissen trotz ausgestülpter Schleimhaut kommen. Urinretention ist meist bei komplizierter Bauchkontusion vorhanden, doch spricht ihr Fehlen noch nicht dagegen. Verf. hat von sieben Patienten mit Bauchkontusionen und Darmrupturen nur einen katheterisieren müssen. Nach seiner Ansicht ist auf die reflektorische Rektusspannung das Hauptgewicht zu legen, daneben auf das Steigen des Pulses und die thorakale Atmung. Erbrechen kann selbst bei Perforation vereinzelt sein und ganz fehlen. Heftige spontane Schmerzen und solche bei Druck, besonders über die Verletzungsstelle hinaus, sprechen fast immer für schwere Verletzung. Von anderer Seite wird stündliche Temperaturmessung im Rektum empfohlen, ein Ansteigen spreche für Darmruptur. Jedenfalls sind bei zweifelhafter Diagnose Opiate und Analeptika strengstens zu vermeiden. Die Prognose der Darmruptur ist bei Operation in den ersten zwölf Stunden relativ günstig, sie verschlechtert sich aber rapide mit jeder Stunde. Jene Fälle sind ausgenommen, wo nur wenig Darminhalt ausgetreten ist und es zur Abkapselung und Bildung von Abszessen gekommen ist. Diese gehen fast immer in Heilung über, selbst wenn sie erst einige Tage nach dem Trauma eröffnet werden. Wichtig ist bei der Operation eine möglichst ausgiebige Revision des Bauchraumes und empfehlenswert in geeigneten Fällen ie Ablösung des Zwölffingerdarmes, Freilegung der hinteren Magenwand usw. Der Ausgang einer bestehenden Peritonitis is aber von vielen Faktoren abhängig, wie Menge und Virulenz des Infektionsmaterials, Alter des Patienten, seiner Widerstandsfähigkeit usw. Verf. beschreibt eingehend sieben hierhin gehörige Fälle, von denen vier trotz der Operation starben.

3. Schneider, Lemberg: **Ein Beitrag zur Frage der Polyglobulie.**

Es handelt sich um einen Patienten von 51 Jahren, der im 7. Jahre an Malaria mit Milzschwellung erkrankte. Im 38. Jahre will er Typhus durchgemacht haben, mit 40 Dysenterie, mit 44 eine Lungenentzündung und vor 5 Jahren traten krampfartige Schmerzen der Bauchhöhle auf. Im Jahre 1901 machte die Milz so große Beschwerden, daß zur Operation geschritten werden mußte. Spuren von Eiweiß wurden ebenfalls ausgeschieden. Die klinische Diagnose lautete: Tumor lienis chronicus, probabiliter malaricus; die anatomische: Tumor lienis chronicus, mit Rücksicht auf den Blutbefund aber pseudoleucaemicus. Der Wundverlauf dauerte 2 1/2 Monate infolge eines eitrigen Prozesses in der Bauchdeckenwunde, das Fieber dauerte ebensolange. Nach ganz kurzer Zeit des Wohlbefindens bekommt Patient Anfälle, bei welchen ihm vor den Augen finster wurde, der ganze Körper erstarrte, so daß er öfters umfiel, ohne aber das Bewußtsein zu verlieren. Pat. stand nun fast ein ganzes Jahr unter Beobachtung im Krankenhaus. Zwei Tage nach seiner Aufnahme bekam er eine typische linksseitige krupöse Pneumonie, die nicht mit der Krisis endete, sondern einem deutlichen tuberkulösen Infiltrat wich. Einige Wochen später bekam er einen Anfall mit Bewußtseinsstörung, darauf einen Blutsturz, bald waren Tuberkelbazillen nachweisbar, der Zustand verschlechterte sich fortgesetzt, bis der Tod eintrat. Die klinische Diagnose lautete: Splenectomia ante 1 1/2 annos num leucaemia, Tuberculosis chronica destructiva pulmonis utriusque praecipue sinistri. Sehr interessant war der Blutbefund zu verschiedenen Zeiten. Drei Stadien lassen sich bei dem Krankheitsverlauf unterscheiden, 1. vor der Milzexstirpation, 2. vorübergehendes (drei resp. fünf Monate dauerndes) Stadium nach der Splenektomie und das die ganze Beobachtungszeit in der internen Klinik bis zum Tod umfassende dritte Stadium. Der genaue Blutbefund wird durch verschiedene Tabellen eingehend erläutert. Vor der Splenektomie war die Zahl der roten Blutkörperchen vermehrt, es lag eine deutliche Polyglobulie vor, womit eine unzweifelhafte neutrophile Leukozytose verbunden war. Nach der Milzexstirpation wird das Bild ein wenig verwischt, teils infolge der Eliminierung der Milz aus dem Organismus, teils infolge von lokalen Entzündungsprozessen am Orte der Wunde. Einen Monat nach der Operation war die Zahl der Erythrozyten schon nur normal, dagegen begannen Normoblasten im Blut aufzutreten. Die Leukozyten waren im allgemeinen vermehrt, doch trat an die Stelle der bisher neutrophilen Leukozytose eine relative Lymphozytose ein, die nur kurze Zeit dauerte, da sie einer ebenfalls nur vorübergehenden vikariierenden Tätigkeit der Lymphdrüsen ihre Entstehung verdankte. In dem Maße, als die Lungentuberkulose sich entwickelte, begann die Erythrozytenzahl sich zu verringern, dagegen erscheinen im Blute immer mehr Normoblasten. Die Zahl der weißen Blutkörperchen ist nun auch größer als früher, der Charakter der Leukozytose ist wieder neutrophil wie vor der Milzexstirpation; in das Blut beginnen Myelozyten überzugehen. Die Polyglobulie wird also unter dem Einflusse neuer pathologischer Faktoren in Anämie umgewandelt; doch der Reizzustand des Knochenmarkes, der die Basis der krankhaften Blutveränderung bildete, dauert fort, die langdauernde chronische Malaria dürfte die Ursache sein. Durch diesen Fall dürfte auch die Ansicht widerlegt sein, die Ursache der Polyglobulie sei in einer primären Erkrankung der Milz zu suchen, ihre Exstirpation sei daher therapeutisch empfehlenswert. Die Quelle der Blutveränderung liegt eben nicht in der Milz, sondern im Knochenmark.

4. Nießner, Troppau: **Zwei Fälle von diffuser Peritonitis appendicularis mit nachfolgendem Darmverschluß.**

Praktisch wichtig ist es, zwei Arten von Ileus zu unterscheiden, den mechanischen und den dynamischen. Die Differentialdiagnose zwischen Peritonitis und Ileus nach Peritonitis bietet große Schwierigkeiten, sie ist oft unmöglich wegen der Verschieden-

heit der Symptome. Von besonderer Bedeutung für die Diagnose des mechanischen Ileus ist die Versteifung des geblähten Darmes, Assymetrie des aufgetriebenen Leibes, eine mehr oder minder lebhafte Peristaltik, die bei nicht zu starken Bauchdecken durch die wechselnde Fülle der einzelnen Darmabschnitte sichtbar wird, und ein lebhaftes Poltern und Rollen im Leibe. Gehen die Erscheinungen nach Entleerung des unteren Darmabschnittes durch hohe Irrigation und durch eine Magenausspülung nicht sofort zurück, so ist die Operation indiziert, die, wenn möglich, direkt das Hindernis beseitigen soll. Je früher operiert wird, desto günstiger die Aussichten auf Erfolg. Atropin- oder Physostigmininjektionen sind zu unterlassen. Verf. beschreibt eingehend zwei Fälle von Peritonitis appendicularis mit folgendem Ileus. Beim ersten ist der Prozessus leicht zu finden, ist stark gangränös, zeigt zwei Perforationsstellen und ein Kotsteinchen. Nach zwölf Tagen ist mechanischer Ileus aufgetreten, im kleinen Becken sitzt die Verschlußstelle, ein Teil des untersten Ileums ist gedreht und am Beckenboden angewachsen. Nach sieben Tagen tritt der Exitus ein infolge erneuter Peritonitis. Beim zweiten Fall ist eine Perforationsstelle zu finden und ein größerer Kotstein. Nach einem Monat tritt Ileus auf. Am unteren Ileum finden sich starke Fibrinauflagerungen und Verlötungen, der Darm ist an zwei Stellen durch Netz stranguliert. Die Operation bringt Heilung. Bemerkenswert war an beiden Fällen die Verwechslung der Appendizitiserscheinungen mit Menstruationsbeschwerden seitens der Patientinnen und der günstige Einfluß der Appendizitisoperation auf die diffuse Peritonitis.

Nr. 15. 1907.

1. Sandek, Brünn: **Zur Kasuistik der „kolloiden Degeneration der Haut im Granulations- und Narbengewebe" (Juliusberg).**

Dem Xanthoma sehr ähnliche Plaques und Flecke, Pseudoxanthoma elasticum genannt, sind in histologischer Hinsicht charakterisiert durch die Degeneration des elastischen Gewebes; Zerreißung, Schwellung und Zerfall der Fasern, knäuelartige oder nestförmige Anordnung, homogene schollige Gebilde, die die gleiche Farbenreaktion zeigen wie die elastischen Fasern. Sie sind von mehreren Forschern beschrieben. Von Juliusberg sind drei Fälle von Veränderungen des elastischen Gewebes ähnlicher Natur beschrieben; sie waren einmal am Halse, das andere Mal inmitten eines heilenden Syphilides am Vorderarm, das dritte Mal in einer Narbe im Gesicht lokalisiert. Die Farbe der hellen bis intensiv gelben Herde beruhte nicht auf Pigmentierung oder Einlagerung von Zellmassen, sondern auf der Degeneration der elastischen Fasern. J. schlug daher den Namen „kolloide Degeneration der Haut im Granulations- und Narbengewebe" vor. Verf. berichtet nun ausführlich über zwei einschlägige Beobachtungen. Es handelt sich um Veränderungen des elastischen Gewebes in der unmittelbaren Nachbarschaft maligner Tumoren, eines Epithelioms und eines melanotischen Spindelzellensarkoms des Gesichts. Dichte Knäuel von elastischen Fasern ließen sich nachweisen. Auffällig war in diesen und den Fällen von Juliusberg, daß sich die Affektion nur an einer Körperstelle entwickelte und zwar im Gesicht, während das Pseudoxanthoma elasticum vornehmlich am Stamm und an den Beugeflächen der Extremitäten lokalisiert ist, das Gesicht aber ausnahmslos freiläßt, in anderen Fällen aber eine auffällige Symmetrie der Krankheitsherde besteht. Als Entstehungsursache wäre vielleicht die Nähe der malignen Tumoren anzusehen. Die Angabe, daß kompakte Nester elastischer Fasern das Vordringen maligner Tumoren aufhalten oder verlangsamen, konnte durch diese beiden Fälle nicht bestätigt werden.

2. Brunner, Wien: **Ueber Achylia gastrica.**

B. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Die Achylia gastrica stellt einen Symptomenkomplex dar, der durch den Ausfall oder hochgradigste Reduktion der Salzsäuresekretion charakterisiert ist. Auch die Labsekretion ist bei der Achylie in der Regel bedeutend vermindert, weniger gilt dies im allgemeinen für das Pepsin; ein vollständiges Vorwiegen des letzteren bei der Achylie ist bisher nicht einwandfrei nachgewiesen worden. Dieser Sekretionsdefekt der Magenschleimhaut kann bedingt sein durch nervöse Einflüsse, durch veränderte Blutbeschaffenheit, am häufigsten wohl durch krankhafte Veränderungen der Magenschleimhaut. 2. Nach dem Ewald-Boasschen Probefrühstück zeigt der Magen der Achyliker die verschiedensten Füllungszustände; er ist entweder leer oder enthält nur geringe oder normale (in der Mehrzahl), selten große Inhaltsmengen. 3. Die Achylie scheint vor der Pubertätszeit sehr selten zu sein; jenseits des 50. Lebensjahres findet sie sich weit häufiger als in den vorangehenden Dezennien. Eine, wie mehrfach angenommen wird, im höheren Lebensalter bestehende Tendenz zur Abnahme der Salzsäurereaktion läßt sich jedoch nicht erkennen. 4. Das Bestehen einer chronischen Diarrhoe oder einer Neigung zu Diarrhoe ist, wie auch schon andere Autoren hervorgehoben haben, als ein achylieverdächtiges Symptom anzusehen.

Hinsichtlich der Therapie wurde Salzsäure meist mit Pepsinzusatz angewandt; weiche Zubereitung aller Speisen, besonders Püreeform und Einschränkung des Fleischgenusses ist zu empfehlen; gegen die Diarrhoen wurde außer entsprechender Diät Tannalbin gebraucht.

3. Oplatek, Prag: **Ueber Reinfectio syphilitica.**

Um von einer Reinfectio sprechen zu können, ist zu verlangen: 1. daß die erste Infektion vollständig abgelaufen, also auch keine tertiären Symptome mehr vorhanden sind, 2. daß der Primäraffekt, welcher allein zur Diagnose Reinfectio nicht genügt, von deutlichen sekundären Symptomen (Adenitis, Haut- oder Schleimhauterkrankungen) gefolgt sei, 3. daß auf die Angaben der Patienten auf eine bereits überstandene Syphilis nicht soviel Wert zu legen ist als vielmehr auf Beobachtungen durch einen Fachmann, am besten beide Male durch einen und denselben Arzt; hauptsächlich sollen jedoch klinische Krankengeschichten maßgebend sein, 4. daß auch der Nachweis von Spirochaeta pallida in den Effloreszenzen geliefert wird. Verf. beschreibt ausführlich einen Fall von Reinfectio, der durch Anamnese, klinischen und mikroskopischen Befund sichergestellt ist. Die erste Infektion lag sieben Jahre zurück, wie die Krankengeschichte ebenfalls bewies.

4. Schwarz und Kreuzfuchs, Wien: **Ueber radiologische Motilitätsprüfung des Magens. Die Schlußkontraktion.**

Verf. gestalteten ihre Motilitätsprüfungen nach folgendem einheitlichen Modus: Der zu Untersuchende erhält morgens nüchtern 200 cm^3 mit 30,0 g Bismut versetzten Milchgries. Der zu Untersuchende befindet sich während der ganzen Beobachtungsperiode in aufrechtem Sitz. Die Durchleuchtungen werden in Zwischenräumen von einer Stunde vorgenommen. Diese Art der Prüfung ist die einzig exakte: 1. weil sie sich vollkommen unter physiologischen Verhältnissen abspielt, 2. weil man gleichzeitig einen Einblick in die Form und Lage des Magens gewinnt, 3. weil man die motorische Funktion des Magens während der Austreibungszeit direkt mit dem Auge verfolgen kann. Als Entleerungszeit wurde an einer Reihe von Versuchspersonen $2^1/_4$ bis 3 Stunden gefunden. Folgendes hat sich ergeben: Ein von Ingesten freier Magen bei einer und derselben Person wies ein verschiedenes Volumen auf, je nachdem er längere Zeit oder kurz vorher eine motorische Arbeit zu leisten hatte; es besteht also ein Unterschied zwischen einem nüchternen und einem entleerten Magen. Der Unterschied ist bedingt durch einen Kontraktionszustand, in welchen die Magenwandung gegen Schluß der Austreibungszeit verfällt. Verf. bezeichnet diese Erscheinung als „Schlußkontraktion"; sie dient offenbar dazu, die Peristaltik, welche die Austreibung der Ingesta besorgt, zu unterstützen, indem sie das Organ verkleinert. In pathologischen Fällen finden sich Abweichungen dieses Verhaltens.

5. Riedl, Bad Ullendorf: **Brauchbare Abänderung des Sayreschen Schlüsselbeinbruch-Verbandes.**

Ungünstige Heilungsergebnisse bei Schlüsselbeinfrakturen sind nichts Seltenes wegen der Beweglichkeit beider Köpfchen und der fast unmöglichen Feststellung des abstehenden Endes. Daher die große Zahl von verschiedenen Verbänden. R. hat sich nun einen Verband aus der alten Stella thoracis posterior und dem Sayreschen Verbande zusammengestellt, ihn erprobt auch an Säuglingen und ihn als bewährt befunden. Abbildungen veranschaulichen diesen neuen Verband. Verf. führt als erste Tour die Sayresche



Grundtour so, daß er schraubenförmig am Oberarm beginnend, von diesem weg — nicht von der Schulter — hinten schräg über das Schulterblatt, abweichend von Sayre, nach oben über die gegenüberliegende Schulter und nach vorne gegen die Achselhöhle einen 3 bis 4 cm breiten, stark klebenden Heftpflasterstreifen legt. Die zweite Tour legt er ebenso schraubenförmig am Oberarm beginnend über das Schulterende des Schlüsselbeines und den Oberarmkopf, beide möglichst nach rückwärts drängend, schräg über die erste Tour nach abwärts unter die gegenüberliegende Achsel, derart am Rücken die Touren der Stella thoracis posterior kennzeichnend. Es ist weiter zur Feststellung der erkrankten Schulter wünschenswert, aber oft nicht nötig, eine dritte Tour anzulegen, die in einem weniger gewundenen Schraubengang gleichfalls am Oberarm beginnt, quer über den Oberarmkopf und über die Kreuzungsstelle der ersten beiden Touren am Rücken verläuft und am Oberarmkopf oder in der Achselhöhle der anderen Seite endet. Erstaunlich ist die Feststellung in möglichst günstiger Lage beider Bruchenden bei diesem Verbande trotz verhältnismäßig freier Bewegung des Armes — nur im Schultergelenk ist sie teilweise beschränkt. Schmerzlosigkeit ist nahezu gewährleistet.

La Belgique médicale. Nr. 9. 1907.

Horand: **Traitement de la syphilis chez les carcéreux.**

Die Behandlung des Krebses bei einem Syphilitischen soll in erster Linie eine prophylaktische sein; bei hartnäckigen, häufig rezidivierenden syphilitischen Munderscheinungen muß man besonders die Entwicklung einer Leukoplasie zu verhüten suchen, wozu in erster Linie energische lokale Behandlung erforderlich ist. Entwickelt sich bei noch nicht erloschener Syphilis ein Karzinom, so ist zuerst eine spezifische Behandlung am Platze, die die luetischen Erscheinungen zum Schwinden bringt, dann soll die Operation folgen. In zweifelhaften Fällen wird sich ebenfalls stets eine spezifische Therapie empfehlen; dieselbe soll aber energisch vorgeben; ob man Quecksilber oder Jod anwendet, ist nach Lage des Einzelfalls zu entscheiden. Immerhin soll man sich mit der spezifischen Therapie nicht zu lange aufhalten, damit nicht die für die Operation günstige Zeit verstreicht; zu berücksichtigen ist dabei auch, daß namentlich eine Jodbehandlung eine Krebsgeschwulst sehr ungünstig beeinflüssen kann. Wo ein größerer Eingriff nicht am Platze scheint, kann man die Lichtbehandlung versuchen, von Medikamenten Chinin und eventuell Trypanrot.

Nr. 11.

Weymeersch: **Sténose pylorique chez le nourisson.**

Die Pylorusstenose beim Säugling zeigt sich durch plötzlich bei voller Gesundheit oder nach Darmstörungen einsetzendes unstillbares Erbrechen; gleichzeitig sind eigentümliche peristaltische Erscheinungen am Magen zu beobachten; meist entwickelt sich bald eine hartnäckige Obstipation. Bezüglich der Aetiologie sind die Ansichten geteilt; entweder handelt es sich um einen einfachen Spasmus, der eine Stenose und Muskelhypertrophie vortäuscht, oder es liegt eine Muskelhypertrophie vor und die Stenose wird durch Kontraktion des verdickten Muskels bedingt, oder es gibt eine wirkliche primäre Stenose mit konsekutiver Hypertrophie. Die Behandlung kann eine chirurgische oder konservative sein. Letztere erstrebt, jede Reizung des Magens zu meiden; es werden Spülungen vorgenommen, warme Kompressen appliziert, Sedativa gegeben; Nährklystiere werden appliziert, Muttermilch theelöffelweise kalt in kürzeren Intervallen gereicht. Verf. hat zwei Fälle in dieser Weise behandelt; der eine wurde geheilt, während bei dem andern ein Erfolg nicht zu erzielen war und, da eine Operation abgelehnt wurde, zum Exitus kam.

Nr. 12, 13, 14.

Dudgeon et Sargent: **Bactériologie des plaies aseptiques.**

Verf. haben bei einer Serie von 50 aseptischen Wunden, hauptsächlich bei Hernien, Varizen, Varicozelenoperationen, bakteriologische Untersuchungen angestellt. Die dabei befolgte Technik war folgende: Heißwasserseifendesinfektion für die Haut; Hitzesterilisation der Instrumente und Verbandstoffe; Operateur und Assistent gebrauchten Gummihandschuhe. Während der Dauer der Operation wurde eine Petrischale offen, möglichst in der Nähe der Wunde hingestellt; vor Schluß der Hautwunde wurde ein Hautstückchen vom Wundrand abgeschnitten und in Bouillon übertragen, dann wurde mit der Platinöse über die Wundoberfläche, ohne die Haut zu berühren, gestrichen und in Bouillon geimpft; die Wunde wurde mit Michelschen Klammern geschlossen und mit steriler Gaze bedeckt. In entsprechenden Zwischenräumen wurde dann an den nächsten Tagen die Wunde revidiert, eine der Metallklammern entfernt und in Bouillon getan und von dem Wundserum in Bouillon geimpft. In allen Fällen wurde prima intentio erzielt, nur bei einem gab es eine kurze Eiterung des einen Wundwinkels. Auf den Petrischalen wuchsen in jedem Falle eine große Zahl von Kolonien, meist Hefen und Schimmelpilze, nur ausnahmsweise weiße Staphylokokken. Die Wundflächen erwiesen sich nur in etwa zwei Dritteln der Fälle als steril; bei dem Rest wurde meist Staphylococcus albus in Reinkulturen gefunden. Die exstirpierten Hautstückchen waren in weniger als einem Neuntel der Fälle steril; meist wurde der Staphylococcus albus in Reinkultur gefunden, vereinzelt auch Staphylococcus aureus. Die Metallklammern waren nur ganz ausnahmsweise steril; in mehr als der Hälfte der Fälle war der Staphylococcus albus allein oder mit andern Bakterien aufgegangen; vereinzelt wurde Staphylococcus aureus, einmal auch ein sehr pathogenes Bacterium coli gefunden. Das Wundserum war bei der Hälfte der Fälle steril; in den übrigen wurde meist Staphylococcus albus allein oder in Vereinigung mit andern Bakterien gefunden. Bei dem einzigen mit Eiterung verlaufenen Falle wurde aus dem Hautstückchen Staphylococcus aureus gezüchtet, der sich aber im Tierversuch als nicht pathogen erwies: eine nach 40 Stunden von dem Wundserum angelegte Kultur blieb steril, während von der Naht weiße Staphylokokken gezüchtet wurden; als am siebenten Tage die Nähte entfernt wurden, war die Wunde per primam geheilt; am neunten Tage entstand eine oberflächliche Eiterung am einen Wundwinkel; aus dem Eiter wurde Staphylococcus aureus gezüchtet, der sich für Tiere pathogen erwies. Die trotz völlig ungestörter Wundheilung häufig nach Operationen zu beobachtenden geringen Temperatursteigerungen sind vielleicht auf die Anwesenheit des Staphylococcus albus in den Wunden zu beziehen. Die zytologische Untersuchung des Wundserums ergab nicht selten eine Vermehrung der polymorphkernigen Neutrophilen bis über 80%, bei völlig glatt heilender Wunde; derartige Zahlen sind also nicht unbedingt als Zeichen eines entzündlichen Prozesses anzusehen. Einige Fälle mit bedeutender Vermehrung der Mononukleären zeigten keine Besonderheiten des klinischen Heilungsverlaufs. Eosinophilie des Wundserums wurde in mehreren Fällen konstatiert. Der so häufige Befund von Staphylococcus albus in aseptischen Wunden läßt daran denken, daß diese Kokken eine aktive Rolle bei der nicht eitrigen Entzündung spielen, daß ihre Anwesenheit andere pathogene Mikroorganismen fernhält oder nicht zur Entwicklung kommen läßt.

Nr. 15.

Nobele: **Traitement de la talalgie par les courants de haute fréquence.**

Die Talalgie, ein in der Fersengegend lokalisierter Schmerz, ist eine Krankheitserscheinung, die auf verschiedener Grundlage entstehen kann; hauptsächlich kommen in Betracht: Rheumatismus, Gonorrhoe, Gicht, Schleimbeutelentzündungen; ein Teil der Fälle dürfte auf nervöse Störungen zurückzuführen sein, auf Neuritiden zentralen oder peripheren Ursprungs. In solchen Fällen hat Verf. mehrmals mit vollem Erfolg, nachdem alle andern Behandlungsmethoden versagt hatten, Hochfrequenzströme angewandt und mit wenigen Sitzungen Heilung erzielt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P. Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 26. August 1907. **Nr. 34.**

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt. Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne vorherige Genehmigung nicht gestattet. — Nachdruck der Rundschau und der Mitteilungen ist nur mit Quellenangabe gestattet.

Originalien.

Phthiseotherapie und Ostseeklima.

Von Dr. **A. Guthmann**-Charlottenburg, Badearzt in Binz a. R.

Die Klimato-Therapie hat sich seit langem das volle Bürgerrecht im Reiche der Heilkunde erworben. Sie ist in dem großen Buche der ärztlichen Wissenschaft ein bedeutendes Kapitel geworden, das sich ebensowenig daraus eliminieren läßt, wie die weit ältere Doktrin der „Pharmakologie". Mit der letzteren Disziplin hat die Klimato-Therapie das eine gemeinsam, daß sie sich anfänglich auf rein empirisch gewonnenen Kenntnissen aufbaute, und daß die Wissenschaft erst später dazu kam, die günstigen Resultate der Heilmethode durch die Erforschung ihres inneren Wesens zu erklären.

Die erste Erfahrung, der wir die Entstehung der Klimato-Therapie verdanken, dürfte in der Beobachtung bestanden haben, daß dem Menschen die reine — wie man sich damals vorstellte — „miasmenfreie" Luft für sein Gedeihen am zuträglichsten ist. Darum haben die alten griechischen und römischen Aerzte, wie Hippokrates und Galenus, ihre Kranken in die Berge und an die See geschickt, in Gegenden, wo auch nach dem Ausdruck unserer „unstudierten" Mitbürger die Lüfte „freier" und „reiner" wehen.

Es hat fast den Anschein, als ob — wenigstens in der Phthiseotherapie — unsere Wissenschaft über eine große Zahl wichtiger Entdeckungen und daraus entstandener Theorien zu der ursprünglichen und einfachen Ansicht unserer antiken Vorgänger zurückgekehrt ist. Nach der modernsten Ansicht ist es wiederum die Reinheit der Luft, die das wesentlichste Moment darstellt, welches wir bei der Behandlung von Lungenkrankheiten als klimatischen Faktor den übrigen therapeutischen Maßnahmen hinzufügen müssen, während der größere oder geringere Luftdruck jetzt für bedeutungsloser gehalten wird, als es früher der Fall war. Nur liegt ein fundamentaler Unterschied zwischen der Erkenntnis von „Jetzt" und „Einstmals". Während einst nur das Genie großer Geister bisweilen das Richtige traf, handelt es sich heutzutage um eine wissenschaftlich erforschte Disziplin, deren Kenntnis selbst eine feine methodische Differenzierung bei der Anwendung gestattet. Wir schicken unsere Kranken nicht kritiklos an die See oder ins Gebirge, weil sie dort „reine Luft" finden, sondern wir suchen zwischen den Fällen, die der einen, beziehungsweise anderen Behandlung überantwortet werden, auf Grund wissenschaftlicher Ueberlegungen zu scheiden. Auch denken wir nicht daran, unsere Patienten einfach „ins Gebirge" oder „an die See" zu senden; wir haben vielmehr gelernt, daß es sowohl im Gebirge wie an der See für unsere Kranken sehr ungeeignete Plätze geben kann. Die Kenntnis der Meteorologie hilft uns, den Bedingungen gerecht zu werden, die wir vom hygienischen Standpunkt an einen Platz, der sich zum Kurort eignen soll, stellen müssen. Wie es im Gebirge Plätze gibt, die den scharfen Nord- und Ostwinden ausgesetzt, ein verhältnismäßig ungesundes Klima haben, so finden sich an der Ostsee Distrikte, deren Seeklima ihrer Lage nach durch herrschende Landwinde im verschlechternden Sinne beeinflußt wird; eine große Verschiedenheit resultiert desgleichen aus der stärkeren oder geringeren Bewaldung.

Neben der Reinheit der Luft kommt in neuester Zeit noch als besonders „heilkräftig" die intensive Belichtung in Betracht, eine Eigenschaft, die außer der See und dem Gebirge noch der Wüste zukommt. Wir haben diesen Faktor, auf den früher unter anderen schon Liebertmeister und Sée hingewiesen haben, noch bedeutend mehr zu würdigen gelernt als die genannten Forscher.

Es ist ein eigentümlicher Vorgang, daß man gerade zu der Zeit, da die Persönlichkeit Brehmers aufs Herrlichste gefeiert, und mit Hinweis auf seine großen phthiseotherapeutischen Leistungen der Bau von Volksheilstätten gefordert wurde, daß man gerade zu dieser Zeit den Brehmerschen Hauptsatz, dem „kein Jota geraubt werden sollte", aus der Phthiseotherapie herausmerzte. Dieser bedeutende Arzt hatte „als Grundstock" seines Lehrgebäudes die Behandlung der Schwindsucht im Höhenklima angesehen (Görbersdorf, 560 m ü. d. M.). Auf dem Budapester Kongreß 1894 leugnete v. Leyden mit klaren Worten die Bedeutung des Höhenklimas für die Schwindsuchtstherapie. Schon Dettweiler hatte vom Höhenklima absehen zu können geglaubt, als er Falkenstein (400 m ü. d. M.) gründete. Später wurde dann Hohenhonnef in einer Elevation von 200 m gebaut, und schließlich sind die Volksheilstätten bei Berlin in der Ebene errichtet worden. Es mag zugegeben werden, daß möglicherweise die Blutstauung, welche sich unter dem geringeren atmosphärischen Druck der Höhenluft im Lungengewebe einstellt, den Heilungsprozeß dieses Organes befördert; um eine feststehende Tatsache handelt es sich hier nicht. Man hat aber die Beobachtung gemacht, daß die dauerhaftesten Heilresultate bei denjenigen Lungenkranken erzielt sind, die in ihrem heimatlichen Klima die Genesung gefunden hatten. Die Tatsache wurde in folgender Weise erklärt: Nehmen wir an, der Kranke stände im Höhenklima unter weit besseren Bedingungen, dann würde er, in die Ebene zurückgekehrt, unter den nunmehr wieder ungünstigen atmosphärischen Druckverhältnissen, denen er sich bereits entwöhnt hatte, um so mehr zu leiden haben, so daß es leicht wieder in dem blutarmen Gewebe zu einem Aufflackern des Prozesses kommen könnte.

Nach der heute maßgebenden Auffassung der klimatotherapeutischen Wissenschaft können wir in dem Ostseeklima ein vorzügliches Heilmittel gegen Lungenkrankheiten begrüßen, nicht nur gegen die gutartigen Katarrhe, sondern auch gegen tuberkulöse Veränderungen. Am meisten kommen die Anfangsstadien und die Phthisen, bei denen der Herd schon



zur Abkapselung gekommen ist, die „stationären“ Phthisen in Betracht. In hervorragender Weise ist das Klima wegen der Feuchtigkeit der Luft für die Formen der trockenen Katarrhe indiziert. Was den Unterschied der Nord- und Ostsee in Bezug auf den „Salzgehalt“ der Luft betrifft, so müssen wir jetzt annehmen, daß derselbe in seiner Bedeutung bisher vielfach überschätzt ist. Denn neuere Forschungen haben ergeben, daß sich auch bei der Nordsee der „Salzgehalt“ nur eine ganz kurze Strecke ins Land hinein erstreckt.

Den Vorzug, den die Ostsee durch ihren Waldreichtum besitzt, dürfen wir hier natürlich nicht unerwähnt lassen. Es sei aber immer wieder darauf hingewiesen, daß niemals schlechtweg das „Ostseeklima“ in Betracht kommen darf, sondern daß die individuellen Bedingungen des einzelnen Platzes genau in Betracht gezogen werden müssen.

Die folgenden Fragen werfen sich auf: Verfügt der Platz über reine Seeluft, ist er waldreich und, last not least, sind für die Kranken geeignete Wohnungen, ist die geeignete Pflege vorhanden? Eventuell muß auch festgestellt werden, ob die Badeverwaltung für bequeme, geschützte Promenaden und Inhalatorien, Bade-, Douche-Vorrichtungen etc. gesorgt hat. Niemals darf der Arzt den Kranken an einen Platz schicken, der ihm seinen Bedingungen nach nicht genau bekannt ist; es empfiehlt sich in solchem Falle, vorher bei einem dort praktizierenden Kollegen Anfrage zu halten. Ueberhaupt muß einem Kranken, der in ein Ostseebad geht, vom Hausarzt dringend ans Herz gelegt werden, daß er sich in dauernder Verbindung mit dem dortigen Kurarzt halten soll. Was als feststehende Regel für die Brunnenkurorte gilt, muß in gleichem Maße für die Seebäder adoptiert werden. Einem nach freiem Ermessen für sich hinlebenden Kurgast kann der Genuß des Klimas und der Kurmittel hier wie dort zum Fluch werden.

Nach unsern theoretischen Betrachtungen wollen wir noch einer letzten Erwägung Ausdruck verleihen: Die Klimatotherapie und Pharmakologie haben leider auch heute noch trotz aller erstaunlichen Leistungen der Physik, Chemie und Physiologie den einen gemeinschaftlichen Charakterzug behalten, daß wir ihre guten Leistungen nicht immer mit mathematischer Genauigkeit erklären können. Somit dürfen wir bei der Betrachtung heilwissenschaftlicher Themen die simple Kunst der „Erfahrung“ noch nicht ganz über Bord werfen. Glücklicherweise gibt es eine große Anzahl von Lungenkranken, die im Ostsee-Klima unter gründlicher ärztlicher Behandlung vorzüglich gefördert sind. Mit den Erfahrungen anderer Aerzte decken sich die Beobachtungen des Verfassers.

Ueberfütterung.

Von **Dr. Hans Lungwitz**, Köln a. Rh.

(Schluß.)

Da der Zweck dieser Zeilen nur der ist, Anstoß zum Nachdenken und allenfalls einige Direktiven in der Ernährungsfrage zu geben, ist es natürlich ausgeschlossen, auf einzelne Probleme einzugehen, überhaupt zu detaillieren. Dies soll an der Hand zahlreicher exakter Stoffwechselversuche später geschehen. Ich muß es mir versagen, hier genaue Zahlen und Schwellenwerte zu geben, und tröste mich mit dem Gedanken, daß für den Praktiker, für den diese Zeitschrift bestimmt ist, allgemeine Gesichtspunkte wegen ihrer Anpassungsfähigkeit auf den einzelnen Fall von höherer Verwertbarkeit sind als genau dosierte Zahlen. Es sei mir nur noch gestattet, auf die Ueberfütterung bei Erwachsenen kurz zu sprechen zu kommen.

Prinzipiell ist zwischen einem Kinde jenseits des ersten Lebensjahres oder präziser ausgedrückt: jenseits der Säuglingsperiode und einem Erwachsenen hinsichtlich der Ernährungsfrage kein Unterschied: beide Individuen leben von gemischter Kost. Natürlich ist bei der Bestimmung der Speisemenge zu berücksichtigen, daß der wachsende Organismus einen lebhafteren Stoffwechsel hat als der fertige, aber was die Relation der einzelnen Nährstoffe angeht, so herrscht allenthalben ein ganz überraschendes Gleichmaß. Das physiologische Paradigma: Eiweiß 1, Fett 4, Kohlenhydrat 7, wie es in der Frauenmilch gegeben ist, findet bei vernünftiger Ernährung durch alle Lebensalter hindurch Anwendung — wie auch für jedes Tier in der arteigenen Milch die Verhältniszahlen seiner Ernährung absolut gegeben sind. Man braucht diese Koeffizienten nur mit der der Entwicklungsstufe des Individuums adäquaten, die Quantität bestimmenden Zahl zu multiplizieren, um das physiologische Ernährungsmaß für jedes Alter zu bestimmen.

Was also für das heranwachsende Kind gesagt wurde, gilt mutatis mutandis auch für den Erwachsenen. Zwar kommen Nährschäden durch Ueberfütterung bei Kindern viel häufiger vor, aber das liegt daran, daß der erwachsene Organismus in seiner Widerstandsfähigkeit außerordentlich erstarkt ist und selbst für lang fortgesetzte Diätfehler häufig ungestraft bleibt.

Feuilleton.

Medicinisches aus der schönen Literatur.

Neue Folge.

Mitgeteilt von Dr. **Leopold Hirschberg.**

IV.

Höchst eigentümliche Erkrankungen und Heilungen des florentinischen Goldschmieds Benvenuto Cellini.

(Fortsetzung.)

3. Cellini als chirurgischer Assistent und Instrumentarius.

Benvenuto hatte es in der Technik des Goldschmied-Gewerbes inzwischen bis zu einem hohen Grade der Meisterschaft gebracht. Als findiger Kopf, der er war, leistete er auf andern technischen Gebieten gar Treffliches, wie folgende schöne Historie lehrt:

„Noch arbeitete ich in der Werkstatt des Raphael del Moro. Dieser brave Mann hatte ein gar artiges Töchterchen, auf die ich ein Auge warf und sie zu heiraten gedachte, ich ließ mich aber nichts merken und war vielmehr (!) so heiter und froh, daß sie sich über mich wunderten. Dem armen Kinde begegnete an der rechten Hand das Unglück, daß ihm zwey Knöchelchen am kleinen Finger und eines am nächsten angegriffen waren. Der Vater war unaufmerksam und ließ sie von einem unwissenden Medicaster curiren, der versicherte, der ganze rechte Arm würde dem Kinde steif werden, wenn nichts schlimmers daraus entstünde. Als ich den armen Vater in der größten Verlegenheit sah, sagte ich ihm, er solle nur nicht glauben, was der unwissende Mensch behauptete; darauf bat er mich, weil er weder Arzt noch Chirurgus kenne, ich möchte ihm einen verschaffen. Ich ließ sogleich den Meister Jacob von Perugia kommen, einen trefflichen Chirurgus. Er sah das arme Mädchen, das, durch die Worte des unwissenden Menschen, in die größte Angst versetzt war, sprach ihr Muth ein, und versicherte, daß sie den Gebrauch ihrer ganzen Hand behalten solle, wenn auch die zwey letzten Finger etwas schwächer als die übrigen blieben. Da er nun zur Hülfe schritt und etwas von den kranken Knochen wegnehmen wollte, rief mich der Vater, ich möchte doch bey der Operation gegenwärtig seyn! Ich sah bald, daß die Eisen des Meister Jacob zu stark waren, er richtete wenig aus, und machte dem Kinde große Schmerzen. Ich bat, er möchte nur eine Achtelstunde warten und inne halten. Ich lief darauf in die Werkstatt und machte vom feinsten Stahl ein Eischen, womit er hernach mit solcher Leichtigkeit arbeitete, daß sie kaum einigen Schmerz fühlte, und er in kurzer Zeit fertig war*).“

Den Lohn seiner Tat, die Heirat mit der kleinen Schönen, heimste unser Cellini nicht ein; als ehrsamer Ehemann wäre

*) Teil I, pag. 115.



Immerhin ist es eine bekannte Sache, daß Schlemmer und Säufer gegen Krankheitsinsulte sehr wenig widerstandsfähig sind, daß also der Körper, wenn auch nicht offen sichtbar, so doch in seiner Konstitution durch eine Ueberfütterung alteriert, geschwächt wird und Einflüssen, die vom mageren, aber kräftigen Organismus leicht überwunden werden, unterliegt. Dasselbe gilt natürlich auch für die fetten Kinder. Die Pneumonie z. B. tritt bei mageren Kindern niemals mit solcher Heftigkeit auf wie bei fetten, und wenn man hört, daß eine Pneumonie wochenlang nicht wankt und weicht, immer von neuem kurz nach den Krisen losbricht und die Temperatur sich wochenlang zwischen 38 und 41 Grad bewegt, so kann man fast mit Sicherheit sagen, daß das befallene Kind ein fettes, überfüttertes ist; die schwersten Scharlachfälle sieht man bei überfütterten Kindern u. s. f.

Gefährlicher als die Ueberfütterung mit Fett und Kohlenhydraten ist die übermäßige Zufuhr von Eiweiß. Nutzlos ist eine den bisher giltigen Normalsatz von 1,5 g pro Kilo und 118 g im ganzen überschreitende Eiweißzufuhr auf jeden Fall*). Es kann zwar eine geringfügige Fleischmast, d. h. ein Ansatz von Muskelsubstanz erzielt werden (Krug, Bornstein, Dapper, Lüthje u. a.), „aber auch für den geschwächten oder den schwachen Organismus scheint die Bedeutung der Eiweißmast in unseren Tagen doch etwas übertrieben zu werden" (Magnus-Levy in v. Noordens Handbuch der Pathologie des Stoffwechsels, p. 360). Und die Dauerhaftigkeit dieses Fleischansatzes? Befragen wir wiederum Magnus-Levy, so erfahren wir in seiner einzigartigen „Physiologie des Stoffwechsels" (l. c.): „Auch beim Menschen dürfte ein wenigstens einige Zeit überdauernder Gewinn von Maststickstoff nicht zu den Unmöglichkeiten gehören. Doch soll man ein derartiges Verhalten nicht als allgemein gültig annehmen usw." Sapienti sat.

Der gesunde Mensch braucht jedenfalls eine Eiweißzufuhr, wie man sie namentlich bei Restaurateuren, Hoteliers, Fleischern und bei vielen reichen Leuten oft genug zu beobachten Gelegenheit hat, nicht zur Erhaltung seines Körpers, selbst wenn er die anstrengendste Arbeit leistet. Den Beweis hierfür hat an der Hand großartig angelegter Versuchsreihen Chittenden (l. c.) gebracht. Er nährte eine Gruppe von Gelehrten, die sich im Laboratorium beschäftigten, eine Gruppe von Freiwilligen des Sanitätskorps, die im Heere körperliche Arbeit verrichteten, endlich eine Gruppe von „Athleten" der Studentenschaft, unter denen sich mehrere „bestmen" befanden, monatelang mit einer planmäßig verringerten Eiweißmenge und erzielte damit Resultate, die man an den seinem Buche „Physiological Economy of Nutrition" beigegebenen Photographien zu bewundern Gelegenheit hat. Die Versuchspersonen waren übrigens von der neuen Kost derart befriedigt, daß sie dauernd dabei verblieben sind. Chittenden hat so den unwiderleglichen Beweis geliefert, daß der arbeitende Erwachsene mit viel niedrigeren Eiweißmengen als den bisher angenommenen (1,5 g pro Kilo) gut auskommen kann, ja, daß man berechtigt ist, von einem Nutzen niedriger Eiweißzufuhr zu sprechen. Weitere Versuche werden den Schwellenwert für den Bedarf festzusetzen haben, und es wird sich zeigen, daß 1,0 g Eiweiß pro Kilo Leibessubstanz die Normalzahl ist. Freilich ist die letztere Frage mehr akademischer Natur und hat höchstens für die Pathologie Bedeutung, da die Hausfrau sich schwerlich von ihrer bisherigen Methode der Auswahl der Speisen abbringen lassen wird — in dem Vertrauen, daß der normale Mensch schon zu essen aufhören wird, wenn er satt ist. In der Tat stellt sich bei sehr eiweißreicher Kost alsbald ein Ekel ein, der eine übermäßige Zufuhr verhüten kann.

Durch diese physiologische Reaktion ist der Gefahr einer Eiweißfütterung erheblich vorgebeugt, ebenso sehr durch die Widerstandskraft des erwachsenen Organismus gegen Diätfehler. Deshalb ist das Krankheitsbild des „Eiweißnährschadens", um ein Wort A. Czernys zu gebrauchen, bei Erwachsenen noch recht verschwommen und nicht zirkumskript zu zeichnen, zumal erst seit kurzem das Augenmerk auf diese „neue" Erscheinung gerichtet wird. Im allgemeinen wird eine durch fortgesetzte Excessus in albumine produzierte Krankheitserscheinung große Aehnlichkeit mit der Eiweißschädigung des kindlichen Körpers haben. Vielleicht geht man nicht fehl, wenn man — abgesehen von der in ihrer Aetiologie noch nicht geklärten Gicht und harnsauren Diathese — Symptome, die man zur Neurasthenie zu rechnen pflegt, als Folgeerscheinungen einer Eiweißüberfütterung anspricht: Unruhe, Schwitzen, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Schwäche und dergl. Außerdem dürften Magendarmstörungen, besonders Durchfälle auftreten. Und wer trotz kolossalen Eiweißkonsums keine direkte Schädigung am Leibe verspürt, der wird seinem Geldbeutel durch seinen Stickstoffluxus keinen Gefallen erweisen; so gewinnt die Eiweißfrage, wie schon betont wurde, eine soziale Bedeutung.

Für die Pathologie und Therapie hat die Aufklärung über

*) Vergl. Magnus-Levy in v. Noordens Handbuch der Pathologie des Stoffwechsels I., p. 337 ff.

---

er sonst wohl von manchem, das ihm noch zustoßen sollte, verschont geblieben.

4. Untersuchung, ob „niederträchtige Worte" oder ein „schönes Mädchen" an der Augenkrankheit Cellinis Schuld sind. Heilung derselben.

Im Nachwort seiner Uebersetzung führt Goethe folgendes aus: „Was uns aus seiner ganzen Geschichte, am lebhaftesten, entgegenspringt, ist die entschieden ausgesprochene, allgemeine Eigenschaft des Menschencharacters, die augenblickliche lebhafte Gegenwirkung, wenn sich irgend etwas dem Seyn, oder dem Wollen entgegensetzt. Diese Reizbarkeit einer so gewaltigen Natur verursacht schreckliche Explosionen und erregt alle Stürme, die seine Tage beunruhigen.

Durch den geringsten Anlaß zu heftigem Verdruß, zu unbezwinglicher Wuth aufgeregt, verläßt er Stadt um Stadt, Reich um Reich, und die mindeste Verletzung seines Besitzes, oder seiner Würde zieht eine blutige Rache nach sich*)."

So hatte einstmals der Kardinal Salviati, dem die Herstellung eines prächtigen Kelches durch Cellini zu lange dauerte, zu dem Künstler gesagt: „Wo hast Du Dein Zwiebelmuß, ists fertig**)." Darüber ergrimmte dieser so sehr, daß er dem Papste gegenüber erklärte:

„Die Gewalt dieser niederträchtigen Worte war so groß, daß mir auf einmal, vor heftiger Leidenschaft, das Gesicht brannte, und mir eine so unendliche Hitze in die Augen drang, daß ich den Weg nach Hause nicht finden konnte. Wenige Tage darauf fiel mirs wie ein Staar vor beyde Augen, ich sah fast nichts und mußte die Arbeit stehen lassen*)."

Unser Freund sieht jedoch bald ein, daß er sich und dem Papste blauen Dunst gemacht habe, denn er fährt in großartiger Selbsterkenntnis fort:

„Eigentlich aber mochte an meinem Augenübel das schöne Mädchen schuld seyn, daß ich bey mir hatte. Mehr als vier Monate blieb die Krankheit verborgen, alsdann zeigte sie sich mit Gewalt auf Einmal; sie äußerte sich aber nicht, wie gewöhnlich, vielmehr war ich mit rothen Bläschen, so groß wie Pfennige überdeckt. Die Aerzte wollten das Uebel nicht anerkennen, was es war, ob ich ihnen gleich die Ursache und meine Vermuthung angab. Eine Zeitlang ließ ich mich nach ihrer Art behandeln; aber es half mir nichts, doch zuletzt entschloß ich mich, das Holz zu nehmen, gegen den Willen dieser, welche man für die ersten Aerzte von Rom halten mußte. Nachdem ich diese Medicin eine Zeitlang, mit großer Sorgfalt und Diät, genommen hatte, fühlte ich große Linderung, so daß ich nach Verlauf von funfzig Tagen, mich geheilt und gesund wie ein Fisch fühlte.

*) Teil I, pag. 139.
**) Teil II, pag. 304.

*) Teil I, pag. 137.

(Fortsetzung folgt.)



den Eiweißbedarf insofern hohes Interesse, als man allmählich die noch viel verordneten Mastkuren à la Playfair, Weir, Mitchell, Burckart usw. in gehöriger Weise modifizieren wird. Wie sonderbar mutet es überhaupt den Kritiker an, wenn von den genannten Autoren und ihren Jüngern Eiweißmengen von ca. 200 g pro die zugeführt werden, um Mast zu erzielen, und von andern wie Harvey, Oertel ebenso hohe Eiweißmengen zur Entfettung gegeben werden! Die Kohlenhydrate und Fette können diesen Widerspruch nicht ganz beseitigen, zumal eine übermäßige Eiweißzufuhr eine entsprechende Fett- und Kohlenhydratmenge in den Zerfall hineinzureißen pflegt. Richtig ist es, abnorme Eiweißmengen zur Entfettung zu geben, aber auch nur zu diesem Zwecke. Mästen kann man bei normaler Eiweiß- und erhöhter Fett- und Kohlenhydratzufuhr.

Ein derartiges Mastregime — normale Eiweißmengen, erhöhte Kohlenhydrat- und Fettzufuhr — bringt nicht nur zurückgebliebenen Kindern großen Nutzen, sondern auch dem Heere der Neurastheniker, Bleichsüchtigen, Blutarmen, Rekonvaleszenten, die noch immer mit Eiweiß und wieder Eiweiß und nochmals Eiweiß gesund und kräftig gemacht werden sollen, denen ein paar Liter Milch, eine Anzahl oder besser Unzahl Eier und möglichst große Quantitäten Fleisch, womöglich noch künstlich präpariertes Eiweiß zugeführt werden, die also mit Eiweiß direkt vergiftet werden.

Für die Ernährung des normalen Menschen ist folgendes zu merken: Sowohl Eiweiß wie Fett und Kohlenhydrate können, im Uebermaß zugeführt, schwere Schädigungen der Gesundheit herbeiführen, ja das Leben gefährden. Der Eiweißluxus ist teuer und hat das besonders bei Kindern wohlcharakterisierte Bild des „Eiweißnährschadens“ zur Folge. Ueberreichlicher Fett- und Kohlenhydratgenuß erzeugt weniger direkt als indirekt Schaden, indem ein fettes Individuum gegen Krankheitserreger viel widerstandsunfähiger ist als ein normal genährtes mageres. Was man bisher unter „kräftiger Kost“ verstand — und der Praktiker hat jeden Tag Gelegenheit, dem oder jenem Patienten kräftige Kost anzuempfehlen, wobei er aber nie vergessen sollte, dem Patienten auch zu sagen oder besser aufzuschreiben, was darunter zu verstehen ist —, ist eine sehr „unkräftige Kost“, die, wenn sie peinlich innegehalten wird oder wenn gar zu viel des Guten geschieht, besonders bei Kindern mit Sicherheit zur Erkrankung führt. Die wirklich kräftige Kost, wie sie in diesen Zeilen kurz angedeutet ist, ist billiger und allein rationell; therapeutisch angewandt führt sie zu den schönsten Erfolgen. Eine Mahlzeit darf nicht nach ihrer Fleischmenge, sondern nach ihrer mehr oder weniger weitgehenden Uebereinstimmung, ihrer Zusammensetzung mit den physiologischen Verhältniszahlen beurteilt werden. In Wirtshäusern ißt man z. B. miserabel, da man vorwiegend Fleisch erhält; dieser Satz berührt eine schwere Kalamität, unter der ein großer, ja wohl der größte Teil der männlichen Jugend zwischen 20 und 30 Jahren leiden muß.

Es ist an der Zeit, sich von der von Liebig inaugurierten Ueberschätzung des Eiweißes zu emanzipieren und in dieser, wie überhaupt in der Ernährungsfrage den Ergebnissen der neueren physiologischen und biologischen Forschungen gerecht zu werden.

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Berliner ophthalmologische Gesellschaft.

Sitzung vom 18. Juli 1907.

1. Herr Feilchenfeld: Demonstration eines Netzhaut-Aderhauttumors.

2. Herr Loewe (a. G.): Ueber die Beteiligung des Siebbeinlabyrinths am Aufbau des Supraorbitaldaches und über die Aufdeckung der Sehnervenkreuzung von der Nase her.

Es gibt zweierlei Sorten von Siebbeinzellen: solche, die ganz in der Nasenhöhle stecken, und solche, die teilweise noch im knöchernen Augenhöhlendach liegen. Es kann vorkommen, daß Stirn- und Siebbeinhöhle einen einzigen, die Augenhöhle überdachenden Hohlraum bilden, das sich event. nach hinten bis zur mittleren Schädelgrube, nach außen bis zur Fiss. orbit. inf. und dem Jochbogen, ja durch diesen hindurch bis zur Schläfenschuppe erstrecken kann. Tumoren der Hypophysis, die am häufigsten pathologischen Druck auf das Chiasma ausüben, dürfen nur dann chirurgisch angegriffen werden, wenn sehr bedrohliche Krankheitssymptome bestehen: schwere Sehstörungen, vehementer Kopfschmerz. Außerdem muß durch das Röntgenbild festgestellt sein, daß der Tumor (meist ein Adenom) nicht nach oben oder hinten, sondern nach unten gegen die Keilbeinhöhle zugewachsen sei, weil nur in diesem Falle eine Operation möglich sei. Aus diesem Grunde ist es auch untunlich, die Hypophysis von der Schädel- oder Mundhöhle statt von der Nasenhöhle aus anzugreifen. Vortr. spaltet zunächst jederseits neben der Mittellinie die Knochen-Weichteilbedeckung der Nase und legt sie wie einen Türflügel nach außen um. Dann entfernt er beiderseits Muscheln und Siebbeinlabyrinth, so daß nur das Septum stehen bleibt, das temporär oder dauernd reseziert wird; nun liegen die Vorderwände beider Keilbeinhöhlen frei. Nach Resektion des Ossicula Bertini und des Septum interosphenoidale und nach Abtragung des den Hypophysistumor deckenden Stückes der Keilbeinhöhlenwand, geht man an die partielle (nie totale) Abtragung des Tumors. Die Gefahr der infektiösen Meningitis ist gering, da ja bei allen Nasenoperationen die Wundsekrete bei jeder Kopfhaltung unbedingt abfließen können. Geht man nach dem Vorgang von Mosykowitz zweizeitig vor, so reduziert man die Gefahr der Meningitis auf ein Minimum; man muß dann im 1. Akt gleich die Keilbeinhöhlenwand wegnehmen, so daß die Außenfläche der Dura in der Hypophysisgegend freiliegt: es kommt dann zu einer adhäsiven Tachymeningitis, nach deren Ablauf der Kanalsack eröffnet und der Tumor entbunden werden kann, ohne daß ein Tropfen Liq. cerebrospin. abfließt.

Disk.: Herr Schoeler jun. zeigt die Röntgenbilder zweier mit eigentümlichen Menstruationserscheinungen verbundener Hypophysistumoren: der eine betraf ein noch nie menstruiertes Mädchen von 19 Jahren, der andere eine virgo von 36 Jahren, die beim Auftreten der Hypophysiserscheinungen ihr Unwohlsein verlor.

3. Herr von Michel: Ueber halbseitige kongenitale Gesichtshypertrophie mit Demonstration von zwei Fällen.

Bei dem einen Kind war nur das Oberlid und ein Teil der Augapfelbindehaut hypertrophisch; bei dem andern Lider, Gesichtshaut, Knochen, Gaumenbogen, Tonsille und Zunge, daneben gleichseitige kastanienähnliche Wucherungen der Mundschleimhaut. Phthisisch gewordenes Ophthalmus. Vortr. fand Zunahme des Bindegewebes der Kutis, Subkutis, Gefäße und Nerven (besonders Endo- und Perimetrium), infolge von vasomotorischen Störungen (Bernard Schiff). Kurt Steindorff.

Schlesische Gesellschaft für vaterländische Cultur.

(Medicinische Sektion.)

Klinischer Abend am 21. Juni 1907 im Allerheiligen-Hospital.

Vorsitzender: Herr Asch.

1. Herr Neißer: Thrombose der Vena cava inferior. Vorstellung eines Mannes, der seit vier Jahren an Varicen und Ulcera cruris litt; es bildeten sich dann stark geschlängelte Venenstränge und Lymphkarten in der Leistengegend. Im Augenhintergrund waren Venen geschwollen und Arterien geschlängelt. Aediologie. Verschleppung infektiöser Massen aus eiternden Ulcerationen. Die Thrombose der ven. cav. inf. ist prognostisch günstiger als superior.

2. Herr Ercklentz: Oesophagusruptur. Bei einem 46jährigen Manne traten drei Jahre nach einer Rippenfellentzündung heftige Schmerzen auf. Venerische Krankheiten werden geleugnet. Magenausspülungen wurden immer gut vertragen. Eines Tages trat bei der dritten Spülung plötzlich Würgebewegung ein; es kam Blut heraus, darauf Kollaps und Erbrechen von 400 ccm dunklen Blutes, starker Schmerz und Schwellung der Haut (Emphysem). Es müßte sich also um eine Ruptur des Oesophagus handeln. Probe-Laparotomie ergab, daß Magen nicht verletzt war, im rechten



Pleuraraum war ein Liter trüber Flüssigkeit. Vierzehn Stunden nach Ruptur Exitus letalis. Bei der Autopsie zeigte sich 4 cm langer Riß durch alle Schichten des Oesophagus und außerdem noch zwei kleinere Risse durch Schleimhaut. Die Frage nach Kunstfehlern (hatte auch schon forensische Bedeutung) muß verneint werden. Es war eine spontane Ruptur; die Magenausspülung war eine Gelegenheitsursache. Der Oesophagus war durch Verwachsungen mit der Umgebung in seiner Beweglichkeit gehindert.

An der Diskussion beteiligen sich die Herren Rosenfeld, Heilborn, Tietze.

3. Herr Asch: Sectio caesarea aus seltener Ursache. 31 jährige Gravida mit Nephritis und starken Oedemen der Beine und Genitalien. Krankheit war nicht zu bekämpfen; daher mußte Schwangerschaft beendet werden, und da die natürlichen Wege nicht passierbar waren, mußte Kaiserschnitt gemacht werden. Urinmenge vorher 5—600, nachher 2000 ccm. Kind, 41 cm lang, ist am zehnten Tage gestorben.

4. Herr Brieger demonstriert einen Fall von Kniehöhleneiterung, der vor vierzehn Tagen nach Kilian operiert worden war. Kosmetischer Effekt nicht sehr gut, da die Haut etwas eingezogen erscheint.

5. Herr Stern stellt einen Fall von atypisch verlaufendem Typhus vor. Der Verdacht auf Typhus wurde aus dem Berufe des Pat. (er ist Schiffsheizer auf einem Oderdampfer) hergeleitet und später bestätigt. Vielleicht ist es eine Kombination mit Cholelithiasis.

6. Herr Steinberg: Affektion des Halssympathikus. 33 jährige Frau leidet seit Pubertätszeit an Anschwellung des Halses. Hat fünf Partus durchgemacht, und bei jeder wurde Hals dicker. Bei Anstrengung entsteht starker Schweiß, und nur die linke Gesichtshälfte bleibt trocken. Es besteht erhebliche Struma und Asymmetrie des Gesichtes. Links ist die Lidspalte kleiner und Pupille enger.

7. Herr Eppenstein berichtet über einen Fall von Lumbalpunktion bei Lymphozytose. Wahrscheinlich handelte es sich um beginnende Lues.

8. Herr Mertens bespricht zwei Fälle von operiertem Gallensteinileus. Der erste ist an Herzschwäche gestorben, der zweite als geheilt entlassen.

9. Herr Segel stellt einen Fall von Kniegelenk-Kontraktur (Rankenneurom) und einen Fall von Angiom der unteren Extremität vor.

10. Herr Falgowski demonstriert mehrere Vulva-Carcinome.

11. Herr Trappe zeigt eine hysterische Kontraktur der oberen Extremität nach Trauma. Bei einer Radiusfraktur mußte der Gipsverband abgenommen werden. Organische Veränderungen fehlen. Simulation ist ausgeschlossen.

12. Herr Schlöter stellt einen Fall von Erythema inderatum an den Unterschenkeln vor.

13. Herr Tietze demonstriert die Methode der Sigmoïdroskopie. Peritz.

Periodische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift. Nr. 22. 1907.

1. Spielmeyer, Hamburg: **Schlafkrankheit und progressive Paralyse.**

Durch den fieberhaften Verlauf und das auffallende Symptom der Somnolenz unterscheidet sich die Schlafkrankheit in wesentlicher Weise von der progressiven Paralyse; dagegen berühren sich beide Krankheiten durch die Kombination von progressiver psychischer Schwäche und körperlich nervösen Symptomen; ein wichtiges klinisch-pathologisches Merkmal ist weiter beiden gemeinsam, die Lymphozytose der Zerebrospinalflüssigkeit. Wichtiger als die bisher noch spärlichen klinischen Feststellungen sind für den Vergleich zwischen Schlafkrankheit und Paralyse die histopathologischen Befunde. Verf. hat das Nervensystem von vier Schlafkranken (zwei Negern und zwei Europäern) eingehend histologisch untersucht. Die Gewebsbilder stimmen in mannigfachen Beziehungen mit denen bei Paralyse überein, wenn auch die unterscheidenden Momente eine histopathologische Abgrenzung der einen Krankheit von der andern im allgemeinen ermöglichen. Die wesentlichsten differentialdiagnostischen Merkmale, die die Schlafkrankheit von der Paralyse trennen, sind: die ganz allgemeine Verbreitung der Plasmazellen in den Körperorganen, die Neigung der Plasmazellen, von den adventitiellen Lymphräumen in das nervöse Parenchym zu dringen, die geringe Tendenz der Glia zur Verstärkung der Oberflächen und die regellosere Verteilung des Prozesses über den Hirnmantel. Besondere Bedeutung unter den gemeinsamen Merkmalen des anatomischen Substrates der Schlafkrankheit mit der Paralyse haben: die diffuse Infiltration der Meningen und der Gefäße mit Plasmazellen und Lymphozyten, die Auskleidung der Rindenkapillaren mit Plasmazellen, die Wucherungserscheinungen an den Endothelien und Adventitialzellen, das Vorkommen von Stäbchenzellen und die degenerativen Veränderungen an der funktiontragenden Nervensubstanz mit entsprechender Vermehrung der Neuroglia.

Die verwandtschaftlichen Beziehungen zwischen Schlafkrankheit und Paralyse erlangen ihre rechte Bedeutung erst bei einem Vergleich zwischen den Trypanosomenkrankheiten überhaupt mit der Syphilis und Metasyphilis. Die Beschälseuche, die Dourine, bei der das Trypanosoma durch den Koitus von Tier zu Tier übertragen wird, hat klinisch und anatomisch sehr viel Aehnlichkeit mit der Syphilis. Andere Trypanosomenkrankheiten sind mehr der sogen. Metasyphilis verwandt; zu diesen würde in erster Linie die Schlafkrankheit gehören, die eine besondere Verlaufsform resp. das Endstadium der menschlichen Trypanosomiasis darstellt. Weshalb beim Menschen die Infektion mit dem Trypanosoma gambiense das eine Mal unter dem Bilde des gewöhnlichen Trypanosomenfiebers, das andere Mal unter dem der Schlafkrankheit verläuft, ist noch nicht entschieden; daß es sich im letzteren Falle um eine Mischinfektion handele, ist nicht anzunehmen; vielleicht ist es eine besondere Form des Trypanosoma gambiense, das die zerebrospinale Erkrankung bewirkt, ähnlich wie man wohl für die Paralyse-Tabes annimmt, daß es eine besondere Form des syphilitischen Virus gäbe, die eine spezielle Affinität zum Nervensystem habe. Läßt sich in der Schlafkrankheit der Menschen die paralytische Form der Metasyphilis wiederfinden, so ließen sich nach einer Infektion mit einer besonderen Form von Tsetse-Trypanosomen tabesartige Veränderungen im Hunderückenmark nachweisen. Diese Beziehungen zwischen Schlafkrankheit und Paralyse — resp. zwischen Trypanosomiasis-Schlafkrankheit einerseits, Syphilis-Paralyse-Tabes andererseits — gewinnen ein allgemeines Interesse im Lichte der Entdeckungen Schaudinns. Ihm gelang der Nachweis von Uebergangsformen zwischen Trypanosomen und Spirochaeten; Trypanosomen stehen in der Protozoenreihe den Spirochaeten sehr nahe. Die Erreger der Lues und Trypanosomiasis scheinen einander sehr nahe verwandt.

2. Groedel, Nauheim: **Die Verwendung der Röntgenstrahlen zur Diagnose der Magenkrankheiten und zum Studium der Morphologie und Physiologie des Magens.**

Die Zuhilfenahme der Wismuthaufschwemmungen hat die Durchleuchtung des Magens wesentlich gefördert; damit wurde es möglich, Ausdehnung und Größe des Magens, Form und Lage zu den Nachbarorganen annähernd zu erkennen; die peristaltischen Bewegungen ließen sich beobachten und verschiedene pathologische Veränderungen konstatieren. Die zur Fixierung der Beobachtungen angefertigten Schirmpausen haben nur einen bedingten Wert. Um Messungen am Magen vorzunehmen oder die Lage wirklich exakt topographisch zu bestimmen, sind orthodiagraphische Aufnahmen notwendig. Verf. hat dazu einen besonderen Apparat konstruiert, mit dem es möglich ist, den Magen in jeder Lage und Richtung zu orthodiagraphieren. Eine Reihe von Abbildungen zeigen entsprechende Bilder; man ersieht daraus die topographische Lage des Organs, die einzelnen Abschnitte, die Unterschiede in der



Lage und Form des weiblichen Magens gegenüber dem männlichen, den Zusammenhang zwischen Magen- und Leibesform, die Beeinflussung des Magens durch die Körperhaltung, durch die Atmung.

3. Bachmann, Zürich: **Ueber Perkussion, deren Befunde und Deutung bei exsudativer Pleuritis.**

Für die Entstehung der paravertebralen Dämpfung auf der gesunden Seite bei pleuritischem Exsudat spielt die Verschiebung des Mediastinum posticum eine Rolle, sowie die Verminderung der elastischen Schwingungen der Thoraxwand durch die Flüssigkeitsansammlung; die für die Entstehung der Dreiecksform angegebenen Erklärungen erkennt Verf. nicht an; er glaubt, daß es eine physikalisch vollständig befriedigende Lösung für die klinischen Befunde nicht gibt, da zu viele Faktoren — Schmälerwerden des Exsudates, entstehende Verwachsungen, Art der Verdrängung der Lunge — sich geltend machen, deren Einwirkung einfachen physikalischen Gesetzen nicht unterworfen ist. Für die paravertebrale Aufhellung der kranken Seite kommen in umgekehrtem Sinne die gleichen Faktoren in Betracht wie für das paravertebrale Dreieck auf der gesunden Seite. Das gilt aber nur bis zur oberen Exsudatgrenze; von da bis zum Lungenhilus dürften zum größeren Teil lufthaltige Partien der nach dem Hilus komprimierten Lunge der kranken Seite eine Rolle spielen. An der Exsudatgrenze gehen die paravertebrale Aufhellungszone und das Gerlandsche Dreieck in einander über; das gleiche sind diese nicht, da sie auf verschiedenen Ursachen beruhen.

4. Bárány, Wien: **Die Untersuchung der reflektorischen vestibulären und optischen Augenbewegungen und ihre Bedeutung für die typische Diagnostik der Augenmuskellähmungen.**

(Nicht abgeschlossen.)

5. Perutz, München: **Ueber abdominale Arteriosklerose (Angina abdominis) und verwandte Zustände.**

Die hierhergehörigen Zustände lassen sich in drei Gruppen teilen, ohne daß aber eine scharfe Trennung durchzuführen wäre. Die erste Gruppe umfaßt die Patienten, bei denen die Schmerzanfälle einen dem stenokardischen Anfall ähnlichen Charakter tragen. Die Klagen der Patienten beziehen sich auf anfallsweise krampfartige Schmerzen, die vom Epigastrium ihren Ausgang nehmen und plötzlich mit größter Heftigkeit einsetzen können; sie fühlen ein unangenehmes Pulsieren in der Magengegend, werden blaß, schwindelig, bekommen Ohnmachtsanfälle; der Schmerz strahlt oft nach dem Herzen oder linken Arm aus, ist verbunden mit Herzangst und Beklemmung; die Schmerzen sind unabhängig von Quantität und Qualität der Nahrung; intensivere körperliche Bewegungen können sie auslösen; Erbrechen erfolgt bisweilen; das Verhalten des Stuhlgangs ist wechselnd. Die zweite Gruppe der Fälle unterscheidet sich lediglich durch die geringere Intensität der Schmerzattacken; sie beschränken sich auf die Oberbauchgegend, strahlen nach dem Rücken oder dem Sternum aus, es fehlen aber die deutlichen Beziehungen zum Gefäßsystem, die Klagen über Atemnot und Angst („arteriosklerotisches Bauchweh"). In der dritten Gruppe walten die Darmerscheinungen vor; schmerzhafte Krämpfe im Leib, Sistieren der Darmbewegung, Meteorismus (Dyspragia intestinalis intermittens, intermittierende Dysperistaltik). Verf. verfügt über zwölf einschlägige Fälle, die hauptsächlich die ersten beiden Gruppen repräsentieren. Verbreiterung des Herzens, aneurysmatische Erweiterung der Brustaorta, Schlängelung der Temporalis, Sklerose der Radialis, starke Akzentuierung des zweiten Aortentones wurden in wechselnder Kombination gefunden; meist ließ sich ein heftiger Schmerz bei tieferem Eindrücken in der Mittellinie im Epigastrium, in Nabelhöhe, an der Teilungsstelle der Iliacae erzeugen, gleichviel ob auf die Aorta oder die seitlichen Teile der Wirbelsäule gedrückt wurde. Vereinzelt wurde leichte Albuminurie oder Zuckerausscheidung beobachtet. Ein Drittel der Patienten war zwischen 30 und 40 Jahren, ein weiteres Drittel zwischen 40 und 50, drei zwischen 50 und 60, einer über 60 Jahre. Die Arteriosklerose spielt als ätiologisches Moment eine große Rolle; Lues war bei zwei Kranken vorausgegangen, einmal Bleivergiftung; Alkohol- und Tabakmißbrauch wurde mehrmals angegeben. Die Frage nach der Ursache und dem Entstehungsort der Schmerzen wird unter eingehender Erörterung der betr. Literatur dahin entschieden, daß die in Rede stehenden Zustände doch wohl durch Vorgänge an den Gefäß- und Nervenapparaten in der Bauchhöhle selbst hervorgerufen werden. (Schluß folgt.)

6. Kayser, Straßburg: **Zur Technik der Blutanreicherung vermittels der Typhusgalleröhre.**

Wegen einer in einzelnen Fällen beobachteten Spätanreicherung im Galleblutgemisch hält Verf. den Ratschlag für berechtigt, blutbeschickte Typhusgalleröhren, aus welchen nach etwa 20stündiger Bebrütung keine Typhuskeime im Endoausstrich mehrerer Tropfen aufgehen, regelmäßig weitere ein bis zwei Tage im Wärmeschrank zu belassen, und den Kulturversuch alsdann zu wiederholen. Die Annahme Meyersteins auf Grund von Untersuchungen, die zeigten, daß der Zusatz reiner Gallensalze (glykochol- und taurocholsauren Natriums) Blut zu einer Anreicherungsflüssigkeit für die Bakterien der Typhusgruppe macht, daß es nun möglich sei, schon aus dem mikroskopischen Präparat des bebrüteten Blutes die Diagnose Typhus oder Paratyphus stellen zu können, hält Verf. nicht für berechtigt, da die Möglichkeit des Wachstums saprophytischer Keime im Gallenblutgemisch besteht, die durch kein Färbepräparat von Typhus- oder Paratyphusbazillen zu unterscheiden sind. Immerhin ist die Gallensalzblutanreicherung nach Meyerstein ein empfindliches Typhusdiagnostikum. Verf. glaubt aber, nach dreijährigen Erfahrungen, bei seinem einfachen 5 ccm-Galleröhrchen als diagnostischem Hilfsmittel bleiben zu sollen, da es sich als äußerst zuverlässig und handlich erwiesen hat, und da die Chancen störender Verunreinigungen durch die wenigen Manipulationen an der stets gebrauchs- und versandfertigen Röhre auf ein Minimum herabgesetzt sind. Hervorstechend ist die Blutkultur bezüglich ihrer Leistungsfähigkeit in erster Linie für den Typhusbeginn geblieben. In der ersten Woche waren bei Verwendung von ca. 2,5 ccm Blut und dem Typhusgalleröhrchen positiv 94% der Typhen und Paratyphen, in der zweiten Woche 56,5%, in der dritten Woche 43% und in der vierten bis fünften Woche 31,5%. Je früher in der ersten Typhuswoche die Blutuntersuchung erfolgt, umso größer sind die Aussichten auf ein Gelingen der Kultur.

7. Grube, Neuenahr: **Ueber Harnuntersuchungen in der Praxis und über eine für die Praxis geeignete quantitative Zuckerbestimmung.**

Verf. vertritt lebhaft den Standpunkt, daß jeder Arzt die notwendigen Untersuchungen des Harnes, soweit es sich nicht um besonders seltene Dinge handelt, selbst ausführen muß. Die hauptsächlich für die Praxis in Betracht kommenden Stoffe sind: Eiweiß, Zucker, Azetessigsäure, Gallenfarbstoff, Indikan, von denen die drei letzteren nur qualitativ untersucht zu werden brauchen. Damit jeder Arzt, der einen Zuckerkranken behandelt, den Harn desselben quantitativ untersuchen kann, muß eine Methode zur Hand sein, welche es gestattet, die Untersuchung auszuführen: ohne kostspieligen Apparat, in kurzer Zeit, ohne daß besondere Uebung dazu gehört, mit einer bis auf wenige Zehntel reichenden Genauigkeit. Verf. empfiehlt in dieser Hinsicht einen Apparat von Apotheker Wolff-Hamburg, der aus drei Pipetten, drei die notwendigen Reagentien enthaltenden Flaschen, einem Kochglase, Reagenzröhrchen und Spirituslampe besteht. Zur Verwendung gelangt eine modifizierte Fehlingsche Lösung von folgender Zusammensetzung: 1. kristall. Kupfersulfat 34,65 g, dest. Wasser auf 1 l, 2. weinsaures Kalinatron (Seiguettesalz) 173 g, Liq. Natr. caustic. 450 g, dest. Wasser auf 1 l. Man verfährt folgendermaßen: Je 2 ccm der Lösungen werden mit Hilfe der Pipetten in ein Reagenzglas zusammengebracht und gut umgeschüttelt; dann füllt man durch Aufsaugen die zur Aufnahme des Harns bestimmte Pipette bis zur Marke an und läßt durch Druck auf den an derselben angebrachten Gummiballon den Harn langsam austropfen, indem man die Zahl der Tropfen bis zur völligen Entleerung zählt; in der Regel sind das 19 bis 20. Der Titer der zur Verwendung kommenden Kupfersulfatlösung ist nun ein solcher, daß die 4 ccm der abgemessenen Mischung genau 0,01 g Zucker entsprechen. Man erhitzt nun vorsichtig die Mischung, setzt tropfenweise Harn zu und erhitzt wieder, beides solange,



bis alles Kupfer in Oxydul übergeführt ist, bis die blaue Farbe der Flüssigkeit verschwunden ist. War die ganze bis zur Marke in der Harnpipette enthaltene Urinmenge gebraucht worden, so enthielt diese, genau 1 ccm betragende Menge 0,01 g Traubenzucker, d. h. der Harn hatte einen Zuckergehalt von 1%. Bei einem 20 Tropfen betragenden Auslauf der Pipette gibt also diese Tropfenzahl von 20 dividiert durch die zur Reduktion nötigen Tropfen den Prozentgehalt des Harns in dem betreffenden Falle an. Bei einem stark zuckerhaltigen Urin muß verdünnt werden, um gröbere Fehler zu vermeiden. Verglichen mit dem durch Polarisation erhaltenen Werte ergab sich nach dieser Methode eine Differenz von im Maximum 0,24%, im Minimum 0,05%, verglichen mit Fehling im Maximum 0,1%, im Minimum 0,01%.

Die Nachteile der Urinuntersuchung in Laboratorien zeigen sich besonders bei dem Nachweise von Azeton und Azetessigsäure, namentlich hinsichtlich der bei vielen Zuckerkranken, besonders bei den gebildeteren vorhandenen Azetonfurcht; dieselbe erscheint berechtigt, da im Endstadium der Zuckerkrankheit fast nie Azeton fehlt, andererseits aber völlig unberechtigt, weil das Auftreten von Azeton keineswegs immer den Uebergang zur schweren Form bedeutet, vielmehr oft durch die Alimentation allein bedingt sein kann. Nur wenn der Arzt selbst die Untersuchung des Harns der Kranken in der Hand behält, kann die Ansicht von der Gefährlichkeit der Azetonurie mit ihren schädlichen Einflüssen auf die Kranken wirksam bekämpft werden. Für die Praxis genügt vollkommen die Gehrhardsche Eisenchloridreaktion; außer wenn diese positiv ausfällt und dauernd bestehen bleibt, kann man versichert sein, daß es sich um eine schwere Komplikation nicht handelt.

Quantitative Eiweißbestimmungen hält Verf. für die Praxis meist für überflüssig; das Esbachsche Urometer hält er für wertlos; es genüge vollkommen, wenn man den Harn in der gewohnten Weise kocht und ansäuert und sich zur annähernden Bestimmung an die Skala hält: kleine Spur — Spur — starke Spur — reichliche Mengen.

8. Braatz, Königsberg: **Bleivergiftung durch die Geschosse nach Schußverletzungen.**

In der Literatur finden sich in den letzten 40 Jahren nur sechs entsprechende Fälle mitgeteilt. Die Diagnose und Beurteilung ist erschwert durch die scheinbare Regellosigkeit, mit der die Bleivergiftung in solchen Fällen eintritt. Geschosse können ohne jeden Schaden das ganze Leben im Körper stecken, bisweilen tritt erst nach vielen Jahren eine Bleivergiftung auf, während in andern Fällen eine ganz geringe Schrotmenge schon nach wenigen Wochen zu einer schweren Intoxikation geführt hat. Erschwert wird weiter die Diagnose durch die Mannigfaltigkeit der Symptome, von denen die wesentlichsten: Bleisaum, Koliken, Anämie, Dyspepsie, Tremor, Lähmungen, Neuralgien, Nierenaffektionen, Arthralgien nur vereinzelt vorhanden zu sein brauchen. Dabei können sie sich schleichend durch Jahre entwickeln, oder urplötzlich mit einem Schlage auftreten. Eine Frühdiagnose dürfte in neuerer Zeit durch Nachweis der basophil granulierten Erythrozyten möglich sein. Bei Patienten, die ein Geschoß im Körper beherbergen, sollte eine entsprechende Untersuchung zur Prophylaxe öfters vorgenommen werden.

9. Witzenhausen, Mannheim: **Die Phimose — eine wichtige Ursache innerer Erkrankung der Knaben.**

Verf. berichtet über fünf Knaben jüngsten Lebensalters, die schwere Krankheitserscheinungen boten, in deren Vordergrund starke Obstipation mit bedrohlichen Folgeerscheinungen, Krämpfe, Atrophie, dauernde Unruhe, Anusprolaps stand; die Kinder wollten weder bei Brustnahrung noch bei verschiedenster künstlicher Ernährung gedeihen und hatten jeder Behandlung getrotzt. Durch Beseitigung der vorhandenen mehr oder minder stark ausgesprochenen Phimose konnte Verf. mit einem Schlage Besserung und Heilung erzielen. Wenn keine ausgesprochenen Harnbeschwerden bestehen, wird in solchen Fällen die Phimose als Grundleiden meist übersehen. Durch nicht genügendes Urinieren entleeren solche Kinder die Blase nicht völlig, sie bleibt allmählich mehr und mehr angefüllt und wird wie bei einer Striktur mehr und mehr gedehnt. Die gefüllte und gedehnte Blase verdrängt die Eingeweide, vergrößert den Leib, dehnt die Bauchwände und erschlafft die Muskulatur der Bauchwand; durch Druck auf das Rektum wird sie zu einem mechanischen Hindernis bei der Defäkation; eine schwere und andauernde Verstopfung ist die Folge; der Darm bleibt meistens voll, wird mangelhaft entleert und durch stärkere Zersetzung gebläht. In schweren Fällen — so einer der mitgeteilten — kann das Krankheitsbild der Hirschsprungschen Krankheit sich entwickeln. Der Phimose der Knaben ist deshalb schon im ersten Lebensalter mehr Beachtung zu schenken, als bisher geschehen; wenn entsprechende Symptome sich einstellten, soll sie möglichst bald — am sichersten und raschesten wohl durch die Zirkumzision — beseitigt werden.

10. Kaestle, München: **Eine neue Fixations- und Kompressionsvorrichtung für Röntgenographie.**

Scharfe Röntgenogramme verlangen zu ihrem Zustandekommen zuverlässige Ruhigstellung des zu unterscheidenden Körperteiles, richtige Blendentechnik und bei tiefer gelegenen Objekten Verringerung des Tiefendurchmessers der Weichteile durch Kompression. Einfache und rasche Handhabung, Zuverlässigkeit der Funktion und Unverwüstlichkeit des Apparates sind weiter notwendig. Diesen Forderungen soll der vom Verf. konstruierte Kompressionsrahmen gerecht werden, der an der Hand von Abbildungen beschrieben wird.

11. Groth, München: **Ein Instrumentarium für den öffentlichen Impfarzt.**

12. Scheven, Frankfurt a. M.: **Eine Tamponbüchse mit Spulvorrichtung.**

Beschreibung der kleinen Apparate nach Abbildungen.

13. Gebele, München: **Jahresbericht des Ambulatoriums der chirurgischen Klinik München.**

14. Klein, München: **Historisches zum Gebrauch des Bilsenkrautextraktes als Narkotikum.**

Schon im 12. und 13. Jahrhundert findet sich der Gebrauch des Bilsenkrauts zu einer Art Inhalationsnarkose. Weiter wird es in manchen medicinischen Schriften des Mittelalters als Schlaf- und schmerzstillendes Mittel empfohlen. Auch in der Geburtshilfe hat es schon Verwendung gefunden. Das Skopolamin hat danach also eine lange Vorgeschichte.

Deutsche med. Wochenschrift. No. 21. 1907.

1. Erb, Straßburg: **Septische Erkrankungen und akute Leukämie.**

Der beschriebene Fall zeigte klinisch septische Erscheinungen und eine lymphatische Leukämie; aus dem Blute wurden Streptokokken gezüchtet; die Blutuntersuchung ergab 2250000 Erythrozyten, 26700 Leukozyten, Hämoglobin 45%; die Leukozyten waren 6% neutrophile polymorphkernige, 1% eosinophile, 0,5% Myelozyten, 91% Lymphozyten; letztere gehörten fast ausschließlich der großen Form an, mit blassem Kern und basophilem Protoplasma ohne Andeutung von Granulationen. Die Untersuchung der blutbildenden Organe ergab eine exquisite lymphomatöse Metaplasie derselben. Es handelte sich also um eine Kombination von Streptokokkensepsis und Lymphomatose mit lymphämischem Blutbild. Verf. ist geneigt, die Lymphomatose für die primäre Erkrankung zu halten.

2. Lewandowsky, Berlin: **Ueber sensible Reizerscheinung bei Großhirnerkrankung, insbesondere über Kälteanfälle.**

Bei der betr. Patientin bestand eine organische Läsion der linken Hemisphäre, die sich in Jacksonschen Anfällen der rechten Körperhälfte äußerte; eine druckentlastende Trepanation brachte diese zum Aufhören. Bezüglich der Sensibilität waren Berührungssinn und Muskelsinn im wesentlichen intakt; dagegen war der Temperatursinn herabgesetzt. Auf diesen Zustand setzten sich nun Anfälle von intensiver Kälteempfindung in der rechten



Seite, die ihren Anfang am Mundwinkel nahmen und sich von da nach unten auf Kinn, Hals, Arm, Rumpf und Bein ausbreiteten; die Anfälle traten mehrmals am Tage auf und dauerten wenige Sekunden bis mehrere Minuten; das subjektive Gefühl der Kälte war der Kranken sehr peinlich, häufig mit Schmerzen verbunden; Bewußtsein und Motilität blieben gänzlich unbeteiligt. Daß durch einen organischen Prozeß das anatomische Substrat der Kälteempfindung im Großhirn allein erregt werden kann, und daß innerhalb desselben sich die Erregung in der für Jacksonsche Anfälle typischen Weise fortpflanzen kann, erscheint sehr bemerkenswert. Temperaturprüfungen, die während längerdauernden Anfällen vorgenommen wurden, zeigten, daß während der Anfälle eine sehr gesteigerte Empfindlichkeit für Kälte und eine sehr verminderte für Wärme vorhanden war. Die Annahme erscheint wahrscheinlich, daß durch die Erregung des Kältezentrums eine Hemmung der Erregbarkeit des Wärmezentrums in der Rinde gegeben war. Wie Kältenerven und Wärmenerven in der Peripherie getrennt sind, so dürften sie jedenfalls auch auf der Großhirnrinde getrennte Bezirke besitzen, und Wärme- und Kälteempfindung nicht an das gleiche anatomische Substrat gebunden sein.

3. Hasebroek, Hamburg: **Arteriosklerose und Gymnastik.**

Verf. nimmt eine bedeutende Selbständigkeit der peripheren Zirkulation gegenüber dem Herzen an; er glaubt, daß die normale Funktion der Gefäße nicht nur in einer tonischen Anpassung und Lieferung hochvollkommener Elastizität besteht, sondern in aktiver Beteiligung an der Diastole-Systole; die Peripherie soll einem zweiten Pumpwerk entsprechen, welches vorwiegend Saugbetrieb entfaltet und mit dem ersten, dem Herzen, verkuppelt ist; je weiter man vom peripheren Gewebe zum Herzen schreitet, desto mehr überwiegt, funktionell für die Gesamtzirkulation betrachtet, das propulsive Moment über das ansaugende, bis am Herzen selbst das propulsive zum höchsten Ausdruck kommt. In einem zweckmäßigen Training des peripheren Körperkreisapparates liegt das Wirkungsfeld der Gymnastik bei der Arteriosklerose. Diejenigen Arteriosklerotiker, bei denen es sich durch anormale körperliche Untätigkeit um ein Darniederliegen des Körperkreislaufs handelt, sind es, für die die Gymnastik besonders geeignet ist. Durch diese soll er befähigt werden, seine körperliche Leistungsfähigkeit zu erhöhen ohne Steigerung des Blutdrucks. Er soll unabhängig und frei von einer Blutdrucksteigerung gemacht werden; die Aspirationsbreite der Körperperipherie soll gehoben werden. Ganz besonders ist die Zander-Gymnastik geeignet, dem Arteriosklerotiker nicht unbeträchtlich belastete, aktive Uebungen zu geben zum Zweck des Trainings, ohne die Gefahren eines gesteigerten Blutdrucks zu bieten.

4. Samter, Königsberg: **Ueber traumatische Entstehung und operative Behandlung der Serratuslähmung.**

Die traumatische Entstehung der Serratuslähmung nach Verletzung des N. thoracius longus war bisher noch nicht genügend klargestellt, besonders nicht die Frage nach dem Orte der Nervenläsion, die für ein eventuelles operatives Vorgehen von entscheidender Bedeutung ist. Durch Untersuchungen an der Leiche und bei Mammaamputationen mit Ausräumung der Achselhöhle hat Verf. festgestellt, daß der Nerv sich mit dem Processus coracoideus des Schulterblattes kreuzt und bei Dislokationen der Scapula gegen den Thorax zwischen dem Proc. coracoideus und der gegenüberliegenden Rippe gequetscht wird. Die Quetschung tritt um so leichter ein, je schwächer die Massenentwicklung der Serratuszacken und des Fettpolsters ist, weshalb schwächliche Personen davon am leichtesten betroffen werden. Die Entstehung der Lähmung bei Schustern, Anstreichern, Tischlern, Nähterinnen, Schneidern, nach Stoß und Fall auf das Schulterblatt, Tornisterdruck wird so verständlich. Das häufigere Vorkommen partieller Lähmungen ist nun erklärlich, da die oberhalb und dicht unterhalb des Schlüsselbeins zu den obersten Muskelzacken abgehenden Nervenäste verschont bleiben. Weitere Schlußfolgerungen dürften auch für manche Fälle von angeborenem Schulterblatthochstand zu ziehen sein; soweit nicht besondere anatomische Verhältnisse sie erklären, dürfte die Serratuslähmung keine unwesentliche Rolle spielen. Verf. berichtet dann eingehender über einen von ihm operativ geheilten Fall von traumatischer Serratuslähmung. Bei einem elfjährigen Mädchen hatte sich eine solche nach einem Fall gegen das Schulterblatt entwickelt; elf Monate später, nachdem dauernde elektrische Behandlung völlig vergeblich gewesen, wurde die Operation vorgenommen. Nach Freilegung des N. thoracicus longus zeigte sich, daß auf elektrische Reizung desselben sich nur die oberen Serratuszacken kontrahierten. Es wurde dann die subperiostal abgelöste Sehne der unteren Hälfte des Musculus pectoralis major unter Spaltung des freien Randes des Latissimus dorsi am unteren Skapularwinkel fixiert. Bei eleviertem Arm wurde ein Schienenverband angelegt. Bei Primärheilung wurde am zwölften Tage nach der Operation der erste Bewegungsversuch gemacht, und es zeigte sich, daß die Stellungsanomalie des Schulterblattes fast völlig geschwunden war, in erster Linie der beträchtliche Schulterblatthochstand; das flügelartige Abstehen war kaum noch wahrnehmbar; der Arm, der vorher nur bis zum Horizontalen gehoben werden konnte, konnte prompt zu normaler Höhe gehoben werden. Diese Operationsmethode verdient nachgeprüft zu werden: 1. bei traumatischen Lähmungen des Serratus, 2. bei den übrigen Formen der Lähmung mit erheblichem Funktionsausfall, soweit nicht ein schnell fortschreitendes Grundleiden eine Gegenanzeige abgibt, 3. bei angeborenem Defekt des Serratus, sofern der Pektoralis major vorhanden ist, 4. bei denjenigen Fällen von angeborenem Schulterblatthochstand, die das Bild der Serratuslähmung oder des Serratusdefektes bieten und durch starke Beschränkung der Elevation, Hochstand, Neigung zur Skoliose eine Heilung wünschenswert erscheinen lassen.

5. Ullmann, Breslau: **Wattepfropf im Eiter bei Appendizitis.**

Bei einem Patienten, der acht Tage zuvor erkrankt war, fand sich in der Ileocoekalgegend eine handtellergroße, fluktuierende Schwellung; eine stärkere Infiltration an den angrenzenden Stellen trennte sie von der Umgebung; das Allgemeinbefinden war mäßig reduziert, geringe Temperatursteigerung. Nach der sofort vorgenommenen Inzision der Bauchdecken, wobei möglichst extraperitoneal vorgegangen wurde, entleerte sich aus der Tiefe eine Menge dünnflüssigen Eiters; gleichzeitig mit ihm wurde ein wurstförmiger, gelblich-weißer Fremdkörper von ungefähr Fingergliedlänge und der Stärke eines kleinen Fingers herausgespült, der sich bei genauerer Untersuchung als festgedrehter, aufgequollener Wattepfropf erwies. Von der Exstirpation des Wurmfortsatzes wurde Abstand genommen; trotzdem erscheint nicht zweifelhaft, daß der Abszeß ein vom Wurmfortsatz ausgehender war. Ueber die Herkunft des Fremdkörpers vermochte der Patient keinerlei Auskunft zu geben.

6. Büttner, Zwickau: **Zur Kasuistik der Myome bei Gravidität.**

Bei einer im siebenten Monat graviden Patientin fand sich das Abdomen durch einen Tumor hauptsächlich in querer Richtung stark ausgedehnt; in der Mittellinie war eine deutlich sicht- und fühlbare Furche. Links davon wölbte sich eine über mannskopfgroße Geschwulst vor, in der man abnorm deutlich, wie direkt unter den Bauchdecken ein Kind durchtasten konnte; Herztöne waren nicht zu hören. Rechts der Linea alba lag ein kindskopfgroßer, harter Tumor, der unten in den Uterus überzugehen schien. Die Diagnose schwankte zwischen linksseitiger Extrauteringravidität neben einem durch Myom stark vergrößerten Uterus und andrerseits Intrauteringravidität in einem myomatösen Uterus, dessen myomfreier Teil durch die Frucht stark vorgebuchtet und verdünnt war. Die Laparotomie ergab die letztere Annahme als die richtige; der linke Teil war das im stark verdünnten Uterus befindliche Kind, der rechte Teil ein mit dem Uterus durch breiten Stiel zusammenhängendes Myom. Der uneröffnete Uterus wurde supravaginal amputiert.

7. Guttmann, Berlin: **Aeußere Augenerkrankungen in ihrer Beziehung zu Nasenleiden.**

(Nicht abgeschlossen.)

8. Dietrich, Berlin: **Die Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen.**



9. Neumann, Berlin: **Der Entwurf eines Reichsapothekengesetzes.**

(Schluß aus Nr. 20.)

10. Firth, Aldershot: **Das Militärsanitätswesen in England.**

Nr. 22. 1907.

1. Uhlenhut, Hoffmann, Roscher, Berlin: **Untersuchungen über die Wirkung des Atoxyls auf die Syphilis.**

Versuche an Affen ergaben, daß bei einer alle zwei bis drei Tage wiederholten Dosis von 1 g Atoxyl eine Einwirkung auf den Erkrankungsprozeß zu erzielen war; weiter ließ sich auch eine präventive Wirkung bei Injektion von 0,05 bis 0,1 Atoxyl gleich nach der Impfung begonnen und wochenlang fortgesetzt beobachten. Die therapeutischen Erfahrungen an Menschen erstrecken sich auf 11 Fälle, deren Krankengeschichten eingehend wiedergegeben werden. Die Injektionen wurden mit 10% resp. 15%, 2 Minuten bei 100° sterilisierter Atoxyllösung intramuskulär in die Glutäen vorgenommen und teils täglich, teils mit ein- bis zweitägigen Pausen wiederholt; über 0,6 pro dosi wurde nicht hinausgegangen. Entgegen den Angaben Salmons aus dem Pasteurschen Institut traten bei der Mehrzahl der Patienten intensivere Nebenwirkungen auf. Kolikartige, heftige mit Appetit- und Schlaflosigkeit einhergehende Schmerzen, Durchfälle, Albuminurie mit Zylindern und roten und weißen Blutkörperchen im Sediment wurden beobachtet. Im allgemeinen aber fühlten sich die Kranken, darunter auch ein Phthisiker, wohl und nahmen an Gewicht zu. Die Wirkung des Atoxyls war besonders eklatant bei drei Fällen von Syphilis ulcerosa praecox (maligne Syphilis), wo der Rückgang der Infiltration des Geschwürsrandes, die Abflachung und Vernarbung der Ulzerationen ebenso schnell erfolgten wie unter Kalomelbehandlung, was umso beachtenswerter erscheint, als sich grade diese Form der Syphilis bei den meist gebräuchlichen Hg-Kuren nicht selten refraktär erweist. Auch die Frühsyphilide reagierten deutlich auf die Kur; besonders aber bei den papulösen Exanthemen schien die Wirkung langsamer einzutreten als bei Hg-Behandlung. Aehnlich verhielten sich die Schleimhauterscheinungen, wenn sie mit stärkerer Infiltration einhergingen; hier wurden lokal Atoxylpinselungen vorgenommen. Verff. schließen aus ihren Erfahrungen, daß Atoxyl in genügend großen Dosen auf syphilitische Krankheitserscheinungen eine unverkennbare Wirkung besitzt, welche besonders eklatant bei den malignen Formen hervortritt.

2. Schmorl, Dresden: **Die Färbung der Spirochaete pallida im Schnittpräparat nach Giemsa.**

Verf. hat nach Giemsa gefärbte Schnitte zwischen zwei Objektträgern zerrieben, also zu einem Ausstrichpräparat verarbeitet, und nachdem das zertrümmerte Gewebe angetrocknet war, wie ein gewöhnliches Ausstrichpräparat untersucht; dabei fanden sich in den Präparaten zahlreich isoliert liegende Spirochaeten in demselben Farbenton gefärbt, wie ihn Spirochaeten im Kontrollpräparat erkennen ließen, das in der gleichen Farbflotte gefärbt, aber aus einem fein zerriebenen, ungefärbten Schnitt hergestellt war. Damit war erwiesen, daß die Spirochaeten in nach Giemsa gefärbten Schnitten sich gut färben, dadurch aber dem Untersucher verborgen bleiben, daß sie von andern intensiv gefärbten Gewebselementen verdeckt werden. Das Problem der Färbung der Spirochaeta pallida in Schnittpräparaten nach Giemsa war damit im Prinzip gelöst, denn es war bewiesen, daß es mittels der gewöhnlichen Giemsa-Färbung gelingt, die Spirochaete pallida im Schnitt zu färben. Um die gefärbte Spirochaete auch im nicht zertrümmerten Schnitt zu demonstrieren, versuchte Verf. eine Differenzierung der Schnitte; als geeignet hierzu fand er die Behandlung derselben mit Alaunlösung. Das Färbeverfahren gestaltet sich folgendermaßen: Fixiert wird in Formalin (4%ige Lösung); dann werden möglichst dünne Gefrierschnitte angefertigt; diese bringt man in das zur Verdünnung der Giemsalösung notwendige destillierte Wasser, tropft dann die nötige Menge des Giemsafarbstoffs (genau ein Tropfen auf je 1 ccm Wasser) zu. Nach einer Stunde etwa überträgt man die Schnitte in eine frisch bereitete Farbflotte, und läßt sie darin mindestens fünf Stunden; nach genügender Färbung müssen die Schnitte einen tiefdunkelblauvioletten Farbenton zeigen; sie werden dann in eine konzentrierte Lösung von Kalialaun übertragen; ein kurzer Aufenthalt genügt, um die nötige Differenzierung zu bewirken. Nach Wasserabspülung erfolgt die Uebertragung der Schnitte auf den Objektträger, wo sie in Glyzeringelatine eingeschlossen werden, oder nach Lufttrocknung und Aufhellung mit Xylol in Zedernholzöl oder Kanadabalsam.

3. Klose, Straßburg: **Ueber heterochthone Serumwirksamkeit und ihre postoperative Behandlung bei deszendierender Diphtherie.**

(Schluß folgt.)

4. Sudeck, Hamburg: **Ueber die Muskelatrophie (Reflextheorie und Inaktivitätstheorie).**

Der Bestand der Muskulatur ist wie jedes andere Organ im letzten Grunde von der Funktion abhängig, zu deren Aufrechterhaltung komplizierte und verschiedenartige Apparate zusammenwirken müssen; von vornherein ist deshalb zu erwarten, daß Störungen der Funktion und des Muskelbestandes von verschiedenen Seiten kommen können; es ist nicht unwahrscheinlich, daß es verschiedene Arten der Muskelatrophie gibt. Die Inaktivitätstheorie braucht deshalb die Reflextheorie nicht auszuschließen und umgekehrt. Daß die Reflextheorie, nach der es sich um reflektorische trophoneurotische Störungen handelt, zu Recht besteht, erhellt aus folgenden Tatsachen: 1. Die als reflektorisch bezeichnete Art der Muskelatrophie tritt nicht allmählich auf, sondern beginnt in den markantesten Fällen akut mit Atonie der Muskulatur und kann schon in ganz kurzer Zeit zu meßbarer Atrophie führen. Die Funktionsverminderung ist viel hochgradiger als die Verminderung des Muskelvolumens; die Reaktion gegen den elektrischen Strom kann fast aufgehoben sein. Es handelt sich also nicht um eine einfache Minderung der kontraktilen Substanz, sondern um eine Innervationsstörung, deren eigentliches Wesen in der atonischen Schlaffheit des Muskels beruht, und die erst sekundär zur Muskelatrophie führt. Die Inaktivität ist ein konstanter Faktor, der sich in jedem Falle, wo er vorliegt, auch konstant äußern müßte. Die akute Muskelatrophie tritt aber keineswegs konstant auf; bei starken entzündlichen Reizen der Gelenke scheint sie sich zwar einigermaßen regelmäßig einzustellen; nach leichten Verletzungen aber tritt sie nur in besonderen Fällen ein. 3. In einigen Fällen tritt die akute Muskelatrophie auf, wenn überhaupt keine irgendwie nennenswerte Außerfunktionssetzung stattgefunden hat; die betreffenden Extremitäten sind überhaupt nicht inaktiv gewesen, können also auch nicht infolge Inaktivität atrophisch sein. 4. Eine durch Inaktivität entstandene Muskelatrophie muß durch methodische Uebung mit einiger Sicherheit gebessert werden können; es gibt aber Fälle, die jeglicher Uebung, Massage, elektrischer Behandlung hartnäckig Trotz bieten, bei zu energischer Behandlung sogar unverkennbar verschlechtert werden. 5. Ein vollkommenes Analogon der akuten Muskelatrophie gibt es an den Knochen, die akute Knochenatrophie; gleichzeitig finden sich dabei Veränderungen an der Haut, Unterhaut, den Haaren und Nägeln. Die akute Knochenatrophie beruht sicher nicht auf Inaktivität; diese kann so rasch einsetzende und so hochgradige Veränderungen am Knochen nicht hervorrufen; die Knochenatrophie tritt auch dort auf, wo keine nennenswerte Inaktivität vorgelegen hat, umgekehrt bleibt sie bei jahrelang bestehender Inaktivität aus. Die Veränderungen an der Haut werden allgemein als vasomotorische Trophoneurosen angesehen, niemals aber auf Inaktivität der Haut bezogen. Ist die Auffassung von der genetischen Gleichwertigkeit dieser Erscheinungen mit der akuten Atrophie der Knochen und Muskeln richtig, so liegt hierin ein Argument mehr für die Annahme, daß auch die akute Muskelatrophie eine trophoneurotische oder wenigstens eine nervöse Erscheinung ist.

Die Folgen reiner Inaktivität sind nur selten zu beobachten. In Fällen, in denen die Inaktivitätsatrophie eintritt, handelt es sich fast stets um Immobilisation oder verringerte Funktion der Gelenke und der Muskeln (Ankylose der Gelenke, Bewegungseinschränkung durch rein mechanische Gelenkschäden, spastische Lähmung, Fixation der Gelenke durch Entzündungen, erzwungene Unbeweglichkeit durch Kontentivverbände). Dadurch muß not-



wendigerweise die Muskelveränderung eintreten, die als funktionelle Anpassung bezeichnet wird. Will man im Hinblick darauf, daß in der Tat ein Muskelschwund eintritt, die übliche Bezeichnung Atrophie anwenden, so würde es entsprechender sein, von Immobilisationsatrophie und nicht von Inaktivitätsatrophie zu sprechen. Reine, unkomplizierte Inaktivität, d. h. Funktionsausfall ohne Immobilisation findet sich nur bei hysterischen Lähmungen; hier braucht keine Atrophie aufzutreten. Verminderte Aktivität, „Schonung“, ruft keine erkennbare Atrophie hervor; Simulation eines Gelenkleidens läßt niemals eine Muskelatrophie entstehen.

Für die Praxis ist der in dieser Frage eingenommene Standpunkt von Bedeutung für die Beguachtung von Unfallverletzten und für die Behandlung. Bei objektiv vorhandenen Zeichen der Muskelatrophie kann man eine anatomische Läsion als bestehend annehmen. Fehlt die Atrophie bei angeblichen Gelenkschmerzen, die länger bestehen sollen, so ist der Verdacht auf Simulation im höchsten Grade berechtigt. Bei der atonischen Muskelatrophie sind die Uebungstherapie, Massage und physikalischen Heilmethoden meistens nutzlos, Uebertreibung derselben direkt schädlich; bei der einfachen Atrophie ist eine energische aktive und passive Uebungstherapie angebracht.

5. Cassirer und Bamberger, Berlin: **Ein Fall von doppelseitiger Neuritis des N. cruralis bei Pentosurie.**

Bei einem Patienten mit doppelseitiger Neuritis des Nervus cruralis (Druckschmerzhaftigkeit des Nervenstammes, atrophisch-degenerative Prozesse in den vom Cruralis versorgten Muskelgruppen des Ileopsoas und des Quadriceps cruris, Sensibilitätsstörungen im Gebiet des Cruralis, besonders im Gebiet des Hautastes, des Saphenus major) fand sich eine Pentosurie. Der Urin gab positive Orceinreaktion, war optisch inaktiv, vergärte Hefe nicht und reduzierte dauernd in charakteristischer Weise, indem die Trommersche Probe beim Erkalten schußweise positiv auftrat; auch die Nylandersche Probe war positiv. Trotzdem die Pentosurie schon vor Eintritt der Cruralneuritis bestanden hatte und nach Heilung der letzteren bestehen blieb, glauben Verff. doch einen Zusammenhang beider Affektionen annehmen zu sollen und fordern, daß bei weiteren Fällen von Pentosurie dem Nervensystem und seinen Funktionen besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird.

6. Vogel, Dortmund: **Ueber die Anwendung des Murphyknopfes am Dickdarm.**

Bei zwei Fällen von Flexurkarzinom vereinigte Verf. die Darmenden nach der Resektion durch einen großen Murphyknopf (Seit zu Seit bezw. End zu End). Bei beiden bildete sich ein Kotabszeß, der zum Exitus führte. Verf. warnt danach vor der Anwendung des Murphyknoptes an Stellen, wo man mit dem Durchtritt fester Kotmassen zu rechnen hat, vor allem also an den unteren Partien des Dickdarmes.

7. Sellheim, Düsseldorf: **Wie soll man die Technik der Symphysiotomie oder Hebosteotomie lernen?**

Verf. empfiehlt neben Operationsübungen an der weiblichen Leiche ganz besonders die Operation am lebenden Tier. Für die Einübung der beckenerweiternden Operationen liegen die Verhältnisse am günstigsten beim Schaf, bei dem die vordere Wand des Beckens ähnliche Dimensionen aufweist wie beim Menschen. Als Zeitpunkt für die Operation kann man die Betäubung benutzen, in welche der Metzger das Tier vor dem Schlachten durch einen Schlag auf den Kopf zu versetzen pflegt. Nach Beendigung der Operation wird das Tier geschlachtet; bei dieser Art Autopsie kann man sich dann sofort von dem Erfolg der Operation und allen technischen Fehlern überzeugen.

8. Feilchenfeld, Berlin: **Heilung der Tränensackblennorrhoe durch interkurrentes Erysipel.**

Verf. schlitzte bei einer Patientin mit chronischer Tränensackeiterung das Tränenröhrchen und konnte mit der eingeführten Sonde eine ausgedehnte Mazeration der knöchernen Wand des Tränensacks feststellen. Am nächsten Tage entwickelte sich ein Rezidiv eines kurz vorher überstandenen Gesichtserysipels, nach dessen Abheilung auch die Tränensackblennorrhoe völlig geheilt erschien. Seit 3/4 Jahren dauert dieser Heilerfolg an. Die Tränensackerkrankung war wahrscheinlich tuberkulöser Natur.

9. Gutmann, Berlin: **Aeußere Augenerkrankungen in ihrer Beziehung zu Nasenleiden.**

(Schluß aus Nr. 20 und 21.)

Verf. bespricht die durch den Tränennasenkanal nach oben kontinuierlich oder reflektorisch fortgeleiteten Entzündungen, die vasomotorischen Reflexneurosen, die Beziehungen von Nasenerkrankungen zum Ekzem der Binde- und Hornhaut, den Zusammenhang von akutem und chronischem Bindehautkatarrh, Tränensackeiterung, von Trachom, lupöser Erkrankung der Bindehaut und tuberkulösem Geschwür derselben mit entsprechenden Erkrankungen der Nase, Rachenmandel. Bei dem gleichzeitigen Auftreten von Pemphigusbläschen auf den Bindehäuten und der Schleimhaut der Nase, des Rachens, des Mundes erkennt Verf. ein Abhängigkeitsverhältnis nicht an.

10. Dietrich, Berlin: **Die Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen.**

(Schluß aus Nr. 21.)

Nr. 24. 1907.

1. Determann, St. Blasien-Freiburg. **Umschläge, Einwicklungen und Einpackungen.**

Klinischer Vortrag, in dem behandelt werden die kalten, warmen und erregenden Umschläge und Einwicklungen, ihre Applikationsweise, Wirkung, Indikationen, und besonders eingehend Technik, Wirkungsweise und Anwendungsgebiet der kalten Einpackung.

2. Rumpf, Bonn: **Ueber Krankheitssimulation bezw. dissimulation und ihre Entlarvung in der inneren Medicin.**

3. Köppen, Berlin: **Ueber die Entlarvung von Simulation bei Geisteskranken.**

4. Ledderhose, Straßburg: **Ueber Simulation und ihre Entlarvung in der Unfallchirurgie.**

5. Groenow, Breslau: **Ueber Simulation von Augenleiden und deren Entlarvung.**

6. Stenger, Königsberg: **Simulation und Dissimulation von Ohrkrankheiten und deren Feststellung.**

7. Schill, Dresden: **Ueber Simulation beim Militär.**

Einzelheiten dieser nach einheitlichen Gesichtspunkten die Materie zusammenfassenden Arbeiten entziehen sich einem kürzeren Referat.

Berliner klinische Wochenschrift. Nr 22. 1907.

1. Fraenkel, Halle: **Untersuchungen über die Spirillen des europäischen Rekurrensfiebers.**

Die Spirillen des europäischen Rekurrensfiebers unterscheiden sich in morphologischer Hinsicht von den ihnen sonst außerordentlich ähnlichen des amerikanischen und afrikanischen Rückfallfiebers durch eine feinere Gestalt und einen zarteren Leib; der geübte Untersucher wird schon durch die mikroskopische Betrachtung die drei Gruppen der Spirillen so von einander abgrenzen können, daß auf der einen Seite die Erreger des Zeckenfiebers, auf der andern die des europäischen, zwischen beiden aber die des amerikanischen Rekurrens ihren Platz erhalten. Neben den Bewegungsformen der beiden andern Spirillenarten, Drehung um die Längsachse, Beugung und Knickung, Vorwärts- und Rückwärtsschnellen des ganzen Leibes, zeigen die Schrauben des russischen Rückfallfiebers, die eigentlichen Obermeierschen Mikroben



noch eine deutliche, oft mit großer Geschwindigkeit erfolgende Bewegung des ganzen Spirillenleibes, der rasch dahinschwimmt. Als Werkzeuge für die selbständige Ortsveränderung besitzen die Spirillen eine große Anzahl von seitenständigen Geißelfäden. Bei der Uebertragung auf Tiere haben sich Mäuse, Ratten, Hamster, Affen empfänglich erwiesen, wie dies auch bei den beiden andern Schrauben der Fall war, während Kaninchen, Meerschweinchen der Impfung unzugänglich waren. Bei Mäusen zeigt sich schon 14 Stunden nach der Infektion eine große Menge Spirillen im Blute, beim amerikanischen und afrikanischen Rekurrens dagegen tritt dies erst nach 18 bezw. 20 Stunden ein. Die Spirillen treten stets zwischen den Blutkörperchen auf, die Erscheinung der Phagozytose macht sich nie in auffälliger Weise geltend. Die Mikrobien sind wesentlich weniger virulent wie die beiden andern Arten; nur ganz ausnahmsweise ging eine der geimpften Mäuse zu Grunde. Weder bei Mäusen noch bei Ratten und Hamstern wurde ein Rückfall beobachtet; dagegen traten bei Affen typische Rückfälle auf; am zweiten oder dritten Tage nach der Impfung traten die Erreger auf, um zweimal 24 Stunden im Blute zu verweilen; nach fünf- bis sechstägigem Zwischenraum fand dann ein neuer zwei- bis dreitägiger Anfall statt und eine Woche später meist noch ein dritter eintägiger Anfall. Abgesehen von nicht unbeträchtlichen Temperatursteigerungen waren die subjektiven Erscheinungen bei den Affen geringfügig. Die Verschiedenheit der europäischen von den beiden andern Rekurrensarten ließ sich unschwer auch durch die Verimpfung auf Tiere erweisen, die gegen diese oder doch gegen eine von ihnen gefestigt waren bezw. die Infektion mit denselben überstanden hatten. Während durchgängig Mäuse und Ratten nach einmaligem Ueberstehen der afrikanischen oder amerikanischen Rekurrens unempfindlich gegen eine nochmalige Rückkehr der betreffenden Spirillen geworden sind, sind die Tiere empfänglich geblieben für eine Infektion mit den europäischen Spirillen. Eine Unterscheidung der einzelnen Spirillenarten ließ sich auch auf dem Wege der sonst üblichen Verfahren, mit Hilfe des Pfeifferschen Versuchs oder der eigentümlichen Wirksamkeit des Blutes immuner Geschöpfe im hängenden Tropfen unter dem Mikroskope, unschwer ermöglichen. Eine Impfung der Tiere mit erhitztem, selbst vorsichtig eine halbe Stunde hindurch auf nur 45° erwärmtem Blute führte in keinem Falle zum Ziel; ebenso blieben ohne jedes Ergebnis Versuche, die eine Filtration des spirillenhaltigen Blutes durch Berkefeldsche oder Chamberlandsche Kerzen und die darauf geschehende Uebertragung des Filtrats auf Tiere bezweckten. Was die Frage der natürlichen Ansteckung, der Verbreitung der Krankheit selbst betrifft, so ist für das Zeckenfieber sichergestellt, daß Zecken (Ornithodorus moubata) die Infektion unter den Verhältnissen der Praxis veranlassen: für die amerikanische Rekurrens liegen nach dieser Richtung noch keinerlei Angaben vor. Beim europäischen Rekurrens ist auch noch nichts genaueres über die Art der Ansteckung bekannt geworden; die neuerdings von Dönitz vertretene Anschauung, daß es auch hier Zecken seien, die die Spirillen zu verbreiten imstande wären, hält F. noch für keineswegs bewiesen; ihm erscheint es wahrscheinlicher, daß Wanzen, vielleicht auch Läuse und Flöhe, die Infektion vermitteln, indem sie spirillenhaltiges Blut saugen, das dann an den Bißwerkzeugen haftet und so auf eine zweite Person übertragen werden kann.

2. Lassar, Berlin: **Atoxyl bei Syphilis.**

Die bedeutsame positive Rolle, die das Atoxyl bei der Bekämpfung der Schlafkrankheit spielt, mußte es nahe legen, dieses Mittel auch bei der Therapie der Syphilis, die ja wahrscheinlich auch auf Protozoen beruht, zu versuchen. L. stellte schon vor einiger Zeit derartige Versuche an, erzielte aber mit Dosen von 0,2 g dreimal wöchentlich, die er auf Grund anderer Erfahrungen erprobt hatte, keine überzeugenden Erfolge. Veranlaßt durch Mitteilungen aus dem Pasteurschen Institut, wo mit wesentlich höheren Dosen (0,5 bis 1 g mehrmals wöchentlich) ohne wesentliche Nebenschädigungen unbestreitbare Erfolge erzielt worden sind, hat er die Versuche wieder aufgenommen. Eine sichere Theorie der physiologischen Reaktion beim Atoxyl existiert nicht; die Droge stellt einen komplizierten chemischen Körper dar, der verschiedenartige Spaltungsvorgänge innerhalb der Blutbahn möglich macht; nicht die Größe der Arzneigabe an sich ist maßgebend, sondern vielmehr das Schicksal, welches sie im Organismus erfährt, wahrscheinlich abhängig von der größeren oder geringeren Alkaleszenz des Blutes; dazu kommt eine evidente kumulative Beeinflussung bei längerem Gebrauch: mit ungünstigen Erscheinungen dürfte danach stets zu rechnen sein. Verf. hat deshalb Dosen von 0,5 g in 10%iger steriler Lösung dreimal wöchentlich appliziert. Verschiedene der behandelten Patienten klagten dabei über Uebelbefinden und Wallungen; aber auch bei ambulatorischer Behandlung sind unliebsame Zwischenfälle nicht vorgekommen. Die Erscheinungen der Syphilis gingen prompt zurück, einerlei ob es sich um frische oder ältere Fälle handelte. Für die Beobachtungsreihe wurden natürlich Fälle ausgesucht, die nie vorher mit Quecksilber oder Jod behandelt worden waren. Primäraffekte fielen nach einigen glutäalen Atoxyl-Injektionen der Resorption anheim; Exantheme blaßten schnell bis zur Unsichtbarkeit ab; Papeln verloren die Rötung und zeigten unter Schwund des plastischen Exsudats nachweisbare Abflachung und typische Bräunung; Ulzerationen schlossen sich unter Ueberhäutung; annuläre Syphilide trockneten ein und gummöse Infiltrate wichen der Behandlung in gleichem Sinne. Das Verhalten war also der Merkureinwirkung durchaus entsprechend, die den Ansteckungsherd ebenso wie die Zwischen- und Enderscheinungen, soweit sie überhaupt angreifbar sind, vertilgen kann. Neben der hergebrachten Behandlungsweise ist damit im hochdosierten Atoxyl ein weiteres spezifisches Mittel gegeben. Wohin diese neue Behandlungsweise führen kann, muß erst durch zahlreiche und fortgesetzte Studien entschieden werden. Ein Universalheilmittel scheint das Atoxyl nicht zu sein; bei einem Bruchteil der Patienten war der Heilverlauf nur langsam fortschreitend; bei andern kam er aber auffallend prompt zustande. Ob das Atoxyl koupierend, durchgreifend, nachhaltig wirkt, wird sich erst nach Jahren entscheiden lassen. Die ätiologische Fragestellung muß sich zunächst dem Schicksal der Spirochaeten unter der Atoxylbehandlung zuwenden; Verf. hat bisher nichts sicheres entscheiden können; auch an atoxylierten Fällen ließen sich Spirochaeten nachweisen. Dem Laienpublikum gegenüber dürfte einstweilen noch einige Zurückhaltung angemessen erscheinen; schon jetzt drängen sich die von Hydrargyro- und Syphilophobie erfüllten Patienten zur Atoxylbehandlung; sorgfältige Auswahl der Fälle in Bezug auf Zirkulations-, Nerven- und Verdauungssystem und der stete Hinblick auf die Eventualität unerwarteter und unliebsamer Zwischenfälle erscheint geboten.

3. Determann, Freiburg-St. Blasien: **Die Beeinflussung der Viskosität des menschlichen Blutes durch Kältereize, Wärmeentziehung, Wärmezufuhr und Wärmestauung.**

(Nicht abgeschlossen.)

4. Bing, Kopenhagen: **Ein Apparat zur Messung des Blutdrucks beim Menschen.**

Der Druck, der mittels der üblichen klinischen Blutapparate gemessen wird, hängt zum großen Teil von dem Kontraktionszustande ab, in welchem sich die peripher von der Einschnürungsstelle sich befindlichen Gefäße befinden, so daß Veränderungen des Lumens dieser Gefäße imstande sind, den Druck zum Variieren zu bringen, ohne daß eine entsprechende Veränderung des Aortendruckes stattzufinden braucht. Um diesen Einfluß der peripheren Gefäße möglichst auszuschließen, muß vor allem die Meßmanschette möglichst zentral angelegt werden. Beim Menschen wird die Messung an einer mehr zentralen Stelle als an der Arteria brachialis nicht möglich sein; diese Stelle wird auch die strengsten Forderungen, die man stellen kann, nicht gänzlich befriedigen können; es ist denkbar, daß Veränderungen des Gefäßlumens in den von der Arteria axillaris ausgehenden Gegenden eine Aenderung des örtlichen Druckes bewirken. Diese Fehlerquelle wird sich nicht vermeiden lassen. Dagegen kann man der Fehlerquelle, die aus dem Gefäßgebiet peripher von der Manschette entspringt, entgehen, indem man unterhalb der Stelle, wo die Meßmanschette angelegt wird, den Arm komprimiert. Diese Kompression muß so angelegt sein, daß man den ausgeübten Druck zu kontrollieren vermag, da man sich teils zu vergewissern hat, daß das Gefäßlumen wirklich verschlossen ist, teils andrerseits keinen zu großen

Druck üben darf, der den Patienten mehr als nötig belästigen würde. An der Hand von Abbildungen wird eine Vorrichtung, die diesen Forderungen genügen soll, beschrieben. Die mit diesem Apparat angestellten Untersuchungen ließen andere und bessere Ergebnisse erzielen als mittels des Riva-Roccischen Apparates, so daß man mit ersterem zu besserer Erkenntnis des zentralen Blutdrucks gelangen wird als mittels der bisher angewandten Apparate.

5. Stillmark, Livland: **Ein neuer Blutdruckmesser.**

Den am meisten in der Praxis benutzten Apparaten zur Messung des Blutdrucks ist ein großer Mangel gemeinsam, nämlich der Umstand, daß wichtige Teile, wie die Pelotte beim Bachschen Instrument, die Armbinde beim Riva-Roccischen, der Fingerreifen beim Gärtnerschen, alle Röhren und Ballons etc., aus Gummi hergestellt sind. Abgesehen davon, daß die Haltbarkeit dieser Instrumente wegen des Brüchigwerdens der aus Gummi hergestellten Teile nur eine beschränkte ist, müssen die Resultate der Messungen in bedeutendem Maße von dem jeweiligen Elastizitätsgrade des Gummis beeinflußt werden. Bei der Konstruktion seines Apparates wollte Verf. dem so veränderlichen Elastizitätsgrade des Gummis Rechnung tragen und Gummi dabei möglichst wenig benutzen; daneben sollte aber besondere Rücksicht auf die praktische Verwendbarkeit genommen werden; der Apparat soll bei größtmöglicher Einfachheit billig und haltbar sein. Das Instrument besteht aus einer zweiarmigen Hebelstange, der kurze Arm ist 15 cm, der lange 40 cm lang. Ohne Belastung soll die Hebelstange in labilem Gleichgewicht ruhen. Am Ende des kurzen Armes wird ein Gewicht aufgeschraubt, unter demselben befindet sich an einer beweglichen Stange hängend eine kleine Pelotte, die auf die Art. radialis aufgesetzt wird. Der Druck auf die Arterie muß derart sein, daß er imstande ist, den Blutstrom eben zu unterdrücken, d. h. den Blutdruck gewissermaßen aufzuwiegen. Den dazu erforderlichen Druck genau festzustellen, ist Zweck des Apparates. Dazu befindet sich am langen Schenkel ein Laufgewicht, durch dessen Verschiebung man den Druck des auf den kurzen Arm aufgeschraubten Gewichtes in gewissen Grenzen beliebig verringern kann. Befindet es sich am Ende des langen Schenkels, so wiegt es ein Gewicht von 200 g auf dem kurzen auf, so daß die Verschiebung um 1 mm eine Veränderung des Gewichtes um 0,5 g bewirkt. Am Ende des langen Hebelarmes ist ein Reflexspiegel, der das Licht einer Lampe auf eine weiße Fläche (etwa ein Papier an der Wand) wirft. Der Apparat wird so gebraucht, daß die Pelotte auf die Arteria radialis gesetzt wird, nachdem ein Gewicht aufgeschraubt ist, das die Blutwelle vollständig unterdrückt, was daraus ersichtlich ist, daß der Brennspiegel keine vertikalen Schwankungen der Stange anzeigt. Man entfernt dann das Laufgewicht langsam vom Unterstützungspunkt zum Ende des langen Armes hin, wobei man das Spiegelbild der Flamme im Auge behält; hat die Blutwelle das Hindernis überwunden, so bemerkt man plötzlich vertikale Oszillationen des Spiegelbildes. Durch einfache Rechnung läßt sich dann aus der Entfernung des Laufgewichtes vom Unterstützungspunkt das Gewicht feststellen, das von der Blutwelle überwunden wurde. Das Prinzip der römischen Wage, dessen Vorzug darin besteht, daß man momentan kleine Gewichts- resp. Druckschwankungen konstatieren kann, ist damit zum ersten Male für Blutdruckmessungen herangezogen. Daß dem Gesichtssinn die Entscheidung, wann der Puls wiedererscheint, überlassen wird und dies durch Vergrößerung der vertikalen Oszillationen mit Hilfe des Spiegelbildes erleichtert wird, ist ein Vorzug des Apparatos. Um einen Vergleich der Werte, die mit diesem Instrument erzielt und in Gewichtszahlen angegeben werden, mit denen anderer Apparate, die den Druck in manometrischen Werten, d. h. in Atmosphärendruck angeben, zu ermöglichen, wird eine Umrechnungsformel angegeben.

6. Friedemann, Berlin: **Neuere Forschungen über die Desinfektion mit gas- und dampfförmigen Substanzen.**

Verf. berichtet über eine Reihe von experimentellen Untersuchungen, hauptsächlich aus dem Rubnerschen Institut, aus denen sich die hohe Penetrationskraft des niedrig gespannten Dampfes ergibt, und die dazu anregen, diese auszunutzen als Vehikel für andere Desinfektionsmittel. Formalindampfgemische, ebenso solche mit Thymol, Karbolsäure zeigten eine außerordentliche Tötungskraft, so daß diese Methode die günstigsten Aussichten für die Einführung in die Praxis eröffnet. Anschließend bespricht Verf. das neue Autan-Desinfektionsverfahren; dasselbe soll vor der Formaldehydinfektion nach Flügge den Vorteil haben, daß weder ein besonderer Apparat, noch eine geübte Bedienung, noch eine Abdichtung des zu desinfizierenden Raumes notwendig ist, und ist von verschiedenen Seiten warm empfohlen worden. Versuche im Rubnerschen Institut haben wesentliche Mängel desselben ergeben und erlauben eine Empfehlung desselben für die Praxis in der angegebenen Form nicht.

Vermischtes.

Die Karzinomliteratur, herausgegeben von Dr. Anton Sticker in Berlin hat soeben ihren vierten Band abgeschlossen.

Sie gibt ein übersichtliches Bild über den Umfang, welchen die Krebsforschung in den letzten fünf Jahren genommen. Gemäß den Literaturverzeichnissen erschienen seit 1902 3395 besondere Arbeiten auf dem Gebiete der bösartigen Geschwülste; von diesen waren 1960 in deutscher, 607 in englischer, 549 in französischer, 113 in italienischer, 70 in russischer (einschließlich polnischer), 37 in nordischer (dänischer, norwegischer und schwedischer), 22 in spanischer, 16 in holländischer, 9 in magyarischer, 7 in portugiesischer, 3 in japanischer, 2 in griechischer Sprache abgefaßt.

Die gewissenhafte, inhaltreiche Besprechung der wichtigsten Arbeiten sowie ausführliche Autoren- und Sachregister machen die vier Jahrgänge zu einem für jeden Arzt nutzbringenden, für jeden Forscher auf diesem besonderen Gebiet der Medicin unentbehrlichen Nachschlagewerk.

Berlin. Die Leitung des Kongresses als Präsident zu übernehmen hat sich Seine Durchlaucht Heinrich Prinz zu Schönaich-Carolath bereit erklärt. Als Vizepräsidenten werden tätig sein: Geheimer Medicinalrat Dr. Rubner, Professor der Hygiene an der Königlichen Universität Berlin und Unterstaatssekretär z. D. Prof. Dr. von Mayer, München.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen.

R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.



Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P. Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 2. September 1907. **Nr. 35.**

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Aus dem Hansa-Sanatorium Dresden.

Zur physikalisch-diätetischen Therapie des Diabetes Mellitus.

Von Dr. **Robert Freund.**

Während die Erkenntnis des Diabetes mellitus noch nicht so fortgeschritten ist, daß man sich ein klares Bild von jedem einzelnen Fall und den ihm zu Grunde liegenden Ursachen machen kann, so ist doch auf dem Gebiete der Therapie des Diabetes in den letzten Jahrzehnten ein ganz bedeutender Fortschritt zu verzeichnen, der einerseits in der Diätetik, andererseits in den physikalischen Heilfaktoren beruht, die heute immer mehr zur Behandlung des Diabetes herangezogen werden.

Ich möchte kurz über eine Methode berichten, wie ich mit Diabetikern vorzugehen pflege und mit der ich recht gute Erfolge erzielt habe. Es handelte sich bei meinen Kranken meist um Patienten, die an den Nerven zu leiden glaubten und von ihrem Diabetes gar nichts wußten, zum Teil aber auch um alte Diabetiker, welche seit langer Zeit „ihre Diät" hielten und auch wohl Neuenahr oder Karlsbad besucht hatten, bei denen die bisherige Behandlung jedoch keine oder nur vorübergehende Erfolge gezeitigt hatte. Ich habe in diesen Fällen fast stets ein Schwinden aller Beschwerden und ein Herabgehen des Zuckergehaltes neben einer oft recht beträchtlichen Gewichtszunahme erreicht (22 Pfund), die ich als ein deutliches Zeichen der Hebung der Körperkräfte und der besseren Ausnutzung der Nahrung stets mit Freuden begrüße.

Als Ziel der Behandlung habe ich nicht immer im Auge, den Zucker ganz zum Schwinden zu bringen, was in vielen Fällen überhaupt unmöglich ist, weil dazu eine völlige Unterernährung erforderlich wäre, die ihrerseits wieder großen Schaden mit sich bringen würde, sondern ich betrachtete eine geringe Zuckerausscheidung als das Symptom eines gestörten Stoffwechsels, der an und für sich noch keine Gefahr weiter zu bieten braucht, als daß es anzeigt, daß das betreffende Individuum vielen Krankheiten eher ausgesetzt ist als ein Gesunder. Denn erst wenn größere Mengen Zucker im Blute kreisen und somit im Urin ausgeschieden werden, machen sich Symptome geltend, die der Zuckerkrankheit als solcher zukommen: Die Schlaflosigkeit, der Kopfschmerz, die Nervosität, Symptome, die auf die Intoxikation mit den bei Diabetes auftretenden Stoffwechselprodukten zurückgeführt werden.

Das Ziel der Therapie liegt meiner Ansicht nach darin, den Patienten von seinen Beschwerden zu befreien und sein ganzes Leben so zu regeln, daß er sich möglichst lange kräftig und arbeitsfähig erhält und seiner Beschäftigung nachgehen kann. Ob er dabei geringe Spuren Zucker behält, halte ich für nebensächlich; nicht daß ich die Gefahr verkenne, in der ein solcher Kranker schwebt; doch bringt leider die zur völligen Entzuckerung notwendige Unterernährung eine solche Reduktion der Körperkräfte mit sich, daß sie den Kranken gänzlich arbeitsunfähig macht. Derartige Kranke suche ich nach Naunyns Vorschrift wenigstens für einige Wochen im Jahre, in denen sie sich dann von der Arbeit fern halten müssen, in das aglykosurische Stadium überzuführen, was den Nutzen hat, daß während dieser Zeit wirklich alle schädlichen intermediären Stoffwechselprodukte aus dem Körper verschwinden. Damit muß man sich leider häufig begnügen und froh sein, wenn es gelingt, den weiteren Verfall aufzuhalten. Doch muß man stets das Ziel im Auge haben: die gestörte Funktion zu stärken, und das gelingt in vielen Fällen.

Jedem Diabetiker denselben Diätzettel in die Hand zu drücken, ist ein sehr bedenklicher Schematismus, da das übliche Verbot der Kohlehydrate für viele Diabetiker zu streng ist, und für andere wieder, wenn wir sie einer Besserung zuführen wollen, nicht genügt. Mit der Feststellung, daß ein Patient Zucker ausscheide, ist nun einmal für die Therapie nicht viel gewonnen, sondern jetzt beginnt erst die genaue Analyse des einzelnen Falles: Man gebe dem Patienten eine Diät, welche eine genau bekannte Menge Kohlehydrate enthält (nach von Noorden 100 g Brot), sammle die 24 stündige Urinmenge und bestimme nun quantitativ den ausgeschiedenen Zucker. Gleich den in der Sprechstunde gelassenen Urin zur quantitativen Zuckerbestimmung zu benutzen, halte ich für falsch, da der Prozentgehalt in den einzelnen ausgeschiedenen Urinmengen innerhalb weiter Grenzen schwanken kann. Ueberhaupt läßt sich nur aus der 24 stündigen Urinmenge ein Urteil gewinnen, wie viel Zucker ausgeschieden wird, und diese Zahl ist wichtig. Mit dem Prozentgehalt, ohne die ausgeschiedene Urinmenge zu kennen, läßt sich zur Beurteilung so gut wie gar nichts anfangen.

Ich gehe nun weiter so vor, wie von Noorden empfiehlt, indem ich Fälle, die bei 100 g Brot keinen Zucker ausscheiden, als leichte betrachte. Es sind die Fälle, welche therapeutisch die besten Aussichten bieten. Bleibt bei der Probediät Zucker im Urin, so gebe ich zunächst kohlehydratfreie Nahrung. Scheiden die Patienten auch dann noch Zucker aus, so ist die Eiweißnahrung ebenfalls einzuschränken, um zu versuchen, ob dadurch die Zuckerausscheidung zum Schwinden zu bringen ist. Gelegentlich wirkt hier ein Hungertag günstig. Auf jeden Fall suche ich jeden Patienten zunächst in das aglykosurische Stadium überzuführen.

Sobald der Kranke zuckerfrei ist, behält er acht Tage lang die Kost bei, die er vertrug, ohne Zucker auszuscheiden. Es ist dies die Zeit der Schonung für die Organe, deren Funktion als gestört angesehen werden muß. War der Kranke acht Tage zuckerfrei, dann beginnt die Zeit der Uebung: es werden langsam geringe Mengen Kohlehydrate eingeführt, und zwar

in einer von Naunyn empfohlenen Weise, die ich je nach Lage des Falles modifiziere.

Zu der Kost, welche der Kranke, ohne Zucker auszuscheiden, verträgt, lege ich 100 g Milch zu und steigere dann die Menge täglich um 100 g, unter genauer Kontrolle, ob der Urin zuckerfrei bleibt, bis am fünften Tage 500 g Milch genossen werden. Tritt schon vorher Zucker auf, so muß man langsamer vorgehen. Werden 500 g Milch vertragen, so lasse ich 200 g fort und gebe statt dessen 30 g Brot. Werden diese vertragen, so gebe ich wieder täglich 100 g Milch mehr, um dann, bei wiederum 500 g Milch angelangt, wieder 200 g fortzulassen und durch 30 g Brot zu ersetzen. Hat man so die Toleranz nach und nach so weit gesteigert, daß im ganzen 100 g Brot vertragen werden, so versuche ich, dem Patienten dadurch mehr Abwechslung in den Speisezettel zu bringen, daß ich einen Teil des Brotes durch andere kohlehydrathaltige Speisen ersetze, nach Maßgabe der in von Noordens Werk enthaltenen Tabelle 3. Ein genaues Abwiegen ist natürlich hier durchaus erforderlich.

Es gelingt auf diese Weise sehr häufig, den Patienten ganz allmählich an ziemlich große Mengen Kohlehydrate zu gewöhnen, wobei das langsame, stufenweise Vorgehen als Uebung der in Frage kommenden Organe wirken mag.

Zur Durchführung dieser Kur hatte Naunyn als leichtverträgliches kohlehydrathaltiges Nahrungsmittel die Milch empfohlen. Wir wissen heute, daß die Toleranz der Zuckerkranken den einzelnen in den Nahrungsstoffen dargebotenen Zuckerarten gegenüber durchaus verschieden ist. So verträgt ein Patient Hafermehlsuppe, ein anderer Kartoffelsuppe, ein dritter Milch; es ist also, wenn sich der vorgeschriebene Weg mit allmählich gesteigerter Milchzufuhr als möglich erweist, ein Versuch mit Haferschleimsuppe oder Kartoffelsuppe in gleicher Weise zu veranstalten. Auf diese Weise wird es häufig gelingen, nach und nach die Toleranz ganz erheblich zu steigern, so daß — freilich erst nach Verlauf von einigen Monaten — die Kranken so viel Kohlehydrate vertragen, daß sie sich keine wesentliche Beschränkung aufzuerlegen brauchen. Allerdings gehört zu der Durchführung von seiten des Kranken viel Geduld und Energie, und genaue Urinkontrolle von seiten des Arztes. Für den Anfang einer derartigen Kur halte ich Anstaltsbehandlung für erforderlich. Hier lernen die Kranken das, worauf es ankommt, genau kennen. Ferner suche ich jeden Kranken dahin zu bringen, daß er seinen Urin qualitativ nach Trommer untersuchen kann. Das halte ich für den Diabetiker für sehr wichtig; denn nur wenn er nach und nach Verständnis für sein Leiden erhält und selbst beurteilen lernt, welche Speisen er verträgt, welche nicht, so wird auf die Dauer eine erfolgreiche Behandlung durchzuführen sein. Freilich läßt sich in vielen Fällen die Toleranz nur bis zu einem weit unter der üblichen Kohlehydratmenge stehenden Maß erhöhen, dessen Ueberschreitung sofort Zuckerausscheidung zur Folge hat. Doch läßt sich selbst bei solchen Kranken, die bei reiner Eiweißkost noch Zucker ausscheiden, auf diese Weise die Toleranz für Kohlehydrate erhöhen, d. h. trotz der nach und nach gesteigerten Kohlehydratzufuhr wird die Zuckerausscheidung nicht vermehrt, sondern bleibt bei einer bestimmten Menge stehen. Auch hier tritt dann erst bei weiter gesteigerter Zufuhr vermehrte Ausscheidung auf; der Körper lernt jedoch, trotzdem er immer noch Zucker ausscheidet, einen Teil der eingeführten Kohlehydrate wieder verarbeiten.

Neben dieser kurz skizzierten diätetischen Behandlung wende ich stets hydrotherapeutische Maßnahmen an, seitdem ich in einigen Fällen gesehen habe, daß der oben angegebene Weg sich erst unter Zuhilfenahme der Hydrotherapie durchführen ließ. In Frage kommen alle diejenigen Prozeduren, welche geeignet sind, den Stoffwechsel zu erhöhen.

Ob wir in den physikalischen Heilfaktoren Methoden haben, welche die dem Diabetes zu Grunde liegende Stoffwechselstörung günstig zu beeinflussen imstande sind, wissen wir nicht. Unsere Anschauungen gehen immer mehr dahin, in dem Diabetes keine einheitliche Krankheit, sondern nur ein Symptom einer anderen, meist unerkennbaren Krankheit zu sehen. Wir sprechen schon jetzt von einem Pankreas-, Leber-, Gehirn-, Nerven-etc.-Diabetes, obgleich wir am Lebenden die zu Grunde liegende Erkrankung noch nicht zu erkennen vermögen. Da die Aetiologie des Diabetes keine einheitliche ist, ist es unwahrscheinlich, daß wir ein derartiges Mittel gegen Diabetes finden werden. Da die Ursachen der Krankheit verschieden sind und nur das Symptom, die Zuckerausscheidung, gemeinsam ist, sind wir auf Probieren angewiesen. Freilich haben wir auch bestimmte Gesichtspunkte zur Beurteilung der anzuwendenden Prozeduren, doch werden wir öfters sehen, daß dieselbe Methode bei dem einen Fall Nutzen bringt, bei dem andern gleich liegenden Falle versagt. Selbst die Trinkkuren, denen von den meisten Autoren eine spezifische Wirkung zugeschrieben wird, zeigen diese Verschiedenheit; ja man sieht bei manchen Patienten sogar Verschlechterungen, deren Grund sich unserer Beurteilung entzieht.

Der Wert der angestrengten Muskelarbeit ist in den letzten Jahren oft betont worden, doch sind die Fälle nicht häufig, an denen die Muskelarbeit einen wesentlichen Anteil an der Besserung hat. Leider ist bei vielen Diabetikern, die an

Feuilleton.

Medicinisches aus der schönen Literatur.

Neue Folge.

Mitgeteilt von Dr. **Leopold Hirschberg.**

IV.

Höchst eigentümliche Erkrankungen und Heilungen des florentinischen Goldschmieds Benvenuto Cellini.

(Fortsetzung.)

„Darauf, da es gegen den Winter ging, und ich mich von dem, was ich ausgestanden hatte, wieder einigermasen erholen wollte, nahm ich meine Büchse hervor, und ging auf die Jagd, setzte mich dem Regen und dem Winde aus, und hielt mich in den Niederungen auf, so daß in wenig Tagen mich ein zehnfach größeres Uebel befiel als das erste gewesen war. Nun gab ich mich wieder in die Hände der Aerzte und ward von ihren Arzneyen abermals viel schlimmer. Es befiel mich ein Fieber, und ich nahm mir abermals vor, das Holz zu brauchen. Die Aerzte widersetzten sich und versicherten, wenn ich die Kur während des Fiebers anfinge, so würde ich in acht Tagen todt seyn, ich that es aber doch, mit derselbigen Ordnung und Vorsicht, wie das erstemal. Nachdem ich vier Tage dieses heilige Wasser des Holzes getrunken hatte, verlohr sich das Fieber ganz und gar und ich spürte die größte Besserung.

„Unter dieser Kur arbeitete ich immer weiter an dem Modell des Kelchs, und es gelangen mir schönere Dinge und bessere Erfindungen, in den Wochen dieser Fasten und Enthaltsamkeit, als vorher in meinem ganzen Leben. Nach vierzig Tagen war ich wirklich rein von meinem Uebel geheilt, und suchte nun meine Gesundheit recht zu befestigen.“ *)

O du gute, wunderschöne
Tochter des Raphael del Moro!
Warum belohntest Du den Retter
Deiner Hand nicht mit derselben!

5. Höchst respektlose Aeußerungen Cellinis über die Aerzte, die ihn in gefährlicher Krankheit behandeln.

Unser Held wurde nächtlicher Weile von Häschern im Schlafe gestört und mußte sich mit gezücktem Dolch gegen sie verteidigen. Sein ohnehin lebhaftes Temperament wurde durch den aufregenden Vorfall stark alteriert und er wollte sich durchaus einen Aderlaß machen lassen. Da er an dieser wahrscheinlich ganz richtigen Maßnahme gehindert wurde, bedenkt er die zeitgenössischen Aeskulape mit wenig schmeichelhaften Worten:

„Als ich mich wieder hinlegte, fühlte ich mich sehr angegriffen und konnte nicht wieder einschlafen. Als es Tag war,

*) Teil I, pag. 140—142.



Komplikationen, wie Neuritiden, Lähmungen oder Muskelschwäche leiden, die Durchführung der hier nötigen Muskelbewegung unmöglich. Bei dem Diabetes der Arteriosklerotiker kann man die Muskelbewegung ebenfalls nicht durchsetzen, ohne das Leben der Kranken zu gefährden.

Wir müssen also gestehen, daß wir eine kausale Therapie des Diabetes auch auf dem Gebiet der physikalischen Heilmethoden nicht besitzen, dagegen verfügen wir über eine Anzahl von Prozeduren, die den Stoffwechsel erhöhen, und können so für Kranke der verschiedensten Konstitutionen eine geeignete Prozedur auswählen.

Der Nutzen hydrotherapeutischer Maßnahmen ist oft ein so sichtbarer, daß sie doch mehr Beachtung verdienen, als sie gemeinhin finden. Der systematischen Anwendung von Wasserprozeduren nicht viel mehr Bedeutung einzuräumen, als die einer Hautpflege, die freilich beim Diabetiker sehr wichtig ist, wie Weintraut*) tut, heißt doch den Heilwert der Prozeduren unterschätzen. Es muß aber jedes Hilfsmittel beachtet werden, wo es sich um ein Leiden handelt, bei dem wir sonst nur auf Diät angewiesen sind, deren Durchführung noch dazu so leicht an dem Widerwillen der Patienten scheitert.

Auch ich habe ohne Diät keinen Rückgang der täglich ausgeschiedenen Zuckermenge beobachtet; ich habe jedoch gefunden, daß die Patienten die kohlehydratfreie Diät besser vertragen, daß sie weniger leicht Verdauungsstörungen bekommen, daß die Nahrung besser ausgenutzt wurde, was sich in einer Zunahme des Körpergewichts äußerte. Waren die Patienten dann auf ihren Minimalzuckergehalt angekommen, so haben einige sich unter Anwendung von Wasserprozeduren auf diesem Stand erhalten, auch wenn sie sich nicht streng an die Diätvorschriften hielten.

Strasser*) hat nachgewiesen, daß besonders der Eiweißzerfall durch intensive thermische Prozeduren gesteigert wird. Gewiß, doch hat es den Anschein, als ob in vielen Fällen der Ersatz auch rascher eintritt, unter gleichzeitiger Anreicherung des Körpers. Nimmt das Gewicht zu, so ist keinerlei Gefahr bei Anwendung hydrotherapeutischer Maßnahmen vorhanden. Ich habe einen Patienten, der unter andrer Behandlung von 160 auf 112 Pfund heruntergekommen war, bei gleichzeitiger Hydrotherapie zuckerfrei werden und nach und nach — im Verlauf von acht Monaten — auf 142 Pfund kommen sehen.

Das wichtigste für die anzuwendenden Prozeduren ist das Auslösen einer richtigen Reaktion. Hierin liegt das ganze Geheimnis der stoffwechselanregenden Prozeduren; außerdem ist gleichzeitig die Indikationsstellung gegeben. Personen, welche eine starke Reaktion nicht vertragen, z. B. Herzkranke, Fettleibige mit Herzschwäche, Arteriosklerotiker dürfen natürlich nicht in gleicher Weise behandelt werden wie Herzgesunde. Von Prozeduren ohne Reaktion habe ich dagegen niemals eine Wirkung bei Diabetes gesehen, so speziell nie von den in den letzten Jahren vielfach angepriesenen und angewandten Vierzellenbädern.

Als Prozedur, die eine recht intensive Reaktion gibt, wende ich bei Herzgesunden stets das Lichtbad mit nachfolgendem Abkühlungsbad und Wechseldusche an. Im Lichtbade bleiben die Patienten 15 bis 20 Minuten, im Abkühlungsbad 4 bis 10 Minuten; die Wechseldusche wird nur ganz kurz gegeben. Hat der Patient seine eigentliche Kur beendet, so rate ich ihm, wöchentlich ein Lichtbad weiter zu nehmen, was die Patienten stets gerne tun, da sie seinen wohltuenden Einfluß immer von neuem empfinden.

Die vielfach empfohlenen Packungen lasse ich nur da anwenden, wo ich die Wärmestauung nicht durch Lichtbäder hervorrufen kann, so im Hause des Patienten; hinterher gebe ich dann eine kurze Lakenabreibung. Doch betrachte ich diese Methode nur als einen Notbehelf.

Bei Patienten mit schwachem Herzen und Arteriosklerose lassen sich diese Prozeduren natürlich nicht anwenden. Für solche Kranke haben wir eine Prozedur, welche eine Reaktion erzeugt und gleichzeitig Herz und Gefäße günstig beeinflußt: das kohlensaure Bad.

Gegen derartige Maßnahmen hat man eingewandt, daß die Diabetiker der Gefahr einer Erkältung ausgesetzt würden, vor allem konnten leicht Neuritiden hervorgerufen werden. Diese Gefahr besteht nicht, wenn die Reaktion des Körpers in richtiger Weise erfolgt.

*) Handbuch f. phys. Ther. von Goldscheider und Jakob.
**, cit. nach Mathes Hydrotherapie.

Aus dem Laboratorium des Prof. I. I. Metschnikow im Institut Pasteur.

Zur Frage der Aetiologie der serös-fibrinösen Pleuritiden.

Von **B. P. Rutschinski**.*)

Die Frage der Aetiologie der Pleuritiden hat seit jeher die Forscher beschäftigt, während aber in Bezug auf die eitrigen Pleuritiden sämtliche Untersuchungen mehr oder minder miteinander übereinstimmen, gingen die Ansichten über die Aetio-

*) Aus dem Russischen von M. Lubowski, Berlin-Wilmersdorf.

---

hatte ich mir vorgesetzt zur Ader zu lassen, und fragte nun erst den Herrn Johann Gaddi um Rath, und der ließ so ein Hausärztlein rufen, das fragte mich, ob ich denn erschrocken wäre? Nun sage einer, was soll man von dem Verstand eines Arztes denken, dem man einen so großen und außerordentlichen Fall erzählt, und der so eine Frage thut? Es war eben ein Kautz, der gleichsam beständig über nichts lachte, und mir auch lachend sagte: ich sollte einen guten Becher griechischen Weins trinken, mich lustig machen, und weiter nicht erschrocken seyn. Herr Johann sagte: Meister! und wenn einer von Erz und Marmor gewesen wäre, so hätte er sich bey dieser Gelegenheit entsetzt, geschweige ein Mensch. Darauf sagte das Aerztlein: Monsignor! wir sind nicht alle nach Einer Weise gebauet, dieser Mann ist nicht von Erz noch von Marmor, sondern von reinem Eisen. Somit legte er mir die Hand an den Puls und sagte, unter seinem unmäßigen Gelächter: fühlt einmal hierher, Johannes, kein Mensch, kein erschrockener Mensch hat einen solchen Puls, das ist ein Löwe, ein Drache. Ich, der ich wohl wußte, daß mein Puls stark und über das rechte Maas schlug, wie das Affengesicht von Hippokrates und Galen nicht gelernt hatte, fühlte wohl mein Uebel, zeigte mich aber munter, um nicht erschrockener zu scheinen, als ich war."*)

*) Teil I, pag. 200, 201.

Nach vier Tagen überfiel nun den armen Teufel ein schreckliches Fieber; er hatte aber noch so viel Besinnung, um einen sehr alten Arzt von großem Ruf, Herrn Franziskus von Norcia herbeizurufen. Dieser erklärte nun die Unterlassung der Venäsektion am ersten Tage für einen Kunstfehler. Cellini phantasiert heftig, so daß einer der Umstehenden erklärt: „er hat den Dante gelesen, und für grosser Schwäche phantasirt er." Sein treuer Diener Felix eilt zum Meister Franz und bittet ihn weinend, gleich mitzukommen; denn sein Herr sei wahrscheinlich tot:

„Darauf sagte Meister Franz, der ein heftiger Mann war: Sohn! wozu soll ich kommen? ist er todt, so schmerzt es mich mehr wie dich, denkst Du, daß ich mit meiner Medicin ihm in den H... blasen kann, um ihn wieder lebendig zu machen?"*)

Schließlich kommt Cellini wieder zu sich und wird nun unter den Händen des Meisters Franz ein Jammerbild, das er ergötzlich-drastisch schildert:

„Nun fing er an zu schreiben und verordnete mir Bähungen, Pflaster, Waschwasser, Salben und andere unschätzbare Dinge; inzwischen litt ich an mehr als zwanzig Blutigeln am H..., ich war durchbohrt, gebunden und ganz geknetet."**)

*) Teil I, pag. 206.
**) Teil I, pag. 207.

(Schluß folgt.)



logie der serös-fibrinösen Pleuritiden bis jetzt weit auseinander. Vor allem wurde von Pidoux[1]) die Ansicht ausgesprochen, daß die serös-fibrinösen Pleuritiden durch Tuberkulose erzeugt werden. Diese Ansicht fand in der Folge begeisterte Anhänger in Landouzy[2]), der auf Grund seiner zahlreichen Beobachtungen an Kranken annahm, daß 98% sämtlicher sogenannter Erkältungspleuritiden tuberkulösen Ursprungs seien, ferner in Ricochon[3]), in Kelsch und Vaillard[4]), die sich auf pathologisch-anatomische Erhebungen stützten, in Gombault und Chauffard[5]), die diese Frage experimentell untersuchten, sowie in den ersten Forschern, die die Frage der serösen Pleuritiden unter Benutzung der bakteriologischen Untersuchungsmethoden studierten, nämlich in Ehrlich[6]), Fränkel[7]), Kracht[8]), die in sämtlichen Fällen negative Resultate erzielten und daraus schlossen, daß derartige „sterile" Pleuritiden tuberkulösen Ursprungs seien. Etwas später hat Aschoff[9]), der in 200 Fällen von serösen Pleuritiden mikroskopische und bakteriologische Untersuchungen ausgeführt hatte, in 7 Fällen ein positives Resultat erzielt, d. h. es ist ihm gelungen, Streptococcen, Pneumococcen und näher nicht zu bestimmende Mikroorganismen zu isolieren; die Injektion von 3 ccm von diesem Exsudat in die Bauchhöhle von Meerschweinchen ergab in 25 Fällen von zweifellos tuberkulösen Pleuritiden 17 mal Erkrankung der Versuchstiere an Tuberkulose, während in 12 Fällen von sogenannter idiopathischer Pleuritis dasselbe Resultat in 9 Fällen erzielt wurde. Diese Untersuchungen von Aschoff, die dann von Levy[10]) wiederholt wurden, haben die früher ausgesprochene Ansicht, daß die weitaus größte Mehrzahl der serös-fibrinösen Pleuritiden tuberkulöser Natur sei, noch mehr bestätigt.

Netter[11]), der sich mit dieser Frage beschäftigte, hat 41 Fälle von serös-fibrinöser Pleuritis untersucht, indem er Meerschweinchen 1—1,5 ccm Exsudat injizierte, die Tiere nach 4—5 Wochen tötete und untersuchte. Das Resultat war folgendes: in 9 Fällen, die klinisch als nicht tuberkulöse galten, negatives Resultat; in 12 auf Tuberkulose suspekten Fällen 7 positive Resultate; in 20 Fällen von idiopathischer Pleuritis 8 positive Resultate. In allen diesen Fällen ist es mit Hilfe eines Mikroskops nicht ein einziges Mal gelungen, die Anwesenheit von Koch'schen Bazillen im Exsudat nachzuweisen; auf irgend welche andere Mikroorganismen hat Verf. das Exsudat nicht untersucht.

Bei der Anwendung von Tuberkulin behufs Klarlegung der Aetiologie der serösen Pleuritiden hat Netter in 87% ein positives Resultat erzielt, desgleichen Romani[12]) bei 14 Pleuritikern. Andere Autoren traten für den tuberkulösen Ursprung der serösen Pleuritiden ein, indem sie sich auf langjährige Beobachtungen und statistische Untersuchungen von Schlenkler[13]), Hedges[14]) und Grober[15]) stützten. Im Laufe der Zeit wurde bemerkt, daß die negativen Resultate bei Injektion von pleuritischem Exsudat in die Bauchhöhle von Meerschweinchen dadurch verursacht werden, daß man dieses Exsudat in sehr geringer Quantität mit minimalem Gehalt an Tuberkelbazillen injizierte. So erzielte Eichhorst[16]) nach Injektion von 1 ccm und Tötung des Tieres nach 6—8 Wochen in 11 Fällen nur ein einziges Mal ein positives Resultat, während sich nach Injektion von 15 ccm ein positives Resultat in 15 von 23 Fällen ergab. Um immer noch möglichen Fehlern vorzubeugen, empfiehlt Péron[17]), Meerschweinchen von 300 g Körpergewicht 25 ccm Exsudat, Meerschweinchen von 400 g Körpergewicht 35 ccm Exsudat zu injizieren usw., dabei die Injektion mehreren Tieren auf einmal zu machen und sie nach einem Monat zu töten.

Den Abschluß aller dieser Arbeiten bildet die Untersuchung von Le-Damany[18]), der zu dem Schlusse gelangt ist, daß „la pleurésie primitive est une tuberculose de la plèvre". In seinen Händen ergab die Injektion von pleuritischem Exsudat bei 54 Meerschweinchen 47 positive Resultate. Allerdings ist es diesem Autor gelungen, 2 mal Pneumococcen, 2 mal Staphylococcus albus, 2 mal den Micrococcus tetragenes, 1 mal Bact. coli commune zu isolieren. Nichtsdestoweniger erzeugte die Injektion jedesmal bei den Versuchstieren eine Erkrankung an Tuberkulose. Dieser Autor stellt die Rolle der übrigen Mikroorganismen außer den Koch'schen Bazillen bei der Entstehung von serös-fibrinösen Pleuritiden kategorisch in Abrede, da jene nach seiner Meinung nur eitrige Pleuritiden zu erzeugen vermögen.

Immerhin ist die Ansicht, daß die seröse Pleuritis eine ausschließlich tuberkulöse Erkrankung sei, bei weitem nicht allgemein akzeptiert. So fanden viele Autoren in serös-fibrinösen Exsudaten stets auch andere Bakterien, wobei keine Veranlassung vorliegt, diese Bakterien als zufällige Verunreinigungen zu betrachten. Hierher gehören beispielsweise die Arbeiten von Weichselbaum[19]), Goldscheider[20]), Gilbert und Lion[21]), die in serösen Exsudaten Staphylococcen und Streptococcen fanden. Ferner hat Jakowski[22]) in 28 Fällen von seröser Pleuritis 15 mal den Fränkel'schen Pneumococcen, in den übrigen Fällen verschiedene andere Bakterien, so den Staphylococcus, Streptococcus und Tuberkelbazillen nachgewiesen. Auf Grund seiner eigenen Fälle, sowie auf Grund des Studiums der Literatur gelangt Jakowski zu dem Schluß, daß nur diejenigen Fälle als tuberkulöse betrachtet werden dürfen, in denen keine anderen Bakterien gefunden sind, und daß die Mehrzahl der nicht tuberkulösen Pleuritiden durch den Fränkel'schen Pneumococcus erzeugt wird. Ebensolche Resultate haben auch andere Forscher erzielt. So haben Prinz Ludwig Ferdinand[23]) in 9 Fällen von seröser Pleuritis 2 mal Pneumococcen und 2 mal Staphylococcen, Cardi[24]) in 23 Fällen 5 mal Pneumococcen und 6 mal Staphylococcen, Prudden[25]) in 21 Fällen 2 mal Pneumococcen, Thue[26]) in 30 Fällen von seröser Pleuritis 8 mal Staphylococcen und Streptococcen nachgewiesen.

Wie vorsichtig man bei der Beurteilung der Resultate der bakteriologischen Untersuchung von pleuritischem Exsudat sein muß, zeigen die Arbeiten von Netter[27]), Baduel[28]), Sello[29]), Siems[30]), Loriga und Pensutti[31]). Diese Autoren fanden selbst bei metapneumonischen serösen Pleuritiden in sehr seltenen Fällen Pneumococcen, während andere Autoren im Gegenteil in dieser Richtung sehr häufig positive Resultate erzielten. So hat Pearce[32]) Fränkel'sche Pneumococcen im pleuritischen und perikarditischen Exsudat bei Pneumonie in sämtlichen von ihm untersuchten Fällen (49 Pleuritiden und 15 Perikarditiden) nachgewiesen. Ebensolche Resultate haben Fornaca[33]) und Michaelis[34]) erzielt, welcher letztere bei serösen Pleuritiden in der Hälfte sämtlicher Fälle Pneumococcen fand. Die Arbeit von Michaelis verdient noch aus dem Grunde besondere Beachtung, weil dieser Autor als erster die Aufmerksamkeit auf das Vorkommen von degenerativen Pneumococcenformen in pleuritischen Exsudaten aufmerksam gemacht hat. Daß der Pneumococcus überhaupt ein morphologisch inkonstanter Mikroorganismus ist, war bereits seit den ersten Arbeiten von Fränkel[35]) und Weichselbaum[19]) bekannt, während die weitere Erforschung des Pneumococcus zur Entdeckung von Formen führte, die mit dem typischen Pneumococcus nichts gemein haben. Hierher gehören die Untersuchungen von Kruse und Pansini[36]), die 84 Arten von Pneumococcen, bald typischer Form, bald ovaler, bald ganz runder Form, bald in Form von Kettchen, die aus 100 Gliederchen bestanden, kultivierten, wobei manche Arten, wenn auch langsam, selbst auf Gelatine bei 18° wuchsen.

Levy und Steinmetz[37]) haben gleichfalls einen Pneumococcus kultiviert, der auf Gelatine bei 16—18° wuchs, während Stolz[38]) auf Agar stäbchenartige und kohlenartig aufgetriebene Pneumococcen-Formen zu kultivieren vermocht hat.

Das Verdienst von Michaelis besteht darin, daß er auf diese bei der bakteriologischen Untersuchung von pleuritischen Exsudaten vorkommenden Involutionsformen aufmerksam gemacht hat. Indem er serös-fibrinöse Exsudate sorgfältig untersuchte, fand er in 10 Fällen von 24 in mehr oder minder großer Quantität kurze Stäbchen mit abgerundeten Enden und häufig mit etwas hellerem Zwischenraum in der Mitte (nach Färbung mit Loeffler'schem Blau; diese Stäbchen waren bisweilen an dem einen Ende kolbenartig erweitert. Die Versuche, dieses Stäbchen nach Gram zu färben, mißlangen, desgleichen blieben die Versuche, diese Stäbchen auf allen möglichen Nährmedien zu kultivieren, ohne Erfolg. In der Ansicht,



daß die entdeckten Mikroorganismen degenerative Pneumococcen-Formen darstellen, wurde Michaelis durch folgende zwei Fälle bestärkt; in dem einen lagen neben den Stäbchen auch weniger veränderte Pneumococcen, in dem anderen bestand gleichzeitig mit der linksseitigen Pneumococcen-Pleuritis rechtsseitige Pleuritis mit stäbchenartigen und gewöhnlichen Pneumococcen-Formen. Aber auch in diesen Fällen ist die Aussaat auf Nährmedien steril geblieben, was Michaelis zu der Schlußfolgerung veranlaßt, daß die degenerativen Formen beim Absterben der Pneumococcen unter dem Einfluß der bakteriziden Eigenschaften des pleuritischen Exsudats entstehen. Indem er die Häufigkeit des Vorkommens dieser Involutionsformen der Pneumococcen in serösen Exsudaten (40%) in Erwägung zieht, zieht Michaelis den Schluß, daß die Pneumococcen sehr häufig als Erreger der Pleuritis in Betracht kommen. (Fortsetzung folgt.)

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Schlesische Gesellschaft für vaterländische Cultur.

Klinischer Abend
am 12. Juli 1907 in der Kgl. chirurgischen Klinik.
Vorsitzender: Herr Küttner.

1. Herr Zieler stellt zwei Fälle von maligner Syphilis vor, von denen der eine mit Hg, der andere mit Atoxyl behandelt wurde; letzteres aber mit wenig Erfolg.

2. Herr Küttner: a) Resectio oesophagi carcinomatosi.

Patientin war sehr desolat. Es wurde zunächst stumpf abgelöst, nur am Kehlkopf scharf, und dann mit Thermokauter durchtrennt; es wurde kein Verband gemacht, sondern nur lose mit Gaze bedeckt. Pat. blieb ständig in Schräglage und wurde eine Woche per Rectum ernährt; dann erst wurde Gastrostomie gemacht. Gefahr der Mediastinitis wurde somit vermieden. Bisher sind in der Literatur 17 Fälle mit 40% Genesung veröffentlicht, aber kein Fall mit Restitutio definitiva; hier aber sind die Aussichten günstig.

b) Tumor costarum. — Resektion der Thoraxwand in der Sauerbruchkammer (bei Unterdruck).

Resultat war gut, auch von seiten der Lunge.

c) Zur Pathologie des Sarkoms mit Demonstration von Fällen.

Entgegen der vorherrschenden Ansicht, daß Sarkom sich auf dem Blutwege metastasiert, zeigt K. einen Fall, wo es sicher auf dem Lymphwege geschehen ist. Es handelt sich um Sarkomknoten im Knie und Metastasen in den Inguinaldrüsen. Ein langer Hautstreifen wurde exzidiert, und mikroskopisch der Zusammenhang nachgewiesen. Dann ein melanotisches Sarkom, von der großen Zehe ausgehend; Inguinaldrüsen sind hochgradig geschwollen. K. neigt immer mehr zur Ribbertschen Anschauung, daß besondere pigmenthaltige Zellen (Chromatophoren) diesen Tumor bilden. Ferner stellt er ein junges Mädchen mit Sarkom an dem akromialen Ende der Clavicula und der Fossa supraspinata vor; und schließlich eine Frau mit Rundzellensarkom der Parotis (sehr selten). Bei der Totalexstirpation war eine vollständige Fazialislähmung nicht zu vermeiden. Im Anschluß daran berichtet K. noch über einen operierten Tumor des Unterkiefers. Die Geschwulst hatte sich zuerst als Parulis dokumentiert, und die Untersuchung ergab dann ein multilokuläres Kystom (Adamantinom). Der horizontale Unterkieferast wurde entfernt und durch eine Schiene ersetzt. Ausgangspunkt war ein versprengter Zahn (Präparat wird herumgereicht).

3. Herr Strümpell stellt einen Grubenarbeiter vor, der zweimal Unfälle mit starken Erschütterungen der Rückenwirbelsäule erlitten hat. Beine sind im Hüftgelenk rechtwinklig ankylotisiert; im Röntgenbilde sieht man eine vollkommene Verknöcherung der Gelenke; ferner besteht eine absolute Steifigkeit der Wirbelsäule bis zum Kopf; Muskulatur ist hypertrophisch infolge der vermehrten Anstrengung bei jeder Bewegung und bei der Erhaltung des Gleichgewichts. Auch in den Schultergelenken ist beträchtliche Ankylose. Vom Ellenbogen- und Kniegelenk abwärts ist alles frei beweglich. Es handelt sich also um eine Ankylose der Wirbelsäule und der benachbarten Gelenke.

Herr Ponfick demonstriert Präparate von Ankylose der Wirbelsäule aus der Sammlung des Pathologischen Instituts.

4. Herr Ludloff stellt eine Mißgeburt (Phocomelie) vor, bei der sämtliche Extremitäten verkümmert sind. Der rechte Unterarm fehlt ganz, links fehlen die Finger; die unteren Extremitäten sind stark verkürzt und haben die Form von Robbenfüßen. Die Mutter soll im dritten bis vierten Monat von der Treppe heruntergefallen sein.

Ferner stellt L. einen Mann vor mit Symptomen von Hirndruck. Er war auf den Kopf gefallen, worauf der Puls plötzlich sank, Stauungspapille und starker Kopfschmerz auftraten.

Schließlich zeigte er einen Mann, der $1\frac{1}{2}$ m tief sitzend aufs Gesäß gefallen war; er konnte dann nicht mehr sitzen; es traten Sensibilitätsstörungen und Retentio urinae auf; dann entstand auch ein Gibbus.

5. Herr Machol: Multiple Netztorsion mit Magen- und Darmblutungen.

Patient, 250 Pfund schwer, war an eingeklemmter Hernie erkrankt; in der Bruchpforte war harte Geschwulst, die sich nicht zurückdrängen ließ. Bei der Operation wurde sie als bläulich verfärbtes Netz festgestellt; darauf wurde Laparotomie gemacht, und eine sechsfache Netztorsion konstatiert. Am zweiten bis dritten Tage nach Operation Bluterbrechen und Blutstühle, hervorgerufen durch Ulcus Duodeni. Pat. ist dann an Lungenembolie gestorben. Sektionspräparate werden demonstriert.

6. Herr Gottstein: a) Multiple Knochenzysten.

Vorstellung eines elfjährigen Mädchens, das mit vier Jahren plötzlich zusammengeknickt war und eine Oberschenkelfraktur erlitten hatte. Seitdem waren Arme und Beine vielfach ohne äußere Ursache gebrochen. Alle Frakturen heilten sehr schnell. Außerdem entstanden an den Händen und am Schädel sehr starke Verdickungen. Es handelt sich um eine zystische Degeneration des ganzen Knochensystems, Ostitis fibrosa.

b) Geheilte Mediastinitis.

Pat. hatte plötzlich Schmerzen in der Speiseröhre empfunden, da er angeblich einen Knochen verschluckt hatte. Bei der Röntgenaufnahme zeigte sich ein Schatten hinter dem Kehlkopfe, der durch die Oesophagoskopie als eine eiterenthaltende Vorwölbung erkannt wurde. Ein Knochen wurde nicht gefunden. Bei der Operation fand sich eine Eiterhöhle im Mediastinum. Pat. wurde vollständig geheilt.

7. Herr Hoffmann berichtet über einen Fall von Pankreaszysten (es bestand hühnereigroße Geschwulst in der Nabelgegend) und einen Fall von Pankreatitis (es waren mehrere Ileus-Attacken aufgetreten).

8. Herr Peiser stellt einen Mann mit Spenglerscher Krankheit (Schulterblatthochstand) vor und bespricht einen Fall von Verknöcherung des Lig. ileo-femorale (Osteoma femoris). Es bestand Unbeweglichkeit in der linken Hüfte. Bei der Operation fand man unter dem Iliacus mächtige Knochensubstanz. Das funktionelle Resultat ist gut; aber neue Knochenbildung steht zu befürchten. Peritz.

Periodische Literatur.

Münchener medicinische Wochenschrift. Nr. 23. 1907.

1. Hammerl, Graz: **Autan, ein neues Raumdesinfektionsmittel.**

Versuche mit der Autandesinfektion wurden angestellt in einem Zimmer mit einer Anzahl von Einrichtungsgegenständen; eine Abdichtung des Raumes wurde nicht vorgenommen.. Testobjekte waren Seidenfäden, welche mit 48stündigen Bouillonkulturen von Bakterium coli und Staphylokokken getränkt und dann im Brutschrank getrocknet waren. Außerdem kamen Baumwollfleckchen zur Verwendung, die in eine dichte Kotaufschwemmung gelegt und dann getrocknet waren. In einem Teil der Versuche wurden die Proben frei in Petrischalen ausgelegt, in der Mehrzahl waren sie zum Schutz gegen Verunreinigungen in steriles Fließpapier eingewickelt. Nach Einwirkung der Dämpfe



wurden die Testobjekte in Bouillon verimpft. Die Versuche ergaben: In drei ganz gleich angestellten Reihen wurden von den eingewickelten Proben 17, 15 und 12% der Proben soweit sterilisiert, daß nach Einbringung derselben in Bouillon keine Entwicklung mehr stattfand; von den frei in Petrischalen ausgelegten Proben wurden einmal 37%, ein andermal 54% abgetötet und darunter nicht einmal alle mit Kulturen infizierte Seidenfäden, an welchen manchmal die Bakterien durch die Schädlichkeit des Austrocknens allein absterben. Es ergibt sich daraus im Vergleich zur Formolzerstäubungsmethode eine zweifellose Minderwertigkeit des Autanverfahrens. Die Ueberlegenheit der Formalinspraymethode ist wohl auf die weitaus beträchtlichere Uebersättigung des Luftraumes mit Wasserdämpfen zurückzuführen. Ein großer Nachteil des Autanverfahrens ist auch sein hoher Preis; es ist um das sechs- bis zehnfache teurer als das Formolsprayverfahren. Danach befindet sich das Autanverfahren gegenwärtig noch nicht in einem für die allgemeine Einführung spruchreifen Stadium; immerhin aber ist mit der Herstellung dieses Präparates ein Weg beschritten, der Aussicht gewährt, daß in nicht allzuferner Zeit die Raumdesinfektion wesentlich vereinfacht werden kann.

2. Berger, Hamburg-Eppendorf: **Ueber Magenerrosionen.**

Die Errosionen der Magenschleimhaut lassen sich in zwei Gruppen unterbringen:

1. a) Errosionen der Magenschleimhaut infolge von Zirkulationsstörungen;
   b) Errosionen der Magenschleimhaut infolge des Einwirkens bakterieller oder toxischer Schädlichkeiten.
2. Errosionen der Magenschleimhaut als selbständiges klinisches Krankheitsbild,
   a) Einhornsche Krankheit,
   b) die Exulceratio ventriculi simplex.

Während bei den ersten beiden Gruppen in der Mehrzahl der Fälle die Symptome von seiten des Magens mehr in den Hintergrund treten oder gleichzeitig mit den Symptomen einer andern Organerkrankung oder einer Allgemeininfektion auftreten, bieten die Einhornsche Krankheit und die Exulceratio ventriculi simplex ein klinisch gut umschriebenes Krankheitsbild, dessen Diagnose bei genauer Beachtung der Anamnese und des objektiven Befundes möglich ist, und das sich gegenüber dem Ulcus ventriculi gut abgrenzen läßt.

Als subjektive Beschwerden werden bei der Einhornschen Krankheit Magenschmerzen, Gefühl der Schwäche und Abmagerung angegeben. Die Schmerzen stellen sich gleich nach der Nahrungsaufnahme ein, halten einige Stunden an und verschwinden dann langsam; häufig treten für verschieden lange Zeiten schmerzfreie Pausen auf, mit denen das Gefühl vollkommenen Wohlbefindens verbunden ist. Die Abmagerung ist besonders in der ersten Zeit der Erkrankung hochgradig, da die Patienten sich aus Furcht vor den Schmerzen jeder Nahrungsaufnahme enthalten. Mit der Abmagerung geht Hand in Hand das Gefühl der Schwäche, der Unlust zur Arbeit, die Abnahme der körperlichen Kraft. Oefters ist Brechneigung zu beobachten, selten wirkliches Erbrechen. Die mechanische Tätigkeit des Magens bietet nichts von der Norm abweichendes; ebensowenig zeigt der Chemismus des Magens ein charakteristisches Verhalten. Das einzig objektive Symptom der hämorrhagischen Magenerrosionen ist das Vorkommen kleiner Schleimhautfetzchen in der bei nüchternem Magen gewonnenen Spülflüssigkeit; die Häufigkeit des Vorkommens und die fast regelmäßige Vielheit der gefundenen Stückchen ermöglicht die Diagnose. Ohne Kontrolluntersuchung des nüchternen Magens kann die Differentialdiagnose gegenüber Ulcus ventriculi und Magenneurosen sehr schwierig sein. Der Verlauf der Erkrankung ist ein äußerst langwieriger; große Neigung zu Rückfällen besteht; die sonst quoad vitam günstige Prognose kann durch Blutungen aus arrodierten Gefäßen verschlechtert werden. Die Behandlung zerfällt in eine lokale und allgemeine; Spülungen mit Höllensteinlösungen 1—2:1000, große Bismutdosen, Regelung der Diät.

Im Gegensatz zur Einhornschen Krankheit verläuft das als Exulceratio ventriculi simplex bezeichnete Leiden ganz akut. Bei anscheinend ganz gesunden Individuen, die vorher nie über Magenbeschwerden geklagt haben, treten plötzlich aus voller Gesundheit profuse und öfters wiederkehrende Magenblutungen auf. Bei der Sektion findet sich als Grund der Blutung mitunter eine kleine arrodierte Arterie am Grund eines Geschwürchens, mitunter ist dieser Nachweis nicht zu führen. Zwei Fälle dieser seltenen Affektion werden mitgeteilt. In beiden setzte die Erkrankung ganz akut, ohne daß je vorher irgendwelche Beschwerden bestanden hatten, aus voller Gesundheit heraus mit profusem Blutbrechen ein, das sich in kurzen Intervallen wiederholte. Subjektive oder objektive Erscheinungen, die auf eine Affektion des Magens hindeuten, waren sonst während der Dauer der Krankheit nie vorhanden; außer Klagen über Schwäche bestand keinerlei Krankheitsgefühl. Die Blutungen führten in beiden Fällen in kurzer Zeit zu schwerer sekundärer Anämie; das Blut zeigte am 9. resp. 17. Tage schon perniziöse Veränderungen. Die Krankheit dauerte im ersten Falle 12, im zweiten 20 Tage und endete tödlich. Bei der Autopsie wurden ziemlich zahlreiche, ganz oberflächliche Substanzverluste an der Magenschleimhaut gefunden, im zweiten Falle zeigte solche auch die Schleimhaut des oberen Dünndarms; arrodierte Gefäße wurden trotz genauesten Suchens nicht entdeckt. Bei solchem Befund erweist sich eine chirurgische Therapie von vornherein als illusorisch. In den vorliegenden Fällen wurde die Lehnhartzsche Ulkusdiät in Verbindung mit Darreichung von Bismut angewandt; beim ersten Fall, der an Embolie der Lungenarterie zu Grunde ging, wurde während der sich über fünf Tage erstreckenden Krankenhausbeobachtung hierbei kein Wiederkehren der Blutung gesehen.

3. Bittorf, Breslau: **Druckschmerzhaftigkeit des Hodens bei Nierensteinen.**

Während eines Nierensteinkolikanfalles besteht eine außerordentlich erhöhte Empfindlichkeit des gleichseitigen Hodens für selbst geringen Druck; mit Schwinden des Anfalls und der Kolikschmerzen verschwindet auch die Druckempfindlichkeit. Bestehen die Schmerzen vermindert fort, oder ist durch Nierengriesbildung eine dauernde Nierenschmerzhaftigkeit vorhanden, so besteht meist geringe Hodenempfindlichkeit fort, die in ihrer Intensität den Schwankungen der Nierenbeschwerden parallel geht. Bedeutung erhält das Symptom bei rechtsseitigen Schmerzen, wenn nach Art derselben und sonstigem objektiven Befund die Diagnose zwischen Gallen- und Nierensteinen schwankt; dann spricht die gleichseitige Druckschmerzhaftigkeit des (sonst gesunden) Hodens entschieden für Nierensteine. Die Ursache des Symptoms ist wahrscheinlich in einer Reizung des Plexus spermaticus zu suchen. Dementsprechend tritt bei Frauen eine Druckschmerzhaftigkeit des Ovariums der gleichen Seite auf.

4. Mann, Dresden: **Ueber einige Fälle von Erkrankungen der Luftröhre und der Bronchien, diagnostiziert mit Hilfe der Kilianschen Tracheo-Bronchoskopie.**

Zwei Fälle betreffen diffuse Erkrankungen der Trachea mit abnormen Knorpelbildungen, die wahrscheinlich mit einem bestehenden Ozänaprozeß in Zusammenhang standen. Von den Fällen mit umschriebenen Veränderungen der Trachea betrifft einer eine Säbelscheidentrachea bei Struma, ein weiterer eine hochgradige Stenose der Trachea kurz oberhalb der Bifurkation, vielleicht bedingt durch geschwollene tuberkulöse Bronchialdrüsen. In den folgenden zwei Fällen erwies sich die Trachea intakt, während die Hauptbronchien auffallende Veränderungen zeigten. Bei dem ersten Patienten blieb nach einer Lungen- und Brustfellentzündung starke Atemnot zurück, wozu sich nach einiger Zeit totale Heiserkeit gesellte. Es fand sich eine Gaumen- und Kehlkopflähmung links und starke Kompression des linken Hauptbronchus; wahrscheinlich hatten tuberkulöse oder anthrakotische Lymphdrüsen am Lungenhilus zu der Kompression des Bronchus und zur Schädigung des Rekurrens geführt. Der zweite Patient litt seit einigen Jahren an starkem Hustenreiz, für den bei völligem Fehlen anderer Symptome eine Erklärung nicht zu finden war; die Bronchoskopie ergab im einen Hauptbronchus einen kleinen Tumor, der sich als Karzinom erwies, und in kleinen Stückchen abgetragen werden konnte.

5. Kalb, Erlangen: **Ein Beitrag zum sogenannten Handgang infolge spinaler Kinderlähmung.**

Es handelt sich um ein Kind mit Lähmung der linken schrägen Bauchmuskulatur, beider Hüft- und Kniestrecker und beider Adduktoren; die Lähmung ist als Poliomyelitis anterior zu



deuten. Ein langgestreckter Entzündungsherd muß die linken Vorderhörner der vier letzten Dorsalsegmente betroffen haben; außerdem hat eine große doppelseitige Entzündung in den Vorderhörnern des dritten bis fünften Lumbalsegmentes stattgehabt, wodurch die Nervenkerne der Glutäal-, Adduktoren- und Quadricepsmuskulatur zerstört worden sind. Das Fehlen der Glutäi und des Quadriceps beiderseits verweist den Patienten für seine Marschübungen auf eine Grundstellung, welche ungefähr einer extremen Kniebeuge entspricht; hierbei werden instinktiv die Hände zur Fortbewegung mitbenutzt; die Gangart wird die des jungen Vierfüßlers, der Galopptypus. Durch die ausgesprochene Leistungsfähigkeit der Rückenmuskulatur wird aber der Typus der Bewegung noch modifiziert, es wird etwas vom Hüpfen des Frosches hineingebracht. Die Gangart des Patienten wird zu einem Mittelding zwischen dem Galopp eines jungen Säugetiers und dem Hüpfen eines Frosches. Aus der Ruhestellung bewegt er sich dadurch vorwärts, daß er durch Anspannen der Rückenmuskulatur den Vorderkörper hebt und dann die Hände möglichst weit nach vorn auf den Boden aufsetzt. Dabei ist Hüfte und Kniegelenk nicht durch aktive Muskelkraft, sondern nur durch extreme Beugung dieser Gelenke festgestellt. Es folgt dann der zweite Akt. Das Körpergewicht wird möglichst weit nach vorn gelegt, die hintere Extremität entlastet und nun der Hinterkörper durch kräftige Kontraktion der Wadenmuskulatur nach vorn gestoßen; während des Sprunges der Hinterhand ist die Vorderhand fest auf dem Boden aufgesetzt. Nach dem Sprung ist die Ruhestellung wieder erreicht, und die dreiteilige Bewegung beginnt von neuem. In dieser Weise konnte der kleine Patient sich mit unglaublicher Schnelligkeit vorwärtsbewegen und manchen sich auf normale Weise bewegenden Altersgenossen überholen. Die Therapie versuchte mittels Redressement die hochgradigen Kontrakturen in Hüfte und Knie zu beseitigen, was mit wiederholten Gipsverbänden gelang; der kleine Patient konnte schließlich mit Unterstützung des Rumpfes aufrecht stehen und sogar einige Schritte gehen. Es ist beabsichtigt, die passiv erreichte Streckung im Knie durch Transplantation des Sartorius und eines Bizepszipfels an die Quadricepssehne auch aktiv zu ermöglichen. Im Hüftgelenk erscheint eine Transplantation nicht möglich, hier muß ein Stützapparat die erreichte Streckstellung weiter gewährleisten.

6. Theilhaber, München: **Die Variationen im Bau des normalen Endometrium und die chronische Endometritis.**

Verf. hat etwa 100 Schleimhäute von Uteris von Frauen verschiedenen Alters, mit verschiedenen Genitalaffektionen, mit gesunden Genitalien und von gesunden Kindern untersucht. Bei ganz gesunden Frauen, die nie Ausfluß oder Blutungen hatten, fanden sich häufig alle die Bilder, die bisher als charakteristisch für die Endometritis glandularis hypertrophica und hyperplastica geschildert wurden. Die gleichen Bilder fanden sich häufig auch bei Frauen, die über Ausfluß oder Blutungen klagten; recht oft boten dieselben aber auch Bilder, die vollständig denen glichen, die bisher als charakteristisch für die Beschaffenheit der normalen Uterusschleimhaut beschrieben wurden. Auch bei Uteris von Kindern im ersten Lebensjahr fanden sich öfter reichliche Verästelungen der Drüsen. Verdickungen und Schlängelungen der Drüsen, größere Reichlichkeit derselben fanden sich vor bei allen Schleimhäuten, die in der prämenstruellen Zeit ausgeschabt worden waren, während bei den Ausschabungen der postmenstruellen Zeit die Drüsen meist dünner und weniger geschlängelt erschienen. Bemerkenswert ist weiter, daß am gleichen Uterus die Textur an verschiedenen Stellen verschieden war, daß oft dicht neben einer Stelle, die sich durch einen großen Reichtum an Drüsen und starker Schlängelung derselben auszeichnete, gleich daneben andere Stellen fanden, die sehr drüsenarm waren, bei denen die Drüsen schmal und eng erschienen. Für die Schätzung der Menge der Drüsen kommt sehr in Betracht, in welcher Schicht der Schleimhaut der Schnitt gelegt ist; das gleiche gilt für die Schätzung ihrer Weite. Verf. glaubt danach, daß es weder eine Endometritis glandularis hyperplastica noch eine Endometritis glandularis hypertrophica gibt, daß aus der Menge der Drüsen, aus ihrer Form, aus ihren Verästelungen usw. entgegen den bisherigen Anschauungen ein Schluß auf einen entzündlichen Zustand der Schleimhaut nicht gezogen werden kann. Die Atrophie der Drüsen und Verbreiterung des Zwischengewebes (vielfach als „Endometritis interstitialis“ und „Endometritis atrophicans“ bezeichnet) findet sich in Wirklichkeit sehr häufig bei gesunden Frauen als physiologischer Altersprozeß. Dagegen findet man bei gonorrhoischen Endometritiden häufig sehr reichliche Anhäufung von Rundzellen, so daß ein Zusammenhang zwischen Rundzellenanhäufung und Endometritis gonorrhoica nicht zu bezweifeln ist. Gleiche Rundzellenanhäufung findet sich oft bei Ausschabungen, die einige Zeit nach Ablauf eines Abortes vorgenommen waren. Verf. unterscheidet mehrere Arten von Ausfluß: bei dem durch Gonorrhoe bedingten läßt sich häufig eine Endometritis interstitialis nachweisen; alsdann findet sich reichliche Anhäufung von „Eiterzellen“ im Bindegewebe. Ein ähnliches Verhalten findet sich auch nach Aborten nicht selten. Bei dem nicht durch Gonorrhoe bedingten Ausfluß bemerkt man an der ausgeschabten Schleimhaut meist keine wesentlichen Strukturveränderungen; er ist meist hervorgerufen durch Störungen in der Zirkulation (Folge von chronischer Metritis, Insufficientia uteri, Exzessen in venere, psychischen Erregungen, mangelhafter Zirkulation infolge von Bleichsucht, Anämie usw.). Abnorme Blutungen kommen manchmal zustande durch partielle polypöse Wucherungen der Schleimhaut, Adenome usw., aber nicht durch diffuse Entzündungen der Mukosa; chronische Metritis, Zirkulationsstörungen im Uterus usw. rufen sie meist hervor.

7. Ritschl, Freiburg i. B.: **Ueber Fingerbeugekontraktur infolge von traumatischer Strecksehnenspaltung.**

Beugekontrakturen der Finger infolge des Herabgleitens der Strecksehnen von den Kapitula der Metakarpalknochen kommen häufiger vor bei Personen mit Gelenkrheumatismus und Arthritis deformans. Verschiebungen der Fingerstrecksehnen bei intaktem Skelett sind selten beobachtet; gewöhnlich rutschte dabei die Strecksehne ulnarwärts vom Kapitulum herab und verlor die Fähigkeit, das Grundgelenk voll zu strecken. Verf. beobachtete nun eine Beugekontraktur eines Fingers infolge traumatischer Spaltung der Strecksehne. Die betreffende Patientin verspürte bei angestrengtem Rudern plötzlich einen heftigen Schmerz an der Streckseite des kleinen Fingers, wonach sich in gesteigertem Maße ein Zurückbleiben des Fingers bei der Streckung entwickelte. Verf. legte die Sehne frei und fand dieselbe in der Ausdehnung von 3 cm in zwei etwa gleiche Hälften gespalten, zwischen denen wie in einem Knopfloch das prominente Kapitulum des fünften Metakarpus erschien. Durch Naht der Sehne wurde die Funktion wiederhergestellt.

8. Knauth, Würzburg: **Der diagnostische Wert der Gruber-Widalschen Reaktion bei Prüfung von Versorgungsansprüchen.**

Bei einem Manne entwickelte sich eine Atrophie der rechten oberen Gliedmaße als Folgezustand einer Syringomyelie, die auftrat nach einer akuten Infektion, die vom behandelnden Arzt als typhöse gedeutet war. Da die Infektion angeblich während einer militärischen Uebung akquiriert war, wurden Versorgungsansprüche erhoben. Auf Grund des negativen Ausfalls der Gruber-Widalschen Reaktion bei der Nachuntersuchung glaubte Verf. das Ueberstehen eines Typhus verneinen zu können und wies den Versorgungsanspruch als unbegründet ab.

9. Federschmidt, Dinkelsbühl: **Ein Fall von Tetanus traumaticus behandelt mit Tetanus-Antitoxin „Höchst“.**

Der betr. Patient zog sich beim Pflügen eine Verletzung an der Hand zu; nach vier Tagen stellte sich im Nacken ein Gefühl krampfhafter Zusammenziehung ein, das sich auf den Hals ausbreitete; trotzdem arbeitete Patient noch sieben Tage. Dann trat Steifigkeit der Kaumuskeln ein und allmählich krampfhafte Zusammenziehung der Muskeln des Rückens und der unteren Extremitäten mit zeitweiligen konvulsivischen Zuckungen. 18 Tage nach Beginn der Krankheitssymptome wurden 20 ccm Tetanusserum mit 100 A. E. in drei Portionen injiziert, worauf eine auffallende Besserung einsetzte, die in wenigen Wochen zu völliger Heilung führte.

10. Goldschmidt, München: **Ueber akute Zitrophenvergiftung.**

Nach Einnahme von vier Zitrophenpulvern a 1 g kurz hinter-

einander, entwickelte sich bei einer Patientin ein kollapsähnlicher Zustand mit starkem Frostgefühl, Schweißausbruch auf der Stirn und Atemnot; Gesicht und Hände, besonders die Fingerspitzen waren blaurot verfärbt und kalt anzufühlen, der Puls ca. 120, klein und arrhythmisch, die Temperatur subnormal. Unter Anwendung von Analepticis wurde bald Besserung erzielt, doch blieb die blaurote Verfärbung noch fast 24 Stunden bestehen; Reizerscheinungen seitens des Darmes und der Nieren traten nicht auf. Verf. plädiert danach dafür, daß das Zitrophen, ein brauchbares und verhältnismäßig ungiftiges Mittel, wenn es in mäßiger Dosierung verschrieben wird, vom freihändigen Verkauf in den Apotheken ausgeschlossen wird.

11. Determann, Freiburg i. B.: **Ein einfaches, stets gebrauchsfertiges Blutviskosimeter.**

Verf. gibt eine weitere Vereinfachung seines d. W. 1906, Nr. 19, beschriebenen Verfahrens der Viskositätsbestimmung des Blutes an, welche die Anwendung eines Thermostaten und eines bestimmten Manometerdruckes entbehrlich macht, wodurch das Verfahren jederzeit am Krankenbette geübt werden kann. Der an Abbildungen beschriebene Apparat ist erhältlich bei B. B. Cassel, Frankfurt a. M.

12. Neumann und Fellner: **Ueber den Einfluß des Choleins und der Röntgenstrahlen auf den Ablauf der Gravidität.**

Erwiderung auf den Artikel von v. Hippel und Pagenstecher in Nr. 10 d. W.

13. Barany, Wien: **Die Untersuchung der reflektorischen vestibulären und optischen Augenbewegungen und ihre Bedeutung für die topische Diagnostik der Augenmuskellähmungen.**

Unter Analyse einer Reihe von Krankenbeobachtungen kommt Verf. zur Aufstellung folgender Sätze:

1. Die langsame Bewegung des vestibulären Nystagmus ist in den primären Augenmuskelkernen ausgelöst.

2. Die Assoziation der langsamen vestibulären Augenbewegungen geschieht durch entsprechende Verteilung der vom Deiterschen Kern ansteigenden vestibulären Bahnen.

3. Die rasche Bewegung des vestibulären Nystagmus ist in den bezüglich ihrer Lage hypothetischen Blickzentren ausgelöst.

4. Eine Zerstörung der primären Kernregion resp. des peripheren Nerven hebt jede Art von Augenbewegung im Bereiche der betroffenen Muskeln auf, läßt aber willkürliche, reflektorische, optische und vestibuläre Augenbewegungen außerhalb der getroffenen Teile vollkommen ungestört.

5. Eine doppelseitige Untersuchung der Vestibularisfasern von ihrer Endigung in den primären Kernen hebt die vestibulären Augenbewegungen vollständig auf, läßt jedoch die optischen, reflektorischen, sowie die willkürlichen Augenbewegungen intakt (Taubstummheit durch Meningitis).

6. Eine doppelseitige Unterbrechung der Bahn zwischen Blickzentrum und primären Augenmuskelkernen resp. eine Zerstörung des Blickzentrums selbst, läßt die langsame vestibuläre Augenbewegung ungestört, ebenso die Dauerinnervation der Augenmuskeln durch starke vestibuläre Reize, hebt jedoch die optischen, reflektorischen, sowie die willkürlichen Augenbewegungen auf. Dementsprechend tritt bei geeigneten vestibulären Reizen eine unwillkürliche Drehung der Augen bis zur maximalen Seitenwendung ein.

7. Doppelseitige Unterbrechung der Willkürbahn für die Augenbewegungen oberhalb des Blickzentrums hebt die willkürlichen Augenbewegungen auf, läßt jedoch den vestibulären Nystagmus und bei erhaltenem Bewußtsein und erhaltener Konzentrationsfähigkeit der Aufmerksamkeit vermutlich auch den optischen Nystagmus intakt.

8. Einseitige Unterbrechung der Bahn zwischen Blickzentrum und primären Augenmuskelkernen bewirkt Blicklähmung für willkürliche Bewegungen nach der kranken Seite, eventuell mit Deviation der Augen zur gesunden Seite. Läßt man einen vestibulären Reiz wirken, der normaliter Nystagmus zur kranken Seite machen sollte, so zeigt sich eine Deviation der Augen zur gesunden Seite, und es tritt entweder nur sehr schwacher oder kein Nystagmus zur kranken Seite auf; läßt man einen vestibulären Reiz wirken, der Nystagmus zur gesunden Seite macht, so können während der Dauer des Reizes die Augen willkürlich nach der kranken Seite bis zur extremen Seitenwendung gewendet werden, resp. sie werden unwillkürlich bei Ausschluß der Willkürbewegungen (durch eine Brille mit matten Gläsern, durch gleichzeitige Amaurose des Patienten) nach der kranken Seite, eventuell bis zur maximalen Seitendrehung gewendet.

14. Perutz, München: **Ueber abdominale Arteriosklerose (Angina abdominis) und verwandte Zustände.**

(Schluß aus Nr. 22.)

Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. Die Arteriosklerose kann zu heftigen anfallsweisen Schmerzen im Leib führen, die einen kolikartigen Charakter, manchmal auch angina-pectorisartige Züge tragen oder direkt in Anfälle von Angina pectoris übergehen.

2. Die Anfälle werden meist ausgelöst durch einen Krampf der kleinen Darmgefäße und ein damit verbundenes Ansteigen des Blutdruckes (Gefäßkrisen). Der Sitz des Schmerzes ist wahrscheinlich der Sympathikus, dessen Grenzstränge in den meisten Fällen eine exzessive Schmerzhaftigkeit besitzen, und die mesenterialen Nervengeflechte.

3. Außer anatomischen Veränderungen am Gefäßapparat können auch funktionelle Störungen (Nikotin und andere Gifte) solche Krampfzustände hervorrufen.

4. Die Erkennung ist oft schwierig und kann erst auf Grund längerer Beobachtung gestellt werden. Ein wesentliches Hilfsmittel dabei bildet die Beeinflussung dieser Zustände durch Diuretin und andere Gefäßmittel.

Nr. 24. 1907.

1. Stadelmann und Wolf-Eisner, Berlin: **Ueber Typhus und Kolisepsis und über Typhus als Endotoxinkrankheit.**

(Nicht abgeschlossen.)

2. Tiedemann und Nambu, Straßburg: **Beitrag zum klinischen und anatomischen Bild der Lues cerebrospinalis.**

Die betr. Patientin, die wahrscheinlich eine Lues akquiriert hatte, bekam eine allmählich auftretende, im Laufe von Jahren zunehmende atrophische Lähmung der Beine und Arme, mit zeitweiser Steigerung der Reflexe an den Beinen, Mastdarm- und Blasenstörungen, ausstrahlenden Schmerzen und Druckempfindlichkeit der Muskeln, wozu sich zuletzt auch eine hochgradige Hyperästhesie der Haut gesellte. Daneben bestand eine ausgesprochene Ataxie an Armen und Beinen; ferner zeitweise unstillbares Erbrechen, das jede Nahrungsaufnahme unmöglich machte, ähnlich wie tabische Magenkrisen. Von zerebralen Symptomen waren sehr heftige Kopfschmerzen, reflektorische Pupillenstarre und unvollkommene Fazialisparese vorhanden. Auffällig war die ausgesprochene Ataxie, während von Sensibilitätsstörungen nur allmählich zunehmende Hyperästhesie, keine Herabsetzung für die verschiedenen Qualitäten der Empfindung nachweisbar war. Trotzdem die Patientin schon sieben Jahre vor Aufnahme in die Klinik die ersten Zeichen der Erkrankung bemerkt hatte, brachte eine antisyphilitische Kur zeitweise eine wesentliche Besserung zuwege. Dann setzte eine rapide Verschlimmerung der Symptome ein, und ehe eine erneute Quecksilberkur zu Ende geführt war, trat der Exitus ein. Auf Grund der Anamnese, des Erfolgs der antisyphilitischen Behandlung wurde eine luetische Erkrankung angenommen und das Krankheitsbild als Lues spinalis, als eine Pseudotabes syphilitica angesprochen.

Die mikroskopische Untersuchung der nervösen Zentralorgane zeigte vor allem eine entzündliche Affektion der Meningen im Bereiche der Hirnbasis und des ganzen Rückenmarks. An der Hirnbasis zeigte die Pia mater an einer Stelle einen zirkumskripten, im Zentrum erweichten und mit einigen Riesenzellen versehenen Herd, der als Gumma anzusprechen war. Am Rückenmark waren die inneren Meningen an den dorsalen Partien über weite Strecken hin stark schwielig verdickt und in den übrigen Partien wenigstens kleinzellig infiltriert. Im mittleren Dorsalmark war auch die Dura verdickt, in ihren inneren Schichten kleinzellig infiltriert und von Hämorrhagien durchsetzt, wozu noch Psammomformation an der hinteren Fläche trat. Die Meningealgefäße waren im all



gemeinen verdickt, und zwar infolge kleinzelliger Infiltration ihrer Adventitia sowie einer deutlichen Wucherung ihrer Intima. Die großen Arterien der Hirnbasis im Bereiche der Meningealaffektion, die Arteria basilaris und vertebralis zeigten Intimawucherung, Infiltration der Adventitia und Verdoppelung der Membrana elastica, das Bild der Endarteriitis obliterans. Am Rückenmark speziell fand sich eine periphere, meist nur ganz oberflächliche, von der Meningitis herrührende Rindendegeneration und eine ziemlich starke Degeneration der Hinterstränge des Hals- und Lendenmarkes. Diese Degeneration der Hinterstränge ging nicht parallel der Meningealaffektion. Die in die erkrankten Meningen eingeschlossenen Nervenwurzeln zeigten deutliche entzündliche Infiltrationen, an ihren Fasern waren Veränderungen nicht nachzuweisen. Was die Deutung der Natur dieser Affektion des Nervensystems betrifft, so zwingen wohl das kleine Gumma an der Basis, die weit ausgebreitete chronische Meningitis, die obliterierende Endarteriitis, die Degeneration in den Hintersträngen des Rückenmarks zu der Annahme eines syphilitischen Prozesses.

3. Schultze, Hamburg: **Zur Differentialdiagnose der menschenpathogenen Streptokokken.**

Schottmüller hat mit Hilfe von Blutnährböden, Blutagargemischen vier verschiedene Streptokokkenarten differenziert: 1. den Streptococcus longus s. erysipel, 2. den Streptococcus mitior s. viridis, 3. den Streptococcus mucosus, 4. den Streptococcus lanceolatus (Pneumococcus), die sich durch Größe und Aussehen der Kolonien, mehr oder weniger starke Hämolyse oder eigentümliche Verfärbung des Hämoglobins gut voneinander unterscheiden lassen. Fraenkel hat durch die Einführung des Lackmus-Nutrose-Agars nach Drigalski und Conradi eine noch präzisere Differenzierung ermöglicht. Verf. hat diese Untersuchungen nachgeprüft und ist zu einer völligen Bestätigung der Befunde gekommen. Die feinen, durch den charakteristischen hämolytischen Hof sofort zu erkennenden Kolonien des Streptococcus longus, die ungefähr gleich großen, durch ihre grüne Farbe ausgezeichneten Kolonien des Streptococcus lanceolatus ohne Resorptionszone, die üppig schleimigen Kolonien des Streptococcus mucosus sind mit ziemlicher Sicherheit schon makroskopisch auseinanderzuhalten und nur die nicht resorbierenden, ebenfalls grünschwarzen Kolonien des Streptococcus mitior können zu einer Verwechslung mit denen des lanceolatus Anlaß geben. Bei Zuhilfenahme des Lackmus-Nutrose-Agars ist aber auch die Unterscheidung zwischen diesen beiden eine scharfe. Während der Streptococcus mitior ein üppiges Wachstum zeigt und den blauen Nährboden intensiv rötet, wächst der lanceolatus nur kümmerlich, ohne den Nährboden zu verändern. Der Streptococcus mucosus zeichnet sich auch auf dem Drigalskischen Nährboden durch sein üppiges schleimiges Wachstum mit bis linsengroßen, häufig im Bereich des Impfstriches vollständig zusammenfließenden Kolonien aus, auch er verändert die Farbe des Nährbodens nicht, während der Streptococcus longus weniger intensiv wächst, wie der mitior, auch weniger den Nährboden rötet als dieser. Gegenüber Beitzke und Rosenthal, die mit dem Lackmus-Nutrose-Agar viel Mißerfolge hatten und deshalb diesen Nährboden als zur Differenzierung völlig ungeeignet erachten, verteidigt Verf. seine Befunde. Die von Levy auf Grund des gleichen Verhaltens des Lanzeolatus und Mukosus dem taurocholsauren Natrium gegenüber aufgestellte Behauptung einer Verwandtschaft beider erkennt er nicht an.

4. Sauerbruch, Greifswald: **Die Radikaloperation übergroßer Leistenhernien.**

Die Reserve bezüglich der Operation übergroßer Brüche erscheint begreiflich, weil es sich meist um ältere, oft dekrepide Individuen handelt, bei denen die gewöhnlichen Alterserscheinungen jede Narkose zu einer schweren Komplikation machen können; dazu kommt die Notwendigkeit einer drei- bis vierwöchigen Bettruhe, die von solchen Leuten schlecht vertragen wird; außerdem bringt die Operation eine Reihe technischer Schwierigkeiten — Auslösung des Bruchsackes, Trennung der eingewachsenen Därme und des Netzes, vor allem den Verschluß der weiten Bruchpforte —, die den unmittelbaren wie dauernden Erfolg sehr häufig in Frage stellen. Trotzdem dürfte von der Verbesserung der operativen Technik eine Erweiterung der Indikation zur operativen Beseitigung solcher Herniae permagnae zu erwarten sein. Wichtig für solche Fälle ist zunächst eine Vorbereitungskur. An der Greifswalder Klinik wurde diese Vorbereitung in der Weise vorgenommen, daß die Patienten etwa 14 Tage nur flüssige Diät, außerdem zwei- bis dreimal täglich einen Löffel Rizinus erhalten; durch Erhöhung des Fußendes des Bettes wird der Patient in geringe Beckenhochlagerung gebracht; dabei wird schon am dritten oder vierten Tage nicht selten die Bruchgeschwulst kleiner; die Intestina schlüpfen durch Zug und Peristaltik allmählich spontan in die Bauchhöhle zurück; durch leichte Repositionsmanöver, Massage, komprimierende Einwicklungen können diese Vorgänge unterstützt werden; vorausgesetzt, daß keine Verwachsungen im Bruchsack bestehen, können so erstaunlich große Hernien zum Verschwinden gebracht werden. Die Operation selbst läßt sich weitaus einfacher und kürzer gestalten, als das sonst der Fall gewesen wäre. Der Ersatz der Allgemeinnarkose durch die Biersche Lumbalanästhesie bietet einen gewaltigen Vorteil. Eine sehr wesentliche Erleichterung kann man sich dadurch bei der Operation verschaffen, daß man prinzipiell auf die Auslösung des Bruchsackes verzichtet, dadurch wird die Operation außerordentlich abgekürzt und man vermeidet die bei Auslösung adhärenter Bruchsäcke so leicht auftretenden Hämatome. Nach Eröffnung des Bruchsackes wird der Inhalt revidiert, alle vorliegenden Netzpartien abgetragen; der Sack wird dann durch drei oder vier hintereinander angelegte innere Schnürnähte verschlossen. Schwieriger ist der Verschluß der oft über handtellergroßen Bruchpforte; die Fäden dürfen nicht unter zu großer Spannung verlegt werden; um eine zu starke Gewebsspannung zu vermeiden, empfiehlt sich als einfach und sicher die Verlagerung des unteren Rektusabschnittes. Bei Leuten über 60 Jahren mit atrophischem Hoden empfiehlt sich gleichzeitige Kastration mit Abtragung des Funikulus in Höhe der Bruchpforte. Verf. hat nach diesen Prinzipien acht solcher Hernien operiert; davon ist keiner gestorben, und alle sind bisher (bis zu 1 ½ Jahren) rezidivfrei geblieben.

5. Pfeiffer, Frankfurt a. M.: **Ueber Kropfverpflanzung und experimentellen Morbus Basedow.**

Verf. kommt auf Grund seiner Versuche zu folgenden Folgerungen:

1. Artfremde, d. h. menschliche Kropftumoren lassen sich bei Anwendung geeigneter Technik erfolgreich auf Tiere (Hunde, Ziegen) überpflanzen, so daß z. B. 127 Tage nach der Operation noch funktionierendes Kropfgewebe an der Einpflanzungsstelle (Milz) vorhanden ist. Am besten gelingt die Ueberpflanzung, wenn möglichst kurze Zeit zwischen Exstirpation des Kropfes und Implantation desselben ins Tier verfließt.

2. Das eingeheilte menschliche Kropfgewebe scheint eine Pulsbeschleunigung beim Tier herbeizuführen, die bei Verwendung von Basedowstruma anscheinend größer ist als bei Verwendung gewöhnlicher Strumen. Weitere basedowähnliche Erscheinungen sind bei den sechs Versuchstieren, auch bei Einpflanzung beträchtlicher Mengen von Kropfgewebe, während der Beobachtungszeit nicht aufgetreten.

3. Nachdem der Nachweis einer erfolgreichen Uebertragung von menschlichem Kropfgewebe auf Tiere in mehreren Fällen erbracht ist und leichte Veränderungen bei den operierten Tieren während der kurzen Beobachtungszeit sichergestellt sind, scheint es keineswegs aussichtslos zu sein, in einer größeren Versuchsreihe und in längerer Beobachtungszeit der Schilddrüsentheorie beim Morbus Basedow auf diesem Wege noch weiter näherzutreten.

6. Blennberg, Berlin: **Ueber ein diagnostisches Symptom bei Appendizitis.**

Beim Druck der palpierenden Hand und beim plötzlichen Abheben derselben werden so verschiedene Wirkungen ausgeübt, daß es nötig ist, diese beiden Momente in ihrer schmerzauslösenden Wirkung stets getrennt zu betrachten, d. h. zunächst einen Druck auf die zu untersuchende Stelle des Abdomens auszuüben und den Patienten zu fragen, ob es schmerzt, dann nach erhaltener Antwort die palpierende Hand plötzlich abzuheben und nun sich vom Patienten sagen zu lassen, ob es im Moment des Abhebens geschmerzt habe, resp. welcher Schmerz größer gewesen sei. Bei allen Fällen seines Materials konnte Verf., wo eine frische Erkrankung des Peritoneums oder eine neue Attacke einer alten

Entzündung des Peritoneums aus den klinischen Erscheinungen oder aus dem Befunde bei der vorgenommenen Laparotomie angenommen werden mußte, einen überaus heftigen Schmerz bei plötzlichem Abheben der palpierenden Hand konstatieren; die Patienten verzogen momentan schmerzhaft das Gesicht. Im frischen Appendizitisanfall gaben die Patienten mit Bestimmtheit an, daß der Schmerz beim plötzlichen Abheben der Hand größer sei als bei Druck; bei weniger heftigen entzündlichen Erscheinungen war der Schmerz bei beiden Prozeduren gleich, bei fortschreitender Heilung beim Abheben geringer als beim Druck, um schließlich beim Abheben nur noch andeutungsweise (wohl bei sich bildenden kurzen Adhäsionen) bestehen zu bleiben oder ganz zu verschwinden. Die Methode läßt sich mit größter Exaktheit anwenden, da es sich um den Vergleich der Intensität zweier Schmerzen handelt, welche Angaben von dem Patienten sehr zuverlässig gemacht werden. Da das Symptom peritonealen Ursprungs ist, so ist es nicht nur bei Appendizitis vorhanden, sondern auch bei andern Prozessen, die mit einer Entzündung des Peritoneums einhergehen, speziell bei peritonitischen Prozessen bei Adnexerkrankungen. Das Symptom läßt frühzeitig die Schwere der Erkrankung erkennen, bezüglich der Therapie in operativer wie konservativer Beziehung gibt es wichtige Hinweise. Sein Auftreten ist ein leicht zu erkennendes Warnungssignal, das besonders dann auf Gefahr hinweist, wenn das Phänomen sehr plötzlich und rasch nach Einsetzen der Erkrankung sich zeigt; sein allmähliches Abklingen der Intensität wie Extensität nach ist ein beruhigendes Zeichen, daß der peritoneale Prozeß im Rückgang begriffen ist. Die Vorteile dieser neuen Untersuchungsmethode bestehen darin, daß das Symptom in einfachster Weise das Fortschreiten des appendizitischen Prozesses erkennen läßt, daß es auch von dem wenig Geübten sehr leicht festzustellen ist, und daß es Rückschlüsse auf die Heftigkeit des entzündlichen Prozesses an jeder bestimmten Stelle des Peritoneums gestattet.

7. Stahr, Berlin: **Atypische Epithelwucherungen und Karzinom-Nachprüfung und Bewertung der Experimente von Fischer-Bonn.**

Den theoretischen Vorstellungen Fischers von einer offensichtlichen chemotaktischen Wirkung schließt sich Verf. nicht an und stimmt in dieser Hinsicht Jores (d. W., Nr. 18) bei, bewertet aber die experimentellen atypischen Wucherungen weit höher als es dieser letztere tut. Verf. sieht darin einen bedeutenden Schritt vorwärts auf dem Gebiete der Krebsforschung; er nimmt an, daß nicht nur ein „Reiz", sondern ein Komplex von Ursachen, unter denen die anatomische Beschaffenheit der Gegend eine große Rolle spielt, das Plattenepithel zur Proliferation gebracht hat — kontra Jores, der aus der starken Verhornung eine „effektive Schädigung" gefolgert hat.

8. Hecht, Wien: **Zur Erklärung des Auftretens grüner Stühle beim Säugling.**

Die Grünfärbung dyspeptischer Säuglingsstühle hat Wernstedt (Monatsschrift f. Kinderheilkunde, Bd. IV, 1905) auf ein biliverdinbildendes oxydierendes Ferment zurückgeführt, das er durch Rötung einer Guajaklösung nach Zusatz von Wasserstoffsuperoxyd nachwies; als Träger dieser Peroxydasereaktion betrachtete er den Schleim im Stuhl resp. die in demselben enthaltenen Schleimkörperchen. Verf. hat eine Reihe von Untersuchungen in dieser Richtung angestellt, deren Ergebnisse er folgendermaßen zusammenfaßt:

1. Von der Oxydase allein kann die Oxydationsstufe des Gallenfarbstoffs in den Säuglingsstühlen nicht abhängen.

2. Dem sehr schwankenden, aber meist bedeutenden Reduktionsvermögen der Bakterien im Stuhl kommt ein wesentlicher Einfluß auf die Färbung desselben zu.

3. Die Oxydase kann nur dann ihre Wirkung entfalten, wenn die Reduktionsprozesse so geringfügig sind, daß keinerlei Reduktionsprodukte des Gallenfarbstoffs auftreten. Nimmt das Reduktionsvermögen an Intensität zu, dann enthält der Stuhl bereits etwas reduzierten Gallenfarbstoff, daneben aber vorwiegend Bilirubin. Die Darmbakterien behindern dann den Gallenfarbstoff an der Oxydation, so daß solche Stühle trotz ihres Gehalts an Oxydase Bilirubin enthalten.

4. Wodurch die Interferenzwirkung zwischen Oxydation einerseits und Reduktion andererseits bedingt ist, darüber lassen sich nur Vermutungen aufstellen. Die Oxydation ist wohl an die Schleimkörperchen und die Reduktion an die Bakterienmassen gebunden; es lassen sich aber weder quantitative noch qualitative durchgreifende Unterschiede in der Bakterienflora und im Schleimgehalt angeben, die im einzelnen Falle für die Farbe des Stuhles ausschlaggebend wären.

9. Jahr, Berlin: **Eine intraureterale Methode zur Lösung eingeklemmter Harnleitersteine und ihrer Herausbeförderung per vias naturales.**

Verf. hat an dem Nitzeschen „Harnleiterokklusivkatheter" einige Modifikationen vorgenommen, die an Abbildungen erläutert werden. Dieses Instrument wird bis an den Stein im Harnleiter herangeführt; dann wird der Ballon an der Spitze desselben durch Injektion von sterilem Wasser ausgedehnt und so zunächst das unmittelbar unter dem Stein befindliche Stück des Harnleiters erweitert. Bei reichlicherer Injektion erstreckt sich die Erweiterung des Ballons und damit des Harnleiters ein beträchtliches Stück über die Spitze des Katheters hinaus und wirkt auf die Einklemmungsstelle selbst. Die Einklemmung wird aufgehoben, der oberhalb des Steines durch Rückstauung angesammelte und den Harnleiter prall füllende Urin findet jetzt reichlich Platz, zwischen Stein und Harnleiterwand hindurchzudringen und abzufließen. Hat das Aufblähen des Ballons keinen Erfolg, fließt kein Urin ab, so kann das seinen Grund darin haben, daß die Spitze des Katheders den Stein nicht berührt, daß zwischen diesem und dem Ballon sich ein Stück kontrahierten Harnleiters befindet. Alsdann empfiehlt sich die Injektion von 2%iger Eukainlösung in den Raum zwischen Stein und Ballon, die hier ihre chemischen reizmildernden Eigenschaften entfalten und zugleich mechanisch die Dilatation des kontrahierten Harnleiters und Lockerung des eingeklemmten Steines bewirken kann. Während man früher in Anbetracht der Gefahren einer Operation und der Unzuverlässigkeit der unblutigen Methoden einen lokalen Eingriff bis zum Eintritt bedrohlicher Symptome hinausschob, empfiehlt Verf. die Anwendung seines Verfahrens in allen Fällen von Uretersteinkolik, in denen sich die Ausstoßung des Steines in die Blase verzögert, d. h. länger als vierundzwanzig Stunden dauert.

10. Neustätter, München: **Abnormes Lachen vom Auge ausgelöst.**

Verf. berichtet über fünf Fälle, bei denen sich mehr oder minder starke Lachausbrüche beim Augenspiegeln einstellten, die anscheinend als ausgesprochenes Reflexlachen anzusprechen waren.

11. Ipsen, Frankfurt a. M.: **Ueber argentoide Haarverfärbung.**

Bei einem wegen einer andern Affektion zur Beobachtung gekommenen Patienten fand sich eine eigentümliche Haarfärbung des Haupthaares, der Augenbrauen, des Schnurrbartes, der Schamhaare und der Haare der Achselhöhle. Die Grundfarbe der Haare war ein stumpfes Braungrau: dabei sahen dieselben aus, als ob eine zarte silbergraue Schicht von Staub oder Asche darüber gestreut wäre — argentoide Haarfärbung. Die Hautfarbe des Patienten war dunkelbrünett. Diese Haarfarbe bestand von Jugend auf; die Mutter und eine Schwester sollen dieselbe auch aufweisen, während der Vater und zwei Brüder dunkelbraunes Haar haben. Die Untersuchung der Haare ergab, daß keine Luftblasen in denselben waren; der Luftgehalt konnte also nicht die Ursache der argentoiden Färbung sein. Nur das Verhalten des Pigmentes konnte dafür verantwortlich gemacht werden. Dieses wies eine eigentümliche Anordnung auf. In dem der Haarwurzel zunächst gelegenen Haarteil fand sich gelöstes Pigment in den Haarzellen, ferner gekörntes Pigment in feinen Strichen oder kleinen Körnchen in reichlicher Menge. Im weiteren Verlauf des Haarschaftes nahm die diffuse Pigmentation ab, die Marksubstanz trat deutlich hervor und zeigte ein zerklüftetes Aussehen. In dem distalen Teil des Haarschaftes fehlte das gelöste Pigment völlig; die Marksubstanz war noch vorhanden, und sie ist es, die der fast völlig pigmentlos gewordenen Spitze des Haares eine

weißliche Farbe und damit dem ganzen Haare die argentoide Färbung verleiht.

12. Schwarz, Stuttgart: **Ueber den Nachweis von Zucker im Urin vermittels der Hainesschen Lösung.**

Verf. empfiehlt wegen Einfachheit der Handhabung und Zuverlässigkeit der Reaktion die Zuckerbestimmung vermittels der Hainesschen Lösung für den Praktiker. Das Reagens ist in folgender Form vorrätig zu halten und äußerst haltbar: Cupr. sulf. 2,0, Aq. dest. Glyzerin āā 15,0, 5%ige Kalilauge 150,0. Die Reaktion läßt an Schärfe nichts zu wünschen übrig und wird dadurch herbeigeführt, daß man einige Kubikzentimeter der Lösung zum Kochen bringt und nun Urin tropfenweise zusetzt. Ist Zucker vorhanden, so zeigt sich wie bei der Trommerschen Probe die ziegelrote Färbung, und zwar umso rascher und intensiver, je größer die Zuckermenge in dem betreffenden Urin ist. Bis zu einem gewissen Grade läßt sich auch eine qualitative Zuckerbestimmung mit der Hainesschen Lösung vornehmen. Tritt stark positive Reaktion bei einem einzigen Tropfen Urinzusatz zur erhitzten Lösung und daran anschließendem einmaligen Aufkochen ein, so beträgt der Zuckergehalt 2%, bei 2 bis 3 Tropfen 1 bis 2%. Bei 3 bis 5 Tropfen Urinzusatz und Eintritt der Reaktion bei mehrmaligem Aufkochen ist der Zuckergehalt auf 1 bis 0,5% zu taxieren; bei 5 bis 15 Tropfen auf 0,5 bis 0,2%, bei 20 Tropfen auf 0,1 bis 0,05%.

13. Kraft, Kissingen: **Pentose im Harn und Nachweis derselben.**

Die beste Methode zum Pentosenachweis im Harn ist die Bialsche, die aber genau nach Vorschrift auszuführen ist. Man erhitzt 5 ccm des Reagens bis zum Sieden, setzt sofort fünf Tropfen des verdächtigen Harns zu; bei Anwesenheit von Pentose tritt sofort ein tiefgrüner Ring in der oberen Zone des Harns auf, der sich, je nach der Menge der vorhandenen Pentose rasch nach unten verdickt. Die Bialsche Vorschrift zur Herstellung des Reagens lautet: Acid. hydrochlor. (spez. Gew. 1,151) 500 ccm, Orcin Merck 1 g, Liq. ferri sesquichlor. XXV gtts. Erhält man mit einem so zusammengesetzten Reagens eine Grünfärbung, so kann man sicher sein, daß man es mit Pentose und nur mit dieser zu tun hat. Der Harn wird, trotzdem er Fehling, Nylander etc. kräftig reduziert und mit Phenylhydrazin die Osazone liefert, keine Gärung mit Hefe geben und sich dem Polarisationsapparat gegenüber völlig negativ verhalten.

Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 21. 1907.

1. Engel, Budapest: **Klinische Untersuchungen über den Refraktionskoeffizienten des Blutserums.**

Der Refraktionsindex des Serums hängt mit seinem Eiweißgehalt annähernd quantitativ zusammen. Den Eiweißgehalt bezw. die Konzentration des Serums kann man mit einer klinischen Zwecken entsprechenden Zuverlässigkeit aus dessen Refraktionsindex erkennen. Die Bestimmung ist eine sehr einfache, erfordert nur einen Tropfen Blut und nimmt nur wenige Sekunden in Anspruch; sie eignet sich deshalb auch für klinische Untersuchungen; solche hat Verf. in größerer Zahl angestellt; er bestimmte den Refraktionskoeffizienten des Blutes bei Gesunden, Nierenentzündungen, Herzkrankheiten, Diabetes mellitus und insipidus, Lungentuberkulose, akuten Infektionskrankheiten, Leber-, Krebs-, Bluterkrankungen, Nervenkrankheiten. Die Untersuchungen ergeben, daß das refraktometrische Verfahren als das am meisten geeignete Verfahren zur Bestimmung der Hydrämie, d. h. zur Bestimmung der Zunahme des Wassergehaltes bezw. der Abnahme des Eiweißgehaltes betrachtet werden kann, da das refraktometrische Verfahren sowohl infolge seiner Einfachheit, leichter und rascher Ausführbarkeit, als auch infolge seiner Zuverlässigkeit all den bisher gebrauchten klinischen Untersuchungsmethoden überlegen ist. Es ersetzt keine der bisher geübten Blutuntersuchungsmethoden (ausgenommen die Bestimmung des spezifischen Gewichtes des Blutserums), doch werden die Befunde all dieser Methoden (Zählung der roten Blutkörperchen, Bestimmung des Hämoglobins, des spezifischen Gewichtes, des Gesamtnitrogens, der Gefrierpunktserniedrigung) durch dasselbe in sehr zuverlässiger Weise ergänzt. In manchen Fällen verschiedener Krankheiten konnte der Refraktometer diagnostische und prognostische Anhaltspunkte liefern, denen eine große Bedeutung zukommt.

2. Rautenberg, Königsberg: **Die Pulsation des linken Vorhofs und ihre Bedeutung.**

R. verteidigt gegenüber Minkowski die von ihm gegebene Deutung der vom Oesophagus aufgenommenen Kurve des linken Vorhofs.

3. Ascoli und Izar, Pavia: **Physiopathologische Wirkung kolloidaler Metalle auf den Menschen.**

Die intravenöse und subkutane Zufuhr geringer Mengen (3 bis 7 mg) stabilisierter kolloidaler Silber- und Platinlösungen ruft eine ganz erhebliche Steigerung der N-Ausfuhr hervor. Die genauere Bestimmung der verschiedenen Fraktionen des Schlacken-N zeigt, daß in erster Linie ein bedeutender Anstieg der Harnsäure stattfindet; die betreffenden Werte nähern sich Zahlen, denen man sonst nur in pathologischen Ausnahmefällen begegnet. Daneben gibt sich aber auch, etwas später einsetzend ein relatives Anwachsen des Harnstoff-N kund. Der Phosphorsäurestoffwechsel bleibt gänzlich unbeeinflußt. Danach bieten die kolloidalen Metalle ein Mittel, um den Stoffwechsel in ganz bestimmter Richtung zu beeinflussen. Erhitzen auf 120° hebt die physiologische Wirksamkeit der kolloidalen Metalle auf, so daß eine Sterilisation der einzuspritzenden Lösungen durch Hitze nicht zulässig ist. Die Wirkung von kolloidalem Platin und Silber auf den Stoffwechsel ist gleichartig. In einem Teil der angeführten Versuche trat Temperaturerhöhung auf. Das Ausbleiben einer solchen bei andern, trotzdem eine eingreifende Veränderung des Stoffwechsels bemerkbar war, läßt annehmen, daß eine ursächliche Beziehung zwischen Temperaturanstieg und Stoffwechselwirkung nicht besteht; beide Erscheinungen müssen als voneinander unabhängige Folgen der Zufuhr kolloidaler Metalle angesprochen werden.

4. Coenen, Berlin: **Die geschichtliche Entwicklung der Lehre vom Basalzellenkrebs.**

Als Endotheliome werden gewisse Geschwülste im Gesicht betrachtet, die gutartige, kugelige, von normaler Haut überzogene Tumoren von glatter, glänzender Oberfläche darstellten. Durch eingehende Untersuchungen solcher Geschwülste, besonders kleiner, nicht ulzerierter, konnte Verf. darlegen, daß die Bezeichnung Endothelium nicht richtig sei, daß es sich um Epitheliome handelte, und er konnte verschiedene als Zystepitheliome, Trichoepitheliome, einfache und drüsige oder zystische Basalzellenkrebse und Zylindrome charakterisieren. Gegenüber anderen Autoren, die bei gleicher Deutung dieser Geschwülste als Epitheliome dieselben kontinuierlich aus wuchernden Zellen des Rete Malpighi annehmen, räumte Verf. den epithelialen Anhangsorganen der Haut, den Hautdrüsen und Haarbälgen eine ätiologische Rolle ein und nimmt auf jeden Fall an, daß die Basalzellenkrebse subepithelial entstehen und die Verbindungen der Ausläufer dieser Geschwülste mit den Basalzellen der Deckschicht der Haut sekundär sind. Leitet man die Basalzellenkrebse von fertig entwickelten postembryonalen Hautdrüsen oder Haarbälgen ab, so muß man annehmen, daß infolge der Entdifferenzierung oder Anaplasie die Drüsen- oder Haarbalgzellen sich wieder rückbilden zu ihren Ausgangszellen, den Basalzellen; dabei bildet ihre Wucherung häufig drüsenartige Hohlräume. Sucht man aber die Genese auf embryonalem Gebiet, so kann man annehmen, daß bei der Bildung der epithelialen Anhangsorgane der Haut Basalzellen sich aus dem Verbande loslösten, ins Korium verschlagen und hier zum Geschwulstkeim wurden. Fraglich ist, ob der Basalzellenkrebs mit einer Störung in der Bildung oder im Schluß der fötalen Gesichtsspalten zusammenhängt.

5. Minor, Moskau: **Ueber das Quinquaudsche Phänomen und seine Häufigkeit bei Nichttrinkern und bei Alkoholismus, Hysterie, Tabes und andern nervösen Erkrankungen.**

(Schluß aus Nr. 18, 19, 20.)

Die sehr eingehenden und an einem großen Material vorgenommenen Untersuchungen bringen Verf. zu folgenden Schlüssen und Voraussetzungen:



1. Es ist anzuerkennen, daß das Quinquaudsche Phänomen für den Alkoholismus weder spezifisch noch pathognomisch ist, und daß es häufig in sehr starker Ausprägung bei mäßigen Trinkern und Abstinenten vorkommt.

2. Von Nervenkrankheiten kommt das Quinquaudsche Phänomen ziemlich selten bei Morbus Basedowii, Paralysis agitans, Arthritis deformans und andern Arthritiden und in gewissen Stadien frischer Apoplexien vor. Es fehlt vollständig bei alten Hemiplegien mit Kontrakturen (wahrscheinlich auch bei Muskelkontrakturen anderen Ursprungs), bei der Dupuytreuschen Kontraktur, bei Radialislähmung.

Aeußerst häufig, und zwar häufiger als bei den andern vom Verf. studierten Krankheiten, kommt dies Zeichen bei der Tabes vor. Auf die Tabes folgt in Bezug auf Häufigkeit und Ausprägung des Zeichens die Hysterie und dann erst der Alkoholismus.

3. Die Gegenüberstellung des Alkoholtremors dem Quinquaudschen Phänomen wird dadurch erschwert, daß ersterer in zwei Modifikationen auftritt: als temporärer, der sich nach starkem Abusus entwickelt, besonders am Morgen nach solchem Abusus bemerkbar wird, die Hände am Arbeiten hindert und nach erneutem, nunmehr mäßigem Genuß von Alkohol verschwindet, und als beständiger. Der temporäre Tremor kommt (in Rußland wenigstens mit seinem vorherrschenden Branntweinkonsum) fast ohne Ausnahme bei allen Alkoholikern vor, und in diesem Sinne dominiert er über den Quinquaud. Der beständige Tremor kommt beim Alkoholismus viel seltener als Quinquaud vor und ist ebenso wie andere Tremorformen eine von dem Quinquaudschen Phänomen ganz unabhängige Erscheinung, welche dem Auftreten des letzteren eher hinderlich als förderlich ist.

4. Es fehlen vorläufig genügende Gründe, das Quinquaud-Zeichen, ungeachtet der Häufigkeit seines Auftretens, als physiologisches Phänomen zu betrachten. Vieles spricht zu Gunsten der Annahme, daß es ein sehr feines Reaktiv auf die neuromuskuläre Ermüdbarkeit ist, ein feines Zeichen verschiedener hypotonischer Zustände.

5. Die von Lauschner beschriebene Erscheinung des Flimmerns der Mm. interossei findet völlige Bestätigung bei Tabeskranken. Jedoch führt eine eingehende Analyse der Verhältnisse des Flimmerns zu dem Quinquaudschen Phänomen nicht zu unbestreitbaren Resultaten, und die Frage, welche Muskeln letzteres hervorrufen, bleibt bis jetzt noch offen.

6. Es fehlen auch genaue Beweise, daß der Entstehungsort des Quinquaud in den Sehnenscheiden oder Gelenken liegt. Nach Versuchen mit der Stimmgabel kann man annehmen, daß es sich um ein akustisches Phänomen mit sehr großen Schwingungen handelt, daß es molekulare Vibrationen der Knochen sind, die sich von der Hand des Kranken auf die Knochen des Untersuchers resp. den Resonator übertragen.

7. Die beste taktile Untersuchungsmethode ist diejenige, wo die Hände in der Luft schweben mit leicht gebeugtem Ellenbogen, der etwas nach unten hängt; die Finger sind gespreizt, doch nicht gebeugt, sondern gestreckt. Die Fingerspitzen (des 2., 3. und 4.) stützen sich auf die Hand des Untersuchers unter einem Winkel von 45°.

Die beste akustische Methode besteht in der Benutzung eines Resonators in Form eines einfachen, von allen Seiten verschlossenen Kästchens aus weichem Holz, welches auf den Tisch gestellt wird, und auf dessen obere Fläche die Finger und das Phonendoskop aufgesetzt werden. Die akustische Methode in dieser Form scheint bequemer, genauer, einförmiger und produktiver zu sein.

6. Marx, Berlin: **Praktische Kriminalpsychologie.**

Verf. bespricht die wichtigsten neueren Arbeiten auf dem Gebiete der Kriminalpsychologie, die neue Wege auf dem Entwicklungsgang dieser Disziplin zur Wissenschaft weisen. Die Bearbeitung der Kriminalpsychologie nach Verbrechensgruppen unternehmen Lasègue, Dubuisson, Leppmann, Gudden: Psychologie der Warenhausdiebinnen, der Sittlichkeitsverbrecher, Straffälligkeit der Morphinisten, der Hysterischen. Aschaffenburg („Das Verbrechen und seine Bekämpfung") erstrebt die Fülle der Erscheinungen der Verbrecher und des Verbrechens durch Registrieren zu bewältigen und so eine Kriminalstatistik als Unterlage für die Beweisführung in der Psychologie des Verbrechers und Verbrechens zu schaffen. Sommer („Kriminalpsychologie") versucht die Anwendung der Gesetze der exakten Psychologie und Psychopathologie, die Anwendung naturwissenschaftlicher Methoden und Begriffe auf die Persönlichkeit des Rechtsbrechers. Die Kriminalpsychologie von Groß befaßt sich mit allen seelischen Momenten, die bei der Feststellung und Beurteilung von Verbrechen in Frage kommen; auf diesem Gebiet haben weiter Jung und andere bemerkenswerte Versuche durch Uebertragung der Assoziationsexperimente auf die Kriminalpsychologie angestellt.

Vermischtes.

Berlin. Der Arbeitsausschuß des Komitees für den Empfang, welchen die Aerzte Berlins anläßlich des Hygienekongresses am 28. September abends in den Ausstellungshallen des Zoologischen Gartens veranstalten, hielt am 22. d. M. eine Sitzung unter Leitung O. Lassars ab, in welcher die Einzelheiten des Festprogramms festgesetzt wurden. Es ergab sich aus den vorliegenden Mitteilungen die erfreuliche Tatsache, daß die Berliner Aerzte in einmütiger Bereitwilligkeit den Gedanken eines solchen Empfanges aufgenommen haben; die Hoffnung ist berechtigt, daß diese Kundgebung internationaler Kollegialität einen würdigen Abschluß der gesamten Veranstaltungen zu Ehren des Kongresses bilden wird.

Berlin. Die Leitung des XIV. Internationalen Kongresses für Hygiene und Demographie als Präsident zu übernehmen hat sich Seine Durchlaucht Heinrich Prinz zu Schönaich-Carolath bereit erklärt. Als Vizepräsidenten werden tätig sein: Geheimer Medicinalrat Dr. Rubner, Professor der Hygiene an der Königlichen Universität Berlin, und Unterstaatssekretär z. D. Prof. Dr. von Mayr, München.

Berlin. Geh.-Rat Prof. Dr. Goldscheider ist zum ordentlichen Honorarprofessor in der Berliner medicinischen Fakultät ernannt worden.

Berlin. Der bekannte Pharmakologe Prof. Dr. Oskar Liebreich ist nicht unbedenklich erkrankt und hat zur Herstellung seiner Gesundheit ein Sanatorium in der Nähe Berlins aufsuchen müssen.

Wien. Der Verein für Psychiatrie und Neurologie veranstaltet einen österreichischen Irrenärztetag, der am 4. und 5. Oktober 1907 in Wien stattfinden wird. Die wissenschaftlichen Sitzungen finden am 4. und 5. Oktober vormittags und nachmittags statt, und zwar werden in den Vormittagssitzungen Referate und Fragen von allgemeinerem Interesse erstattet; die Nachmittagssitzungen sind für angemeldete Vorträge und Demonstrationen reserviert. Das Programm gestaltet sich daher folgendermaßen: 4. Oktober 1907. Erste Sitzung 9 bis 12 Uhr vormittags. Referate: 1. Zum gegenwärtigen Stande der Pflegerfrage (Referent Direktor Dr. Starlinger, Mauer-Oehling). 2. Aerzteaustausch zwischen Kliniken und Anstalten (Referent Hofrat Prof. Dr. v. Wagner). Zweite Sitzung 3 bis 6 Uhr nachmittags. Vorträge und Demonstrationen. 5. Oktober 1907. Dritte Sitzung 9 bis 12 Uhr vormittags. Referat: Der Unzurechnungsfähigkeitsparagraph im Strafgesetz (Referent Hofrat Prof. Dr. v. Wagner). Vierte Sitzung 3 bis 6 Uhr nachmittags. Vorträge und Demonstrationen.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen.



R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P. Meißner

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 9. September 1907. Nr. 36.

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Aus dem Laboratorium des Prof. I. I. Metschnikow im Institut Pasteur.

Zur Frage der Aetiologie der serös-fibrinösen Pleuritiden.

Von **B. P. Rutschinski.**

(Schluß.)

Aus dieser kurzen Uebersicht der Literatur ersehen wir also, daß die Frage der Aetiologie der serösen Pleuritis, die ursprünglich so wenig kompliziert erschien, bei weitem noch nicht klargestellt ist, und aus diesem Grunde erlaube ich mir, die Resultate meiner eigenen, im Laboratorium des Professors Metschnikow im Institut Pasteur zu Paris ausgeführten Untersuchungen mitzuteilen. Für diese Untersuchungen verwendete ich hauptsächlich das Material, welches mir Professor F. Widal (Hôpital Cochin) in liebenswürdiger Weise zur Verfügung gestellt hat, teilweise auch das Material aus dem Hôpital Saint-Antoine und dem Hôpital des Enfants malades.

Die Technik der Untersuchung bestand in folgendem:

Das Exsudat, welches durch Probepunktion mittels einer 25 ccm-Spritze in möglichst großer Quantität gewonnen wurde, wurde unter Befolgung sämtlicher Vorsichtsmaßregeln in einem sterilen Reagenzglas gesammelt, zehn Minuten lang auf elektrischer Zentrifuge zentrifugiert, worauf aus dem Niederschlag auf gewöhnliche Bouillon Ascitesbouillon, Agar-Agar mit und ohne Zucker, Gelatine und Agar-Agar in anaërobem Medium Aussaat gemacht wurde. Von der übriggebliebenen Quantität des Niederschlags wurden Präparate behufs mikroskopischer Untersuchung angelegt. Diese Präparate wurden nach der Methode von Gram, von Ziehl-Nelsen und mit Löfflerschem Blau gefärbt. Bisweilen wurden außerdem weiße Mäuse und Meerschweinchen mit demselben Material geimpft. Leider machte es die geringe Exsudatquantität (10 bis 15 ccm), die in der Mehrzahl der Fälle gewonnen werden konnte, unmöglich, die Injektionsversuche an Meerschweinchen in genügend weiten Dimensionen und vollständig systematisch durchzuführen.

Im ganzen wurden 45 Fälle von serös-fibrinösen Pleuritiden untersucht, die sich nach der mehr oder minder wahrscheinlichen klinischen Aetiologie folgendermaßen einteilen lassen:

Zweifellos tuberkulöse Pleuritiden 2,
auf Tuberkulose suspekte Pleuritiden 14,
gleichzeitig mit Pneumonie oder nach derselben entstandene Pleuritiden 6,
idiopathische Pleuritiden . . . . 23.

Wenn ich die von mir in den einzelnen Fällen erhobenen Befunde gruppiere, so läßt sich das Resultat meiner Untersuchungen folgendermaßen tabellarisch darstellen:

	Gefunden in den Präparaten in den Fällen Nr.	Dargestellt in Kultur in den Fällen Nr.
Diplococcus . .	39, 41, 43	1, 12, 13, 15, 41, 43
Stäbchen . . .	2, 14, 16, 22, 28, 29, 36	9, 36
Stäbchen, Diplococcus	27	—
Stäbchen, Diplococcus, Staphylococcus . . .	40	—
Diplococcus, Staphylococcus .	—	40
Staphylococcus albus	10, 11, 32, 34	5, 10, 11, 32, 34
Tuberkelbazillen	7, 21	—

Aus dieser Tabelle geht hervor, daß die verschiedenen Mikroorganismen in den Präparaten in 18 Fällen entdeckt, in der Kultur in 14 Fällen gewonnen wurden, während die Gesamtzahl sämtlicher Fälle, in denen auf die eine oder die andere Weise ein positives Resultat erzielt wurde, 22 beträgt.

Wenn man diese Befunde im speziellen betrachtet, so ergibt es sich, daß Bazillen allein in acht Fällen gefunden wurden, und zwar in sieben Fällen nur bei der mikroskopischen Untersuchung und in einem Falle nur bei Kulturverfahren. Diese Stäbchen zeigten geringe Länge, waren ziemlich dick und hatten abgerundete Ränder; in vielen Fällen hatten sie in der Mitte eine leichte Umschnürung oder eine schwächer gefärbte Stelle, die auf bevorstehende Teilung hinwies. Die Zahl dieser Stäbchen war in den Präparaten meistenteils sehr gering. Was die Färbungsmethode betrifft, so wurden die Stäbchen einmal auf den nach Gram gefärbten Präparaten, fünfmal auf mit Löfflerschem Blau gefärbten Präparaten und einmal sowohl auf den einen wie auf den anderen Präparaten gefunden. Klinisch handelt es sich in fünf Fällen um idiopathische Pleuritis und in je einem Falle um postpneumonische, auf Tuberkulose suspekte und zweifellos tuberkulöse Pleuritis. In diesem letzteren Falle ergab das Kulturverfahren positive Resultate, da es gelungen ist, Pseudo-Diphtherie-Bazillen zu züchten; in allen übrigen Fällen ist der Aussatz steril geblieben. Schließlich wurde in dem achten Falle, in dem die Untersuchung der Präparate ein negatives Resultat ergab, beim Kulturverfahren der Bacillus proteus vulgaris gezüchtet; die nach acht Tagen wiederholte Punktion ergab in diesem Falle dieselben Resultate.

Auf den Präparaten, die mit Löfflerschem Blau gefärbt

waren, wurden nur in einem Falle, der mit hoher Temperatur begonnen und in dem sich schließlich Lungengangrän entwickelt hatte, Stäbchen mit Diplococcen gefunden; in diesem Falle sind sämtliche Aussaat-Präparate steril geblieben. Schließlich wurden in einem Falle von akuter (nicht tuberkulöser) Pleuritis im Exsudat Stäbchen gefunden, die dreimal länger waren als der gewöhnliche Pneumococcus, bisweilen mit Andeutung auf Teilung, während die mikroskopische Untersuchung hier zugleich mit den Stäbchen auch gewöhnliche Pneumococcen und Staphylococcen ergab. Bei der Färbung nach Gram haben diese Stäbchen ihre Färbung nicht eingebüßt. In diesem Falle hat die Aussaat auf gewöhnlichem Agar-Agar, auf Bouillon und auf anaërobem Agar den Pneumococcus und den Staphylococcus aureus ergeben.

Was die gewöhnlichen Pneumococcen-Formen betrifft, so wurden sie auf den Präparaten in drei Fällen gefunden: in einem Falle von primärer und in zwei Fällen von metapneumonischer Pleuritis, wobei in einem dieser letzten Fälle neben den typischen Pneumococcen auch sehr kurze Stäbchen zu sehen waren. In diesen beiden Fällen wurde aus dem metapneumonischen Exsudat der virulente Pneumococcus in Reinkultur gezüchtet. Schließlich ergab das Kulturverfahren in vier Fällen, in denen die mikroskopische Untersuchung des Exsudats negative Resultate ergeben hatte, Pneumococcen; es waren dies zwei Fälle von primärer und zwei Fälle von metapneumonischer Pleuritis. Der in diesen Fällen gezüchtete Pneumococcus zeichnete sich durch geringe Lebensfähigkeit aus und ging schon bei der zweiten Aussaat auf gewöhnlichem und gezuckertem Agar zugrunde. Was die übrigen Mikroorganismen betrifft, so wurde der Staphylococcus albus in fünf Fällen gefunden, und zwar in vier Fällen sowohl bei der mikroskopischen Untersuchung, wie auch beim Kulturverfahren und in einem Falle nur beim Kulturverfahren. Nach der klinischen Aetiologie handelte es sich um zwei Fälle von auf Tuberkulose suspekter und um drei Fälle von primärer Pleuritis. Wie gesagt, sind Staphylococcen in serös-fibrinösen Exsudaten schon vor längerer Zeit, beispielsweise von Weichselbaum, Goldscheider u. a. Autoren nachgewiesen worden.

Schließlich wurden bei der mikroskopischen Untersuchung nur in zwei Fällen Tuberkelbazillen gefunden und zwar in einem Falle von zweifellos tuberkulöser und in einem Falle von auf Tuberkulose suspekter Pleuritis. Versuche, die Tuberkelbazillen aus dem Exsudat zu kultivieren, sind nicht gemacht worden, während Injektionsversuche an Meerschweinchen in Anbetracht der oben bereits erwähnten Geringfügigkeit der Exsudatmenge, die mir zur Verfügung stand, systematisch nicht durchgeführt werden konnten.

Aus dem Vorstehenden ergibt sich also, daß die von mir erhobenen Befunde nach den verschiedenen Kategorien von Pleuritis sich folgendermaßen einteilen lassen:

	Primäre Pleuritiden	Pleuritiden bei Pneumonie	Auf Tuberkulose suspekte Pleuritiden	Tuberkulöse Pleuritiden
Fränkelscher Pneumococcus	3	4	—	—
Stäbchen	4	1	1	—
Bac. pseudodiphtherit.	—	—	—	1
Bac. proteus vulgaris	1	—	—	—
Stäbchen-Pneumococcus	1	—	—	—
Stäbchen-Pneumococ. Staphyloc. aureus	—	1	—	—
Staphylococcus albus	3	—	2	—
Tuberkelbazillen	—	—	1	1

Wir sehen also, daß der typische Pneumococcus als Erreger von serös-fibrinöser (mit Pneumonie nicht zusammenhängender) Pleuritis unter 23 Fällen dreimal und unter sechs Fällen von metapneumonischer Pleuritis viermal vorkommt.

Was die Stäbchen betrifft, die von mir sowohl wie früher von Michaelis gefunden wurden, so sind sie in reiner Form viermal unter 23 Fällen von primärer, einmal bei metapneumonischer und einmal bei auf Tuberkulose suspekter Pleuritis gefunden worden und außerdem einmal zusammen mit Pneumococcen bei primärer Pleuritis und einmal zusammen mit Pneumococcen und Staphylococcen bei metapneumonischer Pleuritis.

Wir sehen also, daß der Pneumococcus mit seiner Modifikation, dem Stäbchen, als Erreger der serös-fibrinösen Pleuritis bei primärer Pleuritis achtmal (unter 23 Fällen) und in sämtlichen sechs Fällen von metapneumonischer Pleuritis vorkommt; wenn wir hierzu noch den Fall von auf Tuberkulose suspekter Pleuritis, der gleichfalls Pneumococcen enthielt, hinzufügen, so erhalten wir alles in allem 15 Fälle mit Pneumococcen auf 45 untersuchte Fälle von seröser Pleuritis. Für die Berechtigung, die von Michaelis und mir gefundenen Stäbchen als degenerative Pneumococcen-Formen zu betrachten, sprechen

Feuilleton.

Medicinisches aus der schönen Literatur.

Neue Folge.

Mitgeteilt von Dr. **Leopold Hirschberg.**

IV.

Höchst eigentümliche Erkrankungen und Heilungen des florentinischen Goldschmieds Benvenuto Cellini.

(Schluß.)

Inzwischen war er schon als Toter von Benedetto Varchi durch ein Sonett gefeiert worden. Infolge eines unmäßigen Wassergenusses gerät er in kolossalen Schweiß, und er benutzt, da ihm dieses hilfreiche Mittel eigentlich verboten war, die Gelegenheit, den Aerzten einen neuen Puffer zu versetzen:

„Meister Franz war gekommen, sah meine große Besserung, da merkte er, daß etwas außerordentliches vorgefallen seyn müsse, wodurch ich auf einmal zu solcher Besserung hätte gelangen können. Indessen war auch Meister Bernhardin angekommen, jener, der mir anfangs kein Blut lassen wollte. Ich rief aus: O Gewalt der Natur! sie kennt ihre Bedürfnisse, und die Aerzte verstehen nichts! Sogleich antwortete das andere Gehirnchen, hätte er nur mehr als Eine Flasche getrunken, so wäre er gleich völlig genesen. Meister Franz, dem sein Alter ein großes Ansehen gab, versetzte: er wäre zum Henker gegangen, wohin ich euch wünsche .... Das fuhr dem Aerztlein vor den Kopf, er ging und kam nicht wieder."*)

Die eigentümliche Krankheit unseres Freundes klärte sich noch eigentümlicher auf; wir müssen ihm glauben, wenn er uns erzählt, wie er auf dem Monte Cavallo, wohin er auf Verordnung des Arztes gebracht worden war, sich erbrechen mußte:

„Da ging ein haariger Wurm von mir, wohl eine viertel Elle lang, die Haare waren groß und der Wurm abscheulich, gefleckt, mit verschiedenen Farben, grünen, schwarzen und rothen. Man hub ihn für den Arzt auf, der versicherte, er habe so etwas nie gesehen."**)

Der schlaue Arzt ließ sich von Cellini noch eine Mutter Gottes versprechen, die er ihm zu Liebe anbeten wollte.

6. Heilung der Malaria durch gebratene junge Pfauen.

Cellini berichtet aus Ferrara folgende Geschichte:

„Unsere Wohnung, so schön sie war, hatte ungesunde Luft, und da es gegen den Sommer ging, wurden wir alle ein

*) Teil I. pag. 210, 211.
**) Teil I, pag. 211.



sowohl die von Michaelis wie auch die von mir erhobenen Befunde, d. h. die Fälle von gleichzeitigem Vorkommen dieser Stäbchen und Pneumococcen, wobei beim Kulturverfahren der typisch reine Pneumococcus gewonnen wurde. Der Umstand, daß in den fünf Fällen, in denen die Stäbchen bei der mikroskopischen Untersuchung nachgewiesen werden konnten, letztere beim Kulturverfahren nicht in einem einzigen Falle gewonnen wurden, spricht keineswegs dafür, daß diese Gebilde, wie Michaelis annimmt, bereits abgestorben sind. Die mißlungenen Kultivierungsversuche sind eher dadurch bedingt, daß im Exsudat eine zu geringe Quantität Mikroorganismen enthalten ist, wodurch die Aussaat derselben, selbst wenn sie mit relativ großer Quantität vorgenommen wird, außerordentlich schwer gelingt. Daß darin tatsächlich die Ursache des Mißerfolgs beim Kulturverfahren liegt, geht unter anderem auch aus der Arbeit von Aschoff hervor, der in 200 Fällen nur siebenmal bei Anlegung von Kulturen auf Nährmedien mit nur drei Exsudattropfen ein positives Resultat erzielt hat.

Um die Abstammung der von mir gefundenen Stäbchen von den Pneumococcen zu prüfen, habe ich einige Untersuchungen ausgeführt, die folgendermaßen zusammengefaßt werden können.

Auf den üblichen Nährmedien kann man schon nach zweimaliger Kultivierung des Pneumococcus, wenn auch in geringer Quantität, kurze Stäbchen mit abgerundeten Enden finden, die dreimal so lang sind wie der gewöhnliche Pneumococcus und bisweilen in der Mitte eine Andeutung auf Teilung aufweisen. Bei den weiteren Kultivierungen nahm die Quantität dieser veränderten Pneumococcen etwas zu, wobei bisweilen die von Stolz beschriebenen Kolbenformen auftauchten. Die Versuche, die degenerativen Pneumococcen-Formen in vitro bei vom Menschen gewonnenen pleuritischen Exsudaten zu züchten, ergaben negative Resultate, da die Pneumococcen unter diesen Bedingungen sehr gut wuchsen, und Formen, die sich mehr oder minder bedeutend von den gewöhnlichen unterschieden, nicht vorkamen. Nach einer Wachstumsperiode von 7 bis 14 Tagen gingen die Pneumococcen in diesem Exsudat in Form von kleinen, sich schlecht färbenden Diplococcen zugrunde, ohne Stäbchenformen zu liefern. Sämtliche künstlich gewonnenen degenerativen Pneumococcen-Formen färben sich gut nach Gram, und nur die Kolbenformen wiesen bei energischer Einwirkung des Gramschen Reagens eine gewisse Entfärbung auf.

Die von mir an Tieren angestellten Experimente ergaben folgende Resultate:

Bei der Injektion von Pneumococcen in die Pleurahöhle von Meerschweinchen fielen von sechs Versuchen zwei positiv aus, d. h. es wurden neben dem typischen Pneumococcus in geringer Quantität Stäbchen von verschiedener Länge mit oder ohne Teilung in der Mitte gefunden, die bei der Aussaat typische Pneumococcen lieferten. Es waren dies diejenigen Fälle, in denen zwei Tage nach der Injektion der virulenten Kultur der Tod eintrat; in den vier übrigen Fällen, in denen die Tiere die Injektion gut überstanden, konnten weder bei der zu Lebzeiten des Tieres in verschiedenen Fristen vorgenommenen Punktion, noch bei der Untersuchung des Exsudats am getöteten Tiere irgendwie bedeutend veränderte Formen gefunden werden; in drei Fällen fand man in geringer Quantität kleine Diplococcen, im vierten Falle nicht; in allen vier Fällen blieb die Aussaat steril. Von fünf Kaninchen, denen in die Pleurahöhle Pneumococcen in verschiedener Quantität und verschiedenen Alters injiziert worden waren, gingen vier nach 24 Stunden zugrunde, wobei Stäbchenformen mit oder ohne Teilung in der Mitte zweimal gefunden wurden; im fünften Falle fand man in dem mittels Spritze gewonnenen Exsudat drei Tage nach der Injektion Pneumococcen von gewöhnlicher Form; am fünften und siebenten Tage fand man in diesem Exsudat spärliche Stäbchen, die fast stets in der Mitte einen helleren Zwischenraum aufwiesen. Jedoch nach dem Tode dieses Kaninchens fand man am achten Tage in dem unbedeutenden Exsudat der Pleurahöhle nur Pneumococcen von gewöhnlicher Form. Die Injektion von $^1/_2$ ccm zweitägiger, auf Bouillon gewonnener Pneumococcen-Kultur in die Höhle des Kniegelenks führte den Tod des Kaninchens in 24 Stunden herbei, wobei man im Exsudat neben dem gewöhnlichen Pneumococcus auch Stäbchenformen in geringer Quantität fand; diese Stäbchenformen waren zwei bis dreimal größer als der gewöhnliche Pneumococcus und bisweilen am Ende kolbenartig aufgetrieben. Einem Kaninchen, dem in die Höhle des Kniegelenks $^1/_2$ ccm einer viertägigen Kultur injiziert wurde, wurde nach zwei Tagen mittels Spritze aus dem Kniegelenk etwas Flüssigkeit entnommen, in der weder die mikroskopische Untersuchung noch das Kulturverfahren Pneumococcen ergab. In allen diesen Fällen ergab die Färbung nach Gram und mit Löfflerschem Blau gleichartige Resultate. Diese auf dem Wege des Experiments erhobenen Befunde bestätigen die Annahme, daß unter gewissen Umständen im tierischen Organismus aus typischen Pneumococcen Stäbchen- und Kolbenformen, wie sie von Stolz auf künstlichen Nährmedien erhalten wurden, entstehen können.

Indem ich zu der unterbrochenen Schilderung der Resultate der bakteriologischen Untersuchung der serösen Exsudate zurückkehre, bleibt mir nur noch zu sagen übrig, daß die von mir gefundenen Mikroorganismen, und zwar Bacillus pseudo-

---

wenig krank. Um uns zu erholen, gingen wir in den Garten spazieren, der zu unserer Wohnung gehörte und sehr groß war; man hatte fast eine Meile Landes dabey als Wildniß gelassen, wo sich unzählige Pfauen aufhielten und daselbst im Freyen nisteten. Da machte ich meine Büchse zurechte, und bediente mich eines Pulvers, das keinen Lärm machte, dann paßte ich den jungen Pfauen auf und schoß alle zwey Tage einen. Dergestallt nährten wir uns reichlich, und fanden die Speise so gesund, daß unsere Krankheiten sich gleich verlohren."*)

7. Heroische Sublimat-Kur gegen tötliche Verschleimung des Magens und der Gedärme.

Gegen Gewährung einer Leibrente hatte Cellini von einer „bestialischen" Familie ein Landgut übernommen. Das Weib des Besitzers brachte ihm in der Brühe eine große Menge Gift bei; an dem entsetzlichen Magenbrennen und dem blutigen Stuhlgang merkte er, daß er Sublimat erhalten habe, „ein Gift, das alle gedachten Uebel hervorbringt." Aber es lief alles gut ab:

„Diejenigen, die mir den Gift gegeben, sollte man eher belohnen, als bestrafen, weil der Gift, indem er nicht so stark gewesen, mich umzubringen, mir als ein gewaltiges Mittel gedient habe, mir den Magen und die Gedärme von einer tödtlichen Verschleimung zu reinigen, die mich vielleicht in drey bis vier Jahren umgebracht hätte; durch diese sonderbare Medicin aber bin ich wieder auf zwanzig Jahre lebensfähig geworden, wozu ich denn auch mehr als jemals Lust habe, und Gott von Herzen danke, da er das Uebel, das er über mich geschickt, so sehr zu meinem Besten gewendet hat."*)

*) Teil II, pag. 20.

8. Cellinis „Elektromagnet".

Haben wir schon bisher die sonderbarsten Heilmittel kennen gelernt, die unser Freund bei seinen mannigfachen Leiden angewendet hat, so dürfte doch dieses letzte, zumal da es wirksam gewesen ist, das allermerkwürdigste sein. Wir lassen ihn wieder selbst reden:

„Als ich eines Morgens gewisse Eisen zurechte machte, sprang mir ein Splitter vom feinsten Stahl ins rechte Auge, und drang so tief in den Augapfel, daß man ihn auf keine Weise herausziehen konnte, und ich glaubte für gewiß, das Licht dieses Auges zu verlieren. Nach verschiedenen Tagen rief ich Meister Raphael Pilli, den Chirurgus, der zwey lebendige Tauben nahm, und, indem er mich rückwärts auf den Tisch legte, diesen Thieren eine Ader durchstach, die sie unter dem Flügel haben, so daß mir das

*) Teil II, pag. 237, 242.



diphthericus, Bacillus proteus vulgaris und Staphylococcus albus und aureus in Anbetracht ihrer geringen, auf verschiedenen Tieren geprüften Virulenz am wahrscheinlichsten zu Saprophyten gehören, die in die Pleurahöhle aus den Luftwegen der Lunge eingedrungen sind, wenn auch andererseits vorläufig noch wenig Veranlassung vorliegt, diesen Formen pathogene Eigenschaften voll und ganz abzusprechen.

Die vorstehenden Ausführungen lassen somit annehmen, daß bei der Entstehung von serös-fibrinösen Pleuritiden nach den Tuberkelbazillen der Fränkelsche Pneumococcus eine Rolle spielt, der, wie wir gesehen haben, in einem Drittel sämtlicher Fälle von seröser Pleuritis in typischer Form oder in Form von Stäbchen gefunden werden kann. Natürlich sind zur Lösung der Frage, ob und inwiefern tuberkulöse oder durch Pneumococcen erzeugte Pleuritis häufiger angetroffen wird, noch weitere Untersuchungen erforderlich, wobei diese Untersuchungen behufs Vermeidung eventueller Irrtümer sehr sorgfältig ausgeführt werden müssen. Man muß bei diesen Untersuchungen sowohl beim Kulturverfahren, wie bei der Anfertigung von mikroskopischen Präparaten eine möglichst große Quantität von dem von dem Exsudat abgesonderten Niederschlag nehmen, desgleichen bei den Injektionsversuchen an Meerschweinchen, wobei zweifellos gesunde Tiere und mindestens in einer Anzahl von zwei bis drei Stück für jede Untersuchung gewählt werden müssen. Man darf die Anfertigung von mikroskopischen Präparaten aus dem Niederschlag nicht vernachlässigen, wenn auch die Untersuchung dieser Präparate äußerst ermüdend ist; es gelingt mit Hilfe dieser Methode sehr häufig, das Vorhandensein von Mikroorganismen im Exsudat auch dann nachzuweisen, wenn das Kulturverfahren negative Resultate ergibt. Nur durch sorgfältige Untersuchung der aus dem Niederschlag der pleuritischen Exsudate hergestellen mikroskopischen Präparate ist es Michaelis gelungen, Pneumococcen-Stäbchenformen zu entdecken und folglich nachzuweisen, daß ein bedeutender Teil der Pleuritiden, die bis jetzt als tuberkulöse gegolten haben, seine Entstehung einem ganz anderen Agens, nämlich dem Pneumococcus verdankt. Weitere in dieser Richtung auszuführende Untersuchungen werden meines Erachtens in Bezug auf die Aetiologie der serös-fibrinösen Pleuritiden noch viele interessante Merkmale ergeben und beispielsweise vielleicht die Wechselbeziehung zwischen den Pneumococcen und Tuberkelbazillen näher beleuchten, sowie klarlegen, wie häufig die Pleuritis als primäre Pneumococcen-Erkrankung, und wie häufig der Pneumococcus als sekundäre Infektion der von dem tuberkulösen Prozeß bereits angegriffenen Pleura betrachtet werden kann. Meine Untersuchungen bezwecken nur, den Nachweis zu führen, daß es nicht angängig ist, sämtliche oder fast sämtliche seröse Pleuritiden, wie es bis jetzt häufig geschehen ist, als tuberkulöse zu betrachten.

Literatur.

1. Pidoux: Pleurésie latente. Soc. méd. des hôp. 1850. Ref. nach Netter.
2. Landouzy: Epanchements pleuraux et tuberculose. Gaz. des hôp. 1884.
3. Ricochon: Pleurésie et tuberculose. 1887.
4. Kelsch et Vaillard: Archives de physiol. 1886.
5. Gombault et Chauffard. Gaz. des hôp. 1884.
6. Ehrlich: Berl. klin. Wochenschr. 1887.
7. Fränkel: Charité-Annalen, XII.
8. Kracht: Experimentelle und statistische Untersuchungen über die Ursachen der Brustfellentzündung. Diss. Greifswald. 1885.
9. Aschoff: Zur Aetiologie der serösen Pleuritis. Zeitschr. f. klin. Medicin, Bd. 29.
10. Levy: Bakteriologisches und Klinisches über pleuritische Ergüsse. Arch. f. experim. Pathologie und Pharmakologie, Bd. 27.
11. Netter: Recherches expérim. sur la nature des pleurésies séro-fibrineuses. Soc. méd. des hôp. 1891.
12. Romani: La reazione alla tubercolina nei convalescenti di pleurite sero-fibrinosa. Gaz. degli ospedali. 1902.
13. Schlenkler: Beiträge zur Lehre von der menschlichen Tuberkulose. Virchows Archiv, Bd. 135.
14. Hedges: The aetiology, immediate and remote prognosis of primary pleurisy with serous effusion. St. Bartholomews hosp. rep. 1901.
15. Grober: Zur Statistik der Pleuritis. Zentralbl. f. innere Medicin. 1902.
16. Eichhorst: Ueber die Beziehungen zwischen seröser Pleuritis u. Tuberkulose. Korrospondenzbl. f. Schweizer Aerzte. Ref. Baumgarten, Arch. 1895/1896.
17. Péron. Ref. Baumgarten, Archiv XII.
18. Le-Damany: La bactériologie et la pathogénie des pleurésies séro-fibrineuses. Gaz. des hôp. 1897.
19. Weichselbaum. Wiener med. Jahrbücher. 1886.
20. Goldscheider. Zeitschr. f. klin. Medicin, Bd. XXI.
21. Gilbert et Lion. Annales de l'Institut Pasteur. 1888.
22. Jakowski: Zur Aetiologie der Brustfellentzündung. Zeitschr. f. klin. Medicin. 1893.
23. Prinz Ludwig Ferdinand. Deutsch. Archiv f. klin. Medicin, Bd. 50, H. 1.
24. Cardi. Gaz. degli ospedali e delle cliniche. 1896.
25. Prudden: A study on the aetiology of exsudative pleuritis. New York Medical Journal. 1893.
26. Thue. Ref. Zentralbl. f. innere Medicin. 1895.
27. Netter. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. 1892.
28. Baduel: L'infezione diplococcica. Riforma med. 1899.
29. Sello. Zeitschr. f. klin. Medicin, Bd. 36, H. 1/2.
30. Siems: Des pleurésies contemporaines de la pneumonie. Thèse de Paris. 1901.
31. Loriga et Pensutti: Sulla etiologia della pleurite. Rivista d'igenie e sanita publica. 1892. Ref. nach Netter.
32. Pearce: Bacteriology of lobar and lobular pneumonia. Boston Med. and Surg. Journal, Vol. CXXXVII (1897).
33. Fornaca: Osservazione su alcuni casi di pleurite da diplococco. Giorn. della R. Accademia di Torino. Ref. Baumgarten, Arch. XV.
34. Michaelis: Ueber Degenerationsformen von Pneumokokken in pleuritischen Exsudaten. Berliner klin. Wochenschrift. 1902.
35. Fränkel: Bakteriologische Mitteilungen. Zeitschr. f. klin. Med., Bd. X.
36. Kruse und Pansini: Untersuchungen über den Diplococcus pneumoniae und verwandte Streptococcen. Zeitschr. f. Hygiene, Bd. XI.
37. Levy und Steinmetz: Studien über den Diplococcus pneumoniae. Arch. f. experimentelle Pathologie, Bd. 37.
38. Stolz: Ueber besondere Wachstumsformen bei Pneumo- und Streptokokken. Zentralbl. f. Bakteriologie, Bd. XXIV.

Blut in die Augen lief, da ich mich denn schnell wieder gestärkt fühlte. In Zeit von zwey Tagen ging der Splitter heraus, ich blieb frey, und mein Gesicht war verbessert.“ *)

Wir wollen unsere kleine Besprechung mit den beherzigenswerten Worten Goethes schließen:

„Indem man einen merkwürdigen Menschen, als einen Theil eines Ganzen, seiner Zeit, oder seines Geburts- oder Wohnorts, betrachtet; so lassen sich gar manche Sonderbarkeiten entziffern, welche sonst ewig ein Räthsel bleiben würden. Daher entsteht, bey jedem Leser, solcher frühern, eigenen Lebensbeschreibungen, ein unwiderstehlicher Reiz, von den Umgebungen jener Zeiten nähere Kenntniß zu erlangen, und es ist ein großes Verdienst lebhaft geschriebener Memoiren, daß sie uns, durch ihre zudringliche Einseitigkeit, in das Studium der allgemeinern Geschichte hineinlocken.“ **)

*) Teil II, pag. 165. 166.
**) Teil II, pag. 285.

Periodische Literatur.

Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 23. 1907.

1. Schick, Wien: **Die Therapie des Scharlach.**

2. Haaland: **Beobachtungen über natürliche Geschwulstresistenz bei Mäusen.**

Bei Impfversuchen mit dem hochvirulenten Ehrlichschen Sarkommaterial bei Mäusen verschiedener Provenienz ergaben sich große Differenzen; bei den Berliner Mäusen gelang die Uebertragung in ca. 97%, bei Hamburger Mäusen in ca. 24%, bei dänischen und Christiania-Mäusen überhaupt nicht; einzelne Stämme zeigten ein beginnendes Wachstum der Geschwulst, das aber bald durch restlose Resorption abgelöst wurde. Bei Impfung mit aus Sarkom und Karzinom gemischtem Material entwickelte sich bei Berliner Mäusen nur Sarkom ohne geringste Beimischung von Karzinom; bei dänischen Mäusen trat völlige Resorption der Impfmassen ein, nur bei einer entwickelte sich ein harter Tumor, der sich als Karzinom ohne die geringste Spur von Sarkomgewebe erwies. Bei den dänischen Mäusen wird also nur der



karzinomatöse Anteil des Tumorgemisches rein gezüchtet, bei den Berliner nur der sarkomatöse; jeder Tumor scheint nur bei bestimmten Mäusestämmen die ihm unentbehrlichen Bedingungen für sein weiteres Wachstum zu finden. Die Tumoren müssen aber auch erhebliche Differenzen in ihrer Zusammensetzung aufweisen; eine einmalige Vorimpfung mit dem Jensenschen karzinomatösen Tumor genügt nicht, um bei den Berliner Mäusen die Empfänglichkeit für das Sarkom deutlich herabzusetzen; in beiden Tumoren dürften wesentliche Rezeptorengruppen (nach der Ehrlichschen Theorie) verschiedenartig gebaut sein. Was die Ursache der natürlichen Geschwulstresistenz der verschiedenen Mäusestämme betrifft, so scheinen einzelne Experimente das Vorhandensein von karzinomfeindlichen Stoffen im Serum der normalen Mäuse unwahrscheinlich zu machen. Konstante Stamm- und Rasseeigentümlichkeiten dürften auch nicht allein eine Rolle spielen. Verf. fand, daß bei Mäusen aus dem Frankfurter Institut, nachdem er dieselben mehrere Monate in Norwegen gehalten hatte, das Sarkom nicht mehr anging; diese ursprünglich hochempfänglichen Mäuse müssen also durch die Ueberführung nach Norwegen und mehrmonatlichen Aufenthalt daselbst unter den veränderten Lebensbedingungen Eigenschaften erworben haben, die sie als Kulturmedien für die Sarkomzellen sehr ungeeignet machen; die hierbei in Frage kommenden Bedingungen dürften in Einflüssen des Klimas, der Wärme, der Feuchtigkeit, des Lichtes und vor allem der Ernährung zu suchen sein. Neben einer solchen Beeinflussung der Tumorempfänglichkeit durch von Rassen- und geänderten Lebensverhältnissen bedingte Konstitutionseigentümlichkeiten scheint die Empfänglichkeit auch im Leben des einzelnen Individuums unter verschiedenen physiologischen und pathologischen Verhältnissen wechseln zu können; junge Tiere sind im allgemeinen empfänglicher, während bei älteren individuelle Verschiedenheiten sich mehr geltend machen; aus irgend einer anderen Ursache kranke, kachektische Tiere zeigen öfters Resorption der Impftumoren; die Gravidität übt sehr oft einen hemmenden Einfluß auf das Tumorwachstum aus. Wie bei den transplantierten Geschwulstzellen, so dürften auch bei den Spontangeschwülsten konstitutionelle Eigenschaften eine Hauptrolle spielen.

3. Laqueur, Berlin: **Ueber künstliche radiumemanationshaltige Bäder.**

4. Lohnstein, Berlin: **Ueber einen Wachsklumpen in der Blase. Entfernung desselben durch Auflösung mittels Benzin-Injektion.**

Bei einem Patienten, der wochenlang wegen einer hartnäckigen, mit starker Hämaturie einhergehenden Zystitis ohne Erfolg behandelt worden war, entdeckte Verf. bei der Zystoskopie einen sich an den Vertex des Blasenkavum anschmiegenden, auf der Füllflüssigkeit schwimmenden Tumor, den er als Wachsklumpen ansprach, eine Vermutung, die ihre Bestätigung darin fand, daß der Patient nach längerem Leugnen gestand, daß er sich vor ungefähr einem halben Jahre Stearin in die Harnröhre eingeschoben hatte, das nur zum Teil wieder herausgekommen war. Bemerkenswert erscheint, daß trotz des langen Verweilens des Wachsklumpens sich keinerlei Inkrustationen um ihn in der Blase gebildet haben. Behufs Beseitigung des Fremdkörpers wurde seine Auflösung erstrebt; dazu wurde Benzin, das stark fettlösend, wenig reizend und wenig giftig, spezifisch leichter als Wasser ist, in die Blase eingespritzt. Der Patient vertrug die wiederholt vorgenommene Prozedur ohne Beschwerden, und aus der nach den Injektionen aus der Blase entleerten Flüssigkeit ließ sich leicht das Stearin abscheiden. In kurzer Zeit war völlige Heilung erzielt.

5. Posner, Berlin: **Kasuistischer Beitrag zur Prostatektomia suprapubica.**

Ein Patient, der wegen Prostatahypertrophie seit 16 Jahren sich bei täglich mehrmaligem Katheterismus leidlich wohl gefühlt hatte, erkrankte mit Harndrang, Eiter und Blut im Urin; die Zystoskopie zeigte einen hinter der Prostata gelegenen Stein, dessen Zertrümmerung gelang, wodurch der bisherige Zustand wiederhergestellt wurde. Zwei Jahre später erkrankte er wieder mit Blut- und Eiterabgang, ein Stein war weder durch Sonde noch Zystoskop nachweisbar; bei der schweren Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens des Patienten wurde ein operativer Eingriff beschlossen. Es wurde die suprapubische Eröffnung der Blase vorgenommen, dann ein Stein aus dem tiefen Rezessus hinter der Prostata beseitigt, und diese selbst von der Blase aus exstirpiert. Es wurde völlige Heilung erzielt, so daß der Patient die vollständige Herrschaft über seine Blase wiedererlangte.

6. Hansemann, Berlin: **Einige Bemerkungen über Epidermiskarzinom.**

Gegenüber einer Arbeit von Coenen (d. W. Nr. 21) betont H., daß der Ausdruck „Basalzellenkrebse" zu verwerfen ist, da er nur geeignet erscheint, Verwirrung in die Krebsfrage hineinzubringen. Alle Epidermiskrebse stammen von Basalzellen ab; die schlauchförmigen, drüsenartigen Hautkarzinome sind Epidermiskarzinome, in denen es nicht zu einer regulären Umformung, sondern zu einer hyalinen Degeneration der Zellen kommt, die infolgedessen zu Grunde gehen und mit Ausnahme der stets vorhandenen frischen Wucherungsschicht verschwinden. Das Vorkommen endothelialer Geschwülste in der Haut vollkommen zu leugnen, wie es Coenen tut, erscheint H. nicht berechtigt.

7. Determann, Freiburg-St. Blasien: **Die Beeinflussung der Viskosität des menschlichen Blutes durch Kältereize, Wärmeentziehung, Wärmezufuhr und Wärmestauung.**

(Schluß aus Nr. 22.)

Die Viskosität, die innere Reibung, Zähigkeit, Fluidität des Blutes steht in engem Zusammenhang mit anderen Blutfaktoren; ihre Aenderungen können andere Funktionsänderungen des Körpers herbeiführen. Diese physikalische Bluteigenschaft ist bisher wenig untersucht worden wegen der viele Fehlerquellen in sich bergenden Methodik und wegen der schwer übersehbaren Schwankungen der Viskositätswerte. Verf. hat eine neue Methode ausgearbeitet (Münch. med. W., Mai 1906); sein Viskosimeter ist ohne alle Hilfspräparate ständig gebrauchsfähig und erlaubt, den Versuch in einfacher Weise in wenigen Minuten zu machen. Damit hat er Untersuchungen über den Einfluß von Kältereizen, Wärmeentzündung, Wärmezufuhr, Wärmestauung auf die Zähigkeit des Blutes angestellt. Nach kurzen kalten Bädern, welche von sichtbar guter Hautreaktion gefolgt waren, fand sich fast regelmäßig eine Zunahme der Blutzähigkeit, z. T. mäßig, z. T. sehr beträchtlich. Auch kalte Handbäder konnten die Viskosität verändern. Eine regelmäßige, z. T. erhebliche Herabsetzung der Zähigkeit erfolgte im heißen Bade. Auch bei stärkerem Schweiße im Wasserbade, der doch bald eine Eindickung des Blutes hervorrufen könnte, erfolgt keine Zunahme der Zähigkeit, während das bei heißen Luftbädern der Fall ist. Worauf diese Unterschiede zwischen der Wirkung des heißen Wasser- und Luftbades beruhen, ist noch völlig unklar. In einer Einpackung (als Beispiel einer Wärmeentziehung mit nachfolgender Wärmestauung ohne Wärmezufuhr) zeigte sich zur Zeit der Wärmestauung eine Abnahme der Zähigkeit des Blutes; eine kühle Prozedur am Schluß bewirkte eine sehr erhebliche Zunahme der Viskosität. Die Blutzähigkeit ist also ein in hohem Maße, wenigstens für kurze Zeit zu beeinflussender Faktor. Abgesehen von Zahl und Volumen der Formelemente hängt sie wahrscheinlich vom Gehalte des Blutes an kolloidalen Substanzen ab, weiter vom Kohlensäuregehalt.

Nr. 24. 1907.

1. Borchardt, Berlin: **Ernst von Bergmann.**

2. Plehn, Berlin: **Ueber perniziöse Anämie.**

(Nicht abgeschlossen).

3. Bail, Prag: **Fortschritte in der Erforschung der Bakterienaggressivität.**

Die Theorie der Bakterienaggressivität sagt aus, daß jeder Organismus, der sich im Tierkörper halten und vermehren, der also infizieren kann, die Eigenschaft haben müsse, die Schutzkräfte desselben lahmzulegen und von sich fernzuhalten. Diese Eigenschaft, als Aggressivität bezeichnet, läßt sich an Flüssigkeiten, die während einer Infektion im Tierkörper gebildet werden, leicht ersichtlich machen. Man kann vielleicht die Aggressivität, die nur als Eigenschaft von Flüssigkeiten erkennbar ist, auf besondere, von den Bakterien ausgehende Stoffe, die Aggressine, zurückführen. Eine notwendige Konsequenz der Aggressintheorie ist die Forderung, eine Aggressinimmunität herzustellen und den Nachweis zu erbringen, daß die bakteriolytische Immunität, die neben der antitoxischen alle prophylaktischen und therapeutischen Bestrebungen beherrscht, nicht ausreichen kann. Die Versuchs-

tatsachen, auf welche die Aggressinhypothese sich stützt, können heute durch zahlreiche Nachprüfungen an verschiedenen Organismen als bewiesen gelten; sie betreffen hauptsächlich drei Eigenschaften der aggressiven Flüssigkeiten: die infektionsermöglichende bei Anwendung untertödlicher, die krankheitsbeschleunigende bei Anwendung tödlicher Bakterienmengen und die immunisierende, welche eine Immunität erzeugt, die dem Serum der behandelten Tiere keine oder nur unbedeutende bakteriolytische Eigenschaften verleiht. Wie die aggressive Wirkung tierischer Flüssigkeiten gesteigert werden kann, so sind auch bereits Verhältnisse bekannt, unter denen sie herabgemindert werden kann. Mit Erfolg hat man weiter aggressive Wirkungen auch in Präparaten, die ohne Vermittlung des Tierkörpers gewonnen waren, gesucht. Bei allen daraufhin untersuchten Infektionserregern kommen Aggressine vor, und sie können in verschiedener Weise gewonnen werden. Was die Wirkungsweise derselben betrifft, so nimmt die Aggressinlehre an, daß die Aggressivität eine besondere selbständige Bakterieneigenschaft sei, die vorhanden sein muß, ehe eine Infektion, d. h. eine Bazillenvermehrung im Tier überhaupt erfolgen kann. Aggressivität oder Aggressinbildung ist die unumgängliche Voraussetzung der Infektion, je nach der Ausbildung derselben lassen sich echte Parasiten, Halbparasiten und Saprophyten unterscheiden; für den einzelnen pathogenen Mikroorganismus ist die Aggressivität variierbar, wodurch sich die Abschwächung der Virulenz erklärt. Die Wirkung der Aggressine beruht auf der Abhaltung der Schutzkräfte des Körpers, was am besten am Fernhalten der Leukozyten zu sehen ist. Gelingt es, die Aggressine eines Bazillus von lebenden Keimen zu befreien, so kann man damit immunisieren; die entstandene Immunität läßt sich mit dem Blute eines vorbehandelten Tieres auf ein zweites normales übertragen und ist entweder von vornherein nicht bakterizid oder weist Bakteriolyse nur als Nebenbefund auf. Der Aggressinlehre ist theoretisch hauptsächlich um die Lösung des Infektionsproblemes zu tun, während sie praktisch eine neuartige Immunisierung einführen will, oder dort, wo bisher ungeklärte Immunitätsformen vorliegen, diese als Aggressinimmunität zu deuten unternimmt. Mit den anderslautenden Erklärungsversuchen der Aggressivitätswirkungen, wie sie von Wassermann und Citron, Kraus und Dörr gegeben worden sind, versucht Verf. eine Einigung herbeizuführen. Eingehend bespricht er dann die Arbeiten von Meyer und Bergell und von Aronson (d. W. Nr. 18), deren Resultate er umso höher bewertet, als diese Forscher nicht von der Aggressinlehre ausgingen, sondern von Versuchen, Typhusgift und antitoxische Immunität zu erzeugen. Aronson ist dabei ausgesprochenermaßen zum Nachweis der Sonderexistenz von Toxin und Aggressin beim Typhusbazillus gekommen, und in den Versuchen der beiden andern Autoren ist das gleiche zu erkennen, wenn sie auch nicht selbst diese Schlüsse daraus gezogen haben.

4. Kisch, Prag: **Die konstitutionellen Formen der Lipomatosis.**

Die übermäßige Fettleibigkeit, Lipomatosis universalis, ist kein einheitlicher pathologischer Zustand, sondern ein Symptom mannigfacher Verhältnisse von differentem Ursprunge und verschiedener Wertigkeit. Wichtig ist die Differenzierung zweier großer Gruppen, der alimentären und der konstitutionellen Lipomatose. Erstere, die eigentliche Mastfettleibigkeit ist die an Häufigkeit umfassendste, an Wertigkeit günstigste, in ihrer Entstehung geklärteste. Die Menge und Beschaffenheit der Nahrung, beeinflußt von der Art der körperlichen Bewegung, entscheidet über das Zustandekommen und die Entwicklung der alimentären Fettleibigkeit. Die konstitutionelle Fettleibigkeit dagegen wird verursacht durch hereditäre Abstammung oder durch Allgemeinerkrankung; das eine Mal, indem durch erbliche Veranlagung die endogene Zelltätigkeit mit geringeren Energiemengen zureicht als in der Norm und dadurch Fett vor Zerfall geschützt und im Körper abgelagert wird, das andere Mal, indem durch pathologische Vorgänge gewisser Art fehlerhafte Veränderungen in den Zersetzungsprozessen der Zellen, speziell bezüglich des Umsatzes der stickstofffreien Substanz eintreten, welche eine Anhäufung von Fett begünstigen. Die echten Fettkinder, bei denen die heredizäre Fettsucht gleich nach der Geburt oder in frühester Lebensteit zum Ausdruck kommt, bieten nicht bloß eine Herabsetzung der oxydativen Fähigkeit der Körperzellen, sondern überhaupt eine angeborene krankhafte Funktionsfähigkeit derselben. Die hereditäre juvenile Lipomatose ist eine konstitutionelle Erkrankung von wesentlich ungünstiger Prognose; diese Individuen besitzen neben auffällig geringer allgemeiner Widerstandsfähigkeit bedeutende Anlage zu bestimmten pathologischen Prozessen, unter denen in erster Linie der Diabetes mellitus steht. Auch ohne Vererbung kann durch bestimmte erworbene Allgemeinerkrankungen eine Veränderung der Gewebselemente und ihrer Leistung eintreten, daß auch unabhängig von alimentärer Beeinflussun geine pathologische Fettansammlung im Organismus stattfindet. Als solche konstitutionell lipogene Erkrankungen kommen besonders der chronische Alkoholismus, die Syphilis, gewisse hochgradige Anämien und die pastöse Form der Skrofulose in Betracht.

Die beiden differenten Formen der Lipomatosis sind nicht nur ätiologisch, sondern auch pathognomisch und prognostisch verschieden und erfordern verschiedenen therapeutischen Eingriff. Bei der alimentären Mastfettleibigkeit findet man überwiegend das Bild einer wahren Plethora, die Erythrozytenzahl ist vermehrt, der Hämoglobingehalt gesteigert; das Fettgewebe zeigt meist derbe, feste Beschaffenheit. Die Beschwerden der betreffenden Individuen sind vornehmlich durch mechanische Störung des Betriebes veranlaßt. Bei der konstitutionellen Fettsucht weist die Blutbeschaffenheit meist Herabsetzung der Erythrozytenzahl, verminderten Hämoglobingehalt, zuweilen hydrämische Qualität auf; das Fettgewebe ist schlaff, die Hautdecken und sichtbaren Schleimhäute sind blaß, die Muskulatur nicht kräftig, das Herz leicht insuffizient; es besteht leichte Ermüdung, geringe Widerstandskraft, große Vulnerabilität, das Herz ist kein einfaches Mastfettherz, sondern bietet parenchymatöse Veränderungen.

Therapeutisch ist bei der alimentären Lipomatose die Hauptanzeige durch eine diätetisch geregelte Entfettungskur erfüllt, die eine Unterernährung darstellt; sie wird kombiniert mit geeigneter Bewegungsregelung und kann noch unterstützt werden durch Anwendung entsprechender Mineralbrunnen und Bäder. Bei der konstitutionellen Fettsucht tritt die Entziehungskur in den Hintergrund; das kurative Streben muß nach einer Verbesserung der Blutbereitung und der Säftebildung hinzielen. Am wenigsten ist zu erreichen bei der hereditären juvenilen Degenerationslipomatose, mehr bei der durch Allgemeinerkrankungen akquirierten konstitutionellen Fettsucht. In erster Linie stehen die eisenhaltigen Brunnen, welche bei den anämischen, chlorotischen, pastösen, hydrämischen Individuen indiziert sind; die alkalischen und alkalisch-salinischen Mineralwässer können Anomalien der Verdauung verbessern; die alkalisch-muriatischen und Kochsalzwässer sind geeignet für die torpiden Skrofulosen, Jod- und Schwefelwässer bei Luetischen. Die Trinkkuren können unterstützt werden durch Anwendung von Thermal-, kohlensauren, Salz-, Seebädern und hydriatischen Prozeduren.

5. Aronsohn, Ems-Nizza: **Ueber Wärmebildung im Fieber.**

Verf. hat früher gezeigt, daß bei Tieren durch Stich ins Corpus striatum sich eine Hyperthermie erzeugen läßt; diese ist prinzipiell nicht unterschieden von der fieberhaften Temperatursteigerung. Was die Faktoren betrifft, mit denen der Körper das Wärmeplus im Fieber betrifft, so erscheint feststehend, daß ein erhöhter Stoffwechsel die Ursache der erhöhten Wärmebildung ist. Neuere Versuche haben Verf. gezeigt, daß von besonderer Wirkung für die Steigerung des Stoffwechsels die proteolytischen Fermente im Muskel sind, die damit einen neuen, wichtigen Faktor in der Fieberlehre darstellen. Das Feuer im Fieber wird durch die vom Wärmezentrum kommenden kalorischen resp. trophischen Nerven in den Muskeln angefacht; es flammt hervor, indem aus dem Muskelplasma die proteolytischen Fermente hervorströmen und die lebendige Kraft des Biogens in Wärme umwandeln.

Deutsche med. Wochenschrift. No. 25. 1907.

1. Joseph, Berlin: **Die allgemeine Therapie der Geschlechtskrankheiten.**

(Nicht abgeschlossen.)

2. Croner und Seligmann, Berlin: **Ueber das Verhalten des Atoxyls im Organismus.**

Verff. haben Versuche an Hunden und Menschen angestellt; das Atoxyl wurde stets subkutan einverleibt und dann der Nach-



weis des Arsens in Organen und Exkrementen in qualitativer und quantitativer Hinsicht nach genauer dargelegten Methoden versucht. Die Resultate sind verschiedene, je nachdem es sich um erstmalige oder um wiederholte Injektionen handelte. Nach erstmaliger Injektion zeigte sich beim Hunde und ebenso beim Menschen, daß die eingeführten Arsenmengen in kürzester Zeit den Körper verlassen, und daß nach spätestens 24 Stunden der Urin arsenfrei war; im Kot war Arsen überhaupt nicht nachzuweisen. Um den zeitlichen Verlauf der Arsenausscheidung möglichst genau zu bestimmen, wurde in weiteren Versuchen der Urin in ganz kurzen Intervallen aufgefangen und untersucht; dabei ergab sich, daß die Hauptmenge des Arsens in den ersten vier bis acht Stunden ausgeschieden wird, Spuren noch bis zu zweiundzwanzig Stunden. Anders verhält sich die Ausscheidung der Arsenkomponente des Atoxyls bei wiederholter Injektion; hier erstreckt sie sich auf einen längeren Zeitraum, so zwar, daß nach der Injektion ein Hund noch nach achtzig Stunden Arsen ausschied; ferner tritt jetzt auch im Kot Arsen auf. Das gleiche ergaben auch Versuche am Menschen. Diese Versuche stehen entschieden im Widerspruch mit denen Blumenthals, der an Kaninchen experimentierte; die verschiedene Wahl der Versuchstiere erklärt vielleicht diese Differenz.

3. Sick, Leipzig: **Grenzgebiete für Biersche Stauung.**

Verf. verweist auf einige Fälle, in denen die konservative Stauungsbehandlung gar nicht erst versucht werden soll, damit man nicht die letzten Stunden zu einem erfolgreichen Handeln versäumt; es handelt sich dabei sowohl um Staphylokokken- wie Streptokokkeninfektionen, welch letztere hauptsächlich gegen die Stauung refraktär sein können. In einem Fall mit Erysipel, Phlegmone der Weichteile bis zur Mitte des Oberschenkels hinauf und Vereiterung des Fußgelenks, mit ausgesprochenen septischen Allgemeinerscheinungen, hat Verf. sich gleich zur verstümmelnden Femuramputation entschlossen und trotz der sehr ungünstigen Prognose Heilung erzielt. Trotz der scheinbar sicheren Vergeblichkeit des Unternehmens hat er so öfters durch planmäßig durchgeführtes, rücksichtsloses Freilegen der Herde, event. unter Opfern eines sonst doch verlorenen Organs Patienten retten können; so wurde bei einem Fall von Oberlippenkarbunkel (Miliarphlegmone durch Staphylokokken) in mehrfachen Eingriffen schließlich nach Exstirpation des Auges wegen Orbitalphlegmone und Abmeißelung osteomyelitischer Teile des Oberkiefers und der Orbita und später durch ausgedehnte plastische Operationen ein vorzügliches Endresultat erzielt. Bei einem andern Fall von Oberlippenkarbunkel, wo knorpelharte Infiltrationen der Oberlippe und der Nasolabialfalte und hochgradiges Oedem des Auges bestand, gelang es, durch ausgedehnte keilförmige Gewebsexzision aus der Oberlippe und der Gegend der Nasolabialfalte baldige Heilung mit gutem kosmetischem Effekt herbeizuführen. Bei einem Fall von akutester Streptokokkenosteomyelitis des Humerus konnte auch sofortige Operation den Exitus nicht aufhalten, der innerhalb des kurzen Zeitraums von drei Tagen erfolgte.

4. Proskauer, Berlin: **Ueber spezifische pathologisch-anatomische Veränderungen des Magens und der anschließenden Darmschnitte bei Typhus abdominalis.**

Verf. konnte in der Literatur nur eine Mitteilung über spezifische Duodenalveränderungen bei Typhus abdominalis finden, während sonst die beim Typhus zu findenden Veränderungen des Magens und Anfangsteiles des Darmes als katarrhalisch entzündliche beschrieben werden. Verf. fand nun bei der Autopsie eines Knaben, der an purulenter Peritonitis gestorben war, im ganzen Darmkanal in kontinuierlicher Ausdehnung vom Magen bis zum Rektum hin Schorfe und Geschwüre typisch typhösen Charakters. Sowohl die Magengeschwüre und Schorfe wie die des Duodenums zeigten völlig dasselbe Bild wie die analogen im Dünn- und Dickdarm; stets handelte es sich bei den kleineren Eruptionen des Magens und den größeren des Duodenums um Gebilde, die, bedeckt von schwarz-rötlichen oder grau-grünlichen Schorfen, scharf über die Oberfläche prominierten; während im Duodenum der Schorf erst in Lösung begriffen war, zeigte die Magenschleimhaut, vielleicht infolge leichterer Schorflösung durch Salzsäurepepsinwirkung schon mehrfach Geschwüre mit deutlich gezackten Rändern, von rundlich ovaler Gestalt. Auch die mikroskopischen Bilder, Schnitte durch solche erhabenen Schorfe und durch Geschwüre, ließen keinen Zweifel, daß es sich im Magen und Duodenum um Prozesse handelte, die den im Darm sich abspielenden völlig analog waren: verschorftes Infiltrat. An der typhösen Natur der Geschwüre dürfte wohl nicht zu zweifeln sein, trotzdem der bakteriologische Nachweis von Typhusbazillen weder in der Kultur noch in Schnitten gelang; vielleicht hängt das negative Ergebnis damit zusammen, daß die Leiche erst im Stadium vorgeschrittener Fäulnis zur Autopsie kam. Aus Galle, Milz und Ileumschorfen konnten dagegen Kolibazillen fast in Reinkultur gezüchtet werden; hierbei dürfte es sich aber wohl um eine postmortale Invasion handeln. Für die Peritonitis fand sich eine direkte Ursache nicht; nirgends war an einer der schorfigen und geschwürigen Stellen des Magendarmtraktus oder an den peritonealen Lymphdrüsen eine Perforation nachzuweisen. Der peritoneale Eiter enthielt Streptokokken in Reinkultur; auf mikroskopischen Schnitten ließ sich ein Durchwandern dieser Mikroorganismen durch die Darmwand nachweisen.

5. Gösner, Brandenburg: **Eine einfache und bequeme Agglutinationsprüfung durch den praktischen Arzt mit gefärbten Präparaten.**

Zunächst ist erforderlich eine Blutstammlösung (10%); zu deren Herstellung benutzt man am besten einen kleinen Trichter, dessen Ansatz zur Vermeidung des längeren Rinnens des Blutstropfens nahezu ganz entfernt ist, als Auffangegefäß empfiehlt sich ein kleines, etwas breites Röhrchen oder ein Uhrschälchen. Durch den Trichter werden vier Tropfen einer Formalin-Kochsalzlösung (05 : 0,6 : 100) in das Auffangegefäß geträufelt, dann ebenfalls durch denselben ein Tropfen Blut, den man aus einer Lanzettstichöffnung des Ohres hineinfallen läßt; in dem umzuschüttelnden Aufnahmegefäß befinden sich jetzt fünf gleich voluminiöse Tropfen einer Serumstammlösung von 1 : 10. Die Sedimentierung des Blutes dauert etwa 15 bis 30 Minuten. Als Agglutinationsreagens hat sich eine 1%ige Formalinkulturbouillon oder Kochsalzaufschwemmung, deren Leistungsfähigkeit Verf. bis zu 1 1/2 Jahren kontrollierte, bewährt. Zur Einleitung der Reaktion bedarf es noch einiger kleinster, etwa 1 ccm fassender Glasröhrchen und einer gewöhnlichen Tropfpipette. Mit dieser werden in je ein Röhrchen vier bezw. neun Tropfen der Formalinkultur, dann ein Tropfen der über dem Blutsediment durchaus klaren Blutstammlösung getropft, wodurch Titer von 1 : 50 und 1 : 100 geschaffen werden. Dehnt man in gleicher Weise die Agglutinationsprüfung auch auf Paratyphus aus, so erscheint es zweckmäßig, die Stammlösung statt aus vier und einem, aus acht und zwei Tropfen Formalin-Kochsalzlösung bezw. Blut herzustellen. Der Vorgang der Agglutination in den kleinen, nur wenige Tropfen enthaltenden Röhrchen, die in der Tasche mitgenommen werden können, kann nun jederzeit zu Hause oder unterwegs makroskopisch geprüft werden. Ein weiteres Verfahren kann aber auch die zeitbestimmbare Festlegung des Ergebnisses im Hause des Patienten ohne Anwesenheit des Arztes mit Hilfe einiger Objektträger ermöglichen.

Nachdem in beschriebener Weise von Typhus und Paratyphus in den Röhrchen Titer von 1 : 50 und 1 : 100 durch den Arzt hergestellt sind, bezeichnet er einen oder zwei Objektträger mit T (= Typhus), desgleichen mit P (= Paratyphus), tropft aus den entsprechenden Formalinkulturen auf je einen T- und P-Objektträger einen Kontrolltropfen, der mittels Stecknadel auf einem Enddrittel des Objektträgers einmal zart ausgestrichen wird. Nun erhält eine Pflegeperson den gewiß keine Intelligenz erfordernden Auftrag, aus den angesetzten Agglutinationsprüfungsröhrchen, die ebenfalls zweckmäßig mit T 50, T 100, P 50, P 100 bezeichnet werden, nach zwei und vier Stunden je einen Tropfen auf die Objektträger aufzutropfen und mit der Stecknadel auszustreichen. Die ausgestrichenen Tropfen trocknen schnell. Später nimmt dann der Arzt nach vorheriger guter Fixierung über der Flamme eine gewöhnliche Methylenblaufärbung der ausgestrichenen Präparate vor. Dann erscheinen die Ausstriche als mehr oder weniger diffus verwischte, zarte, durchsichtige, blaßgraue Grundflächen, auf denen nur bei Agglutinationspräparaten zahlreiche, mehr oder weniger dunkelblaue Pünktchen oder unregelmäßige Flöckchen, besonders bei auffallendem Lichte, sich deutlich und schön abheben. Die serumlosen Ausstriche lassen erkennen, ob die Formalinkulturen gebrauchstüchtig, d. h. frei von Häufchen-

bildungen waren. Mikroskopisch kann man den makroskopischen Befund noch bestätigen: in den Agglutinationsausstrichen zeigen sich verschiedene umfangreiche, dichte, unentwirrbare Bakterienhaufen, zwischen denen das Gesichtsfeld fast bakterienfrei ist, während in den übrigen Präparaten alle Gesichtsfelder mit vereinzelten Bakterien übersät sind, zwischen denen sich nur ganz kleine Häufchen von wenigen Bazillen einschieben. Wer sich von der Färbung unabhängig machen will, muß die frischen Tröpfchen mit einem Deckglas bedecken lassen; auch dann sieht man am nächsten Tage deutlich die Häufchen als mattgraue, unregelmäßige Flöckchen entweder mit bloßem Auge, oder bei sehr zarter Agglutination mit Lupe, am besten bei Tageslicht gegen das Fensterkreuz.

Das Material zu der Untersuchung kann sich jeder Arzt leicht beschaffen; zu empfehlen wäre es, wenn die Apotheken das kleine Instrumentarium und die Formalinkulturen vorrätig hielten. Die Vorteile des Verfahrens sind bedeutende: Es ist sehr einfach, bequem für den Arzt, wenig zeitraubend; neben größter Blutanspruchslosigkeit und Verzicht auf Serumgewinnung erlaubt es, mit vollständig ungefährlichem Material zu arbeiten, das stets in gleicher Reaktionsfähigkeit vorrätig ist, größte Sicherheit des Resultates, ja sogar dokumentarische Beweise der Agglutination in Form von Dauerpräparaten gebend.

6. te Kamp, Salzschlirf: **Ein Beitrag zur Kenntnis der Myotonia congenita, sogen. Thomsensche Krankheit.**

Das Wesen dieser Affektion besteht in dem Auftreten einer tonischen Muskelstarre in den willkürlich innervierten Muskeln bei gewollten Bewegungen; nach dem Nachlassen dieses Krampfes tritt eine völlig normale Muskeltätigkeit ein. Verf. beobachtete diese Affektion bei einem jungen Manne, bei dem als Veranlassungsmomente für das Auftreten der tonischen Muskelstarre hauptsächlich in Betracht kommen: Kälte, psychische Erregungen, mechanische Momente, Hungergefühl. Weder Muskelatrophie noch -hypertrophie war bei dem Patienten nachzuweisen; ebensowenig bei andern, dieselbe Affektion aufweisenden Angehörigen. In der Familie ließ sich die Krankheit bis zur vierten Generation verfolgen. Der interessante Stammbaum zeigt, daß die Krankheit vererbt wird sowohl durch Söhne wie durch Töchter; die durch Söhne vererbte erlischt bald; die durch Töchter vererbte ist dauernder; ist die Krankheit in einem Gliede erloschen, so tritt sie bei den Nachkommen nicht wieder auf, sie bleibt erloschen.

7. Goldschmidt, Berlin: **Ein vereinfachter Titrierapparat.**

Der Apparat besteht aus der Verschmelzung einer Bürette mit einem Füllgefäß, deren Verbindung durch einen Dreiweghahn hergestellt ist. Seine Vorzüge sind: bequeme Füllvorrichtung, dauernder Luftabschluß der Lösungen, automatische Nullpunkteinstellung ohne Flüssigkeitsverlust, Vermeidung von Schlauchverbindungen, daher dauernde Haltbarkeit.

8. Leuwer, Bonn: **Ein neuer Ohrsauger.**

Das Instrument besteht aus einem einfachen Ohrtrichter, an den unten ein geräumiger Eiterbauch ansetzt; an diesem befindet sich der Ansatz für den Gummischlauch. Das ganze besteht aus Glas, ist also auskochbar; dann kann man durch das Glas, wenn auch undeutlich, das Trommelfell übersehen und die Stärke der Saugung einigermaßen genau kontrollieren. Man handhabt das Instrument so, daß man mit Daumen und Zeigefinger den Eiterbauch faßt, während die drei andern Finger den kleinen Saugball pressen; dann setzt man das trichterförmige Ende in den Gehörgang bis zum festen Abschluß ein und läßt den Ball langsam los.

9. Boesser, Chemnitz: **Behandlung des Heuasthmas mit Atropin-Chinin-Injektionen.**

Um mit der anämisierenden und kontrahierenden Einwirkung auf die nasalen Schwellkörper, die das Corticin (= salzsaures Chininkoffein) ausübt, eine spezifische Wirkung auf die Bronchialschleimhaut zu vereinen, empfiehlt es sich, ersteres mit Atropin zu kombinieren. Nach dem Vorschlage von Kreidemann (d. W. 1900, Nr. 12) hat Verf. solche Corticinatropininjektionen bei Heuasthma vorgenommen mit gutem Erfolge; schon nach einer Viertelstunde trat eine wohltuende Beruhigung der erregten Nerven ein, die Aufblähung der Lunge ließ rasch nach, die Nasenatmung wurde frei; die günstige Wirkung der Injektion war eine nachhaltige, eventuell Tage bis zu einer Woche dauernd.

10. Schäffer, Leun: **Neue Prinzipien bei der Konstruktion von Röntgenröhren.**

Verf. empfiehlt die „Idealröhre" (elektrotechnisches Institut Frankfurt-Aschaffenburg). Bei dieser ist die Antikathode von einem isolierten Metalltubus umschlossen, welcher eine von dem Zentralstrahl genau in der Mitte zu passierende, kleine, kreisrunde Oeffnung, gegenüber dem Antikathodenspiegel aufweist. Diese Konstruktion bietet mancherlei Vorteile. Die Kathodenstrahlen müssen infolge der Abstoßung durch das gleichnamig geladene Rohr auf die Mitte des Platinspiegels der Antikathode auftreffen, womit eine erste Bedingung für scharfe Zeichnung erfüllt ist; die Glas- und vagabundierenden Strahlen werden vollkommen ausgeschaltet. Die Durchdringungsfähigkeit der X-Strahlen ist bei dieser Röhre eine beliebig zu verändernde, und zwar bei gleichbleibendem Vakuum; eine sekundäre Funkenstrecke ermöglicht nämlich durch Näher- und Fernerstellen eines Hebels die mehr oder weniger vollständige Entladung des Tubus, welcher durch die auftreffenden Kathodenstrahlen negativ elektrische Ladung erhält; je stärker diese Ladung ist, desto höher der Widerstand, welchen die Röhre dem Durchgang der Kathodenstrahlen entgegensetzt und desto penetrierender die X-Strahlung. Weitere Vorzüge der Röhre sind große Lichtstärke bei geringer Belastung, die Möglichkeit, bei Durchleuchtungen während des Betriebes die Röhre am isolierten Handgriff der Funkenstrecke „weicher" oder „härter" zu stellen, das Vorhandensein einer Regenerierungsvorrichtung, der billige Preis (50 M.) und der Schutz des Untersuchers bei Aufnahmen. Für Momentaufnahmen ist die Röhre nicht geeignet, dagegen für Präzisionsaufnahmen und Durchleuchtungen ideal.

11. Rietschel, Charlottenburg: **Heizung und Lüftung in Krankenhäusern.**

12. Feilchenfeld, Charlottenburg: **Obligatorische Sehprüfung bei Chauffeuren.**

Balneologische Mitteilungen.

Helgoland seit seiner Einverleibung in das Deutsche Reich. Am 9. August dieses Jahres waren bereits 17 Jahre verflossen, seitdem zum ersten Male auf dem Platze vor dem hiesigen Kommandanturgebäude von Helgoland die deutsche Flagge gehißt wurde. Es war ein altes Stück deutschen Grund und Bodens, dessen Rückerwerb auf friedlichem Wege, ohne daß deutsches Blut geflossen war, stattgefunden hatte. In den Jahren deutscher Zerrissenheit und politischer Erniedrigung war dieses Eiland anfangs von den Dänen, späterhin von den Engländern, welche die beherrschende Lage dieser Insel erkannt hatten, in Besitz genommen. Nachdem unter den deutschen Stämmen der Einheitsgedanke mehr und mehr Raum gewonnen hatte, und das Deutsche Reich im Jahre 70/71 durch Blut und Eisen zusammengeschweißt war, da richteten sich die Blicke patriotischer deutscher Männer auf jene kleine Felseninsel vor den Mündungen der Elbe, Weser und Jade, welche sich in englischen Händen befand. Es wurde in weiten Kreisen geradezu als nationale Schmach empfunden, daß vor den Toren Hamburgs und Bremens, den unter dem Schutze des jungen Deutschen Reiches machtvoll emporblühenden Hansastädten, eine fremde Macht saß, die, wenn sie wollte, die Lebensadern dieser Städte und damit die des deutschen Handels und der Industrie unterbinden konnte. Groß war daher die Freude, als Helgoland auf friedlichem Wege durch Tausch in den Besitz des Deutschen Reiches überging. Wie nun aber viele Güter im menschlichen Leben als äußerst wertvoll erscheinen, solange man dieselben nicht besitzt, mit der Erlangung derselben aber eine Einbuße ihres Wertes für den Besitzer erleiden, so ging es auch mit Helgoland. Kaum war diese Insel deutsch geworden, so ließen sich auch schon Stimmen vernehmen, die da meinten, Helgoland sei viel zu teuer bezahlt und habe für das Deutsche Reich nur wenig Bedeutung. Selbst ein Mann wie Bismarck meinte, daß Helgoland als militärischer Stützpunkt nicht von großer Bedeutung sei. Wenn nun auch zugegeben werden muß, daß eine auch noch so starke Befestigung Helgolands es nicht verhindern kann, daß eine feindliche Flotte zwischen Helgoland und dem Festlande hindurch dampfen kann, ohne von den Geschützen der Festung berührt zu werden, so ist es doch ein sehr



großer Unterschied, ob eine feindliche Flotte Helgoland als Stützpunkt für ihre Operationen betrachten kann, oder ob sie sich vorsichtig außer Schußweite der Insel halten muß. Andererseits ist es für deutsche Schiffe sehr wertvoll, wenn sie, in Bedrängnis geraten, Helgoland als Nothafen anlaufen und dort Kohlen und Proviant nehmen können. Auch bei einer Blockade der Elb- und Wesermündung durch feindliche Schiffe ist es für diese durchaus nicht angenehm, wenn eine deutsche Flottille vor Helgoland liegt, so daß sich also der Feind nach zwei Seiten zu sichern hat. Abgesehen aber auch von der militärischen Bedeutung dieser Felseninsel ist es für das deutsche Nationalbewußtsein von großem moralischen Wert, daß man sich nicht im eigenen Hause beengt fühlt. So ist denn auch die deutsche Regierung gleich daran gegangen, diesen wertvollen Besitz in jeder Beziehung zu erhalten und zu fördern. Während von den Engländern wenig oder garnichts zur Erhaltung der Insel getan wurde — es war für dieselben lediglich eine Kolonie, die sich nicht rentierte — wurden von der Deutschen Regierung alsbald Schutzmaßregeln zur Erhaltung der Insel getroffen. Da die Insel eine senkrecht aus dem Meer emporsteigende Felsmasse bildet, so stürzt, da das Gestein leicht verwittert, häufig eine selbst nach tausenden von Kubikmetern zählende Felspartie ab, die dann vom Meere verzehrt wird. So mußte, wenn auch langsam, eine allmähliche Verkleinerung der Insel eintreten, die im Laufe von Jahrhunderten den völligen Verlust des Eilandes herbeiführen konnte. Es schien nun ein gewagtes Unternehmen, wenn menschliche Kraft sich mit dem Ozean in einen Kampf einlassen wollte, um diesem seine sichere Beute zu entreißen. Die am meisten bedrohten Stellen an der Westseite der Insel, wo dieselbe am zerklüftetsten ist, versuchte die deutsche Regierung durch Aufführung von sogenannten Schutzmauern aus schwedischem Granit zu sichern. Der Zweck, den diese Mauern zu erfüllen haben, liegt nun darin, daß sie das Meer davon abhalten sollen, an die herabgestürzten Steinmassen zu kommen, sie aufzulösen und wegzuspülen. Die abgestürzten Massen sollen vielmehr hinter der Mauer liegen bleiben, so daß sich allmählich ein Böschungswinkel bildet, der ein Abstürzen der Felsmassen unmöglich macht. Daß dieses Ziel wirklich erreicht werden kann, hat die Erfahrung bewiesen. Denn vor etwa $1^1/_2$ Jahren stürzten aus einer Höhe von 50 Meter etwa 2000 Kubikmeter Gestein gegen die eine Hauptmauer. Die Mauer hielt diesen Anprall, ohne beschädigt zu werden, aus, und die abgestürzten Massen liegen, ohne daß das Meer zu ihnen gelangen kann, hinter der Mauer. Dadurch wird, wie schon gesagt, die senkrechte Wand des Felsens in eine mehr schräge verwandelt, sodaß dem Absturz neuer Felsmassen vorgebeugt ist.

Denselben Zweck wie diese Mauerbauten an der Westseite der Insel haben die Buhnenbauten auf der Düne. Der Schutz dieser Sandinsel, welche dem eigentlichen Helgoland 1800 Meter nach Osten vorgelagert ist, ist für das materielle Wohl der Einwohner von der größten Wichtigkeit. Denn da der Strand bei der Insel selbst felsig und mit Geröll bedeckt ist, so würde Helgoland als Badeort keine Bedeutung zukommen, wenn es nicht auf der ihm vorgelagerten Sandinsel, schlechthin „Düne" genannt, einen Strand hätte, der allen Anforderungen als Badestrand genügte. Die Ueberfahrt hierher zum Baden ist gerade ein Reiz, der Helgoland immer neue Anhänger verschafft. Die Existenz des Bades hängt also von der Erhaltung der Düne ab. Da nun auch der deutsche Staat auf die Erhaltung dieser Helgoland vorgelagerten Sandinsel den größten Wert legt, weil dieselbe den auf der Außenrhede ankernden Kriegsschiffen bei den verschiedensten Windrichtungen Schutz gewährt, so sind zum Schutze der Düne vom Staat Buhnenbauten im großen Stile angelegt, welche den Anprall der Wogen brechen und durch allmähliche Versandung eine Vergrößerung der Insel herbeiführen sollen. Obwohl der letzte Zweck, die Versandung der Buhnen nicht erreicht wird, so müssen doch die unermüdlichen Bemühungen der Regierung, die Sanddüne, welche nur wenig über die Meeresoberfläche hinausragt und dem Wogengange besonders stark ausgesetzt ist, zu erhalten, rückhaltlos anerkannt werden. Wenn auch für die Maßnahmen der deutschen Regierung militärische Interessen in erster Linie maßgebend sind, so decken sich dieselben doch häufig mit den Interessen der Einwohner. Auch die Besorgnis der Helgoländer, daß die Befestigungsanlagen und der militärische Zuschnitt der Insel dem Bade Abbruch tun würden, hat sich glücklicherweise nicht bewahrheitet. Von einer modernen Festung sieht man ja nur wenig, denn die Hauptbefestigungsanlagen sind den Augen der Laien entzogen, da sie versteckt unter der Erdoberfläche liegen. Die Anwesenheit der deutschen Kriegsflotte vor Helgoland im Mai und August bietet vielmehr besondere Reize für die zahlreichen Besucher Helgolands. Namentlich im August, wo das Badeleben seinen Höhepunkt erreicht, ladet die Flotte, welche in dieser Jahreszeit etwa drei Wochen in der Nähe Helgolands ankert und täglich Manöver in der engeren und weiteren Umgebung der Insel ausführt, zahlreiche Fremde nach Helgoland. Einen magischen Eindruck gewährt der Anblick der Flotte spät abends, es scheint dann plötzlich in der See eine Stadt entstanden zu sein. In langem Bogen hinter der Düne schimmert ein Lichtmeer. Das Aufblitzen der Scheinwerfer, welche zu Signalen verwendet werden, sowie das Signalisieren mittels bunter Raketen zeigt an, daß trotz scheinender Ruhe fortwährend Tätigkeit in der Flotte herrscht. Die Verständigung mit der Insel wird durch Scheinwerfer, die auf dem Oberland aufgestellt sind, sowie durch die Funkenstation, welche sich gleichfalls auf dem Oberland befindet, hergestellt. Besonders bei der Anwesenheit des Deutschen Kaisers an Bord der Flotte wird von diesen Fernsprechmitteln reichlich Gebrauch gemacht. Da gibt es für die auf der Signalstation befindlichen Matrosen tüchtig zu tun. Die Post wird in den Tagen, wo Helgoland Poststation der Flotte ist, derartig in Anspruch genommen, daß zur Bewältigung der Arbeit noch etwa 15 Hilfskräfte beordert werden. Wenn nach beendeter Übung nachmittags die Flotte hinter der Düne vor Anker geht, dann sieht man alsbald, wie von jedem Panzer oder Kreuzer Pinassen oder Barkassen entsandt werden, die pfeilschnell die See durchqueren, um in Helgoland die Post abzuliefern oder in Empfang zu nehmen. Bei Offizieren wie Mannschaften gilt ein Abstecher nach Helgoland immer als begehrenswert, wie andererseits von den hier anwesenden Fremden häufig eine Besichtigung der Kriegsschiffe vorgenommen wird, wozu bereitwilligst die Fahrt in einer Pinasse gestattet wird. Häufig wird ein solcher Ausflug bis zum Sinken der Sonne ausgedehnt, und es geht erst wieder heim zum grün-rot-weißen Eiland, wenn die Strahlenbündel des Leuchtturms über das Meer hinhuschen. Dieser Leuchtturm ist auch erst während der deutschen Herrschaft gebaut worden, ein weithin sichtbares Feuerzeichen zum Schutze des machtvoll emporblühenden Handels. Die drei Strahlen dieses Feuers, von denen je zwei einen Winkel von 120 Grad einschließen, drehen sich fortwährend, so daß man in der Entfernung etwa alle 7 Sekunden einen vorüberhuschenden Lichtstrahl gewahrt. Es gilt als eines der größten und stärksten und hat eine Lichtstärke von 34 Mill. Normalkerzen. Es wird deshalb bei sichtigem Wetter an der schleswig-holsteinischen Küste und auf der Elbe bis Brunsbüttel, etwa 80 Kilometer von Helgoland, gesehen. Wie gefährlich der Schiffahrt nicht Sturm, sondern Nebel ist, ersieht man hier recht deutlich, wenn man bedenkt, daß bei starkem Nebel eine so bedeutende Lichtmenge nur im stande ist, auf einige hundert Meter zu leuchten, so daß man kaum auf der Helgoländer Landungsbrücke den rotierenden Schein des Leuchtturms wahrnehmen kann. In solchen für die Schiffahrt äußerst verhängnisvollen Zeiten werden von der Nebelstation, welche sich auf dem Oberland befindet, alle 10 Minuten Raketen abgeschossen, die hoch in der Luft mit starkem, weithin hörbarem Knall explodieren, um die Schiffe von der Nähe Helgolands in Kenntnis zu setzen und sie vor einem Auffahren auf die hier befindlichen Klippen zu bewahren.

Während bisher die Rede war von Einrichtungen, die den praktischen Bedürfnissen des Lebens dienen, so darf doch andererseits auch nicht vergessen werden, daß auf Helgoland auch der Wissenschaft eine Stätte bereitet ist. Neben der seismographischen Station, welche die Erschütterungen unserer Erdkugel registriert, ist insbesondere die biologische Station zu nennen, welche erst unter deutscher Herrschaft zu dem geworden ist, was sie jetzt darstellt. Hier gilt es, das Leben der Pflanzen- und Tierwelt, wie sie die Nordsee bietet, zu studieren und weiteren Kreisen die Ergebnisse der Forschung zugängig zu machen. Diese Anstalt, welche von einem Direktor geleitet wird und an welcher außerdem drei Professoren und mehrere Assistenten tätig sind, gewinnt von Jahr zu Jahr an Bedeutung. Das zu dieser Anstalt gehörende Aquarium, in dem sich so ziemlich alles, was die Nord-



see an Tier- und Pflanzenwelt hervorbringt, findet, ist eine Sehenswürdigkeit Helgolands. Ein anderer Teil der Anstalt ist das sogenannte Nordseemuseum, welches auch erst unter deutscher Herrschaft errichtet ist und eine wertvolle Vogelsammlung enthält. Der Hauptteil dieser Sammlung wurde von der Deutschen Regierung angekauft, als der bisherige Inhaber derselben im Begriff stand, sie nach England zu verkaufen.

Daß auch die Badeverwaltung nicht gesäumt hat, in den letzten 17 Jahren alles, was der Förderung des Bades dienlich ist, zu tun, bedarf kaum eines Hinweises. Die kleinen freundlichen Häuser mit den sauberen Gardinen und blühenden Blumen, mit der peinlichen Sauberkeit, die selbst fürstlichen Gästen ihr bescheidenes Quartier behaglich macht, sind zwar noch dieselben wie früher. Daneben sind aber auch schon moderne Häuser mit großstädtischem Komfort entstanden, welche auch sehr verwöhnten Gästen Rechnung tragen. Besonders zu nennen sind das während der letzten 10 Jahre erbaute Kur- und Badehaus. Das letztere, mit seinen warmen und kalten Bädern, mit seinem großen Schwimmbassin ist eine wesentliche Verbesserung des Bades, da hier selbst schwächlichen Personen, welche das Baden im offenen Meer nicht vertragen, doch die belebende Wirkung des Meerwassers zu teil werden kann.

Auch die neue Brücke, welche jetzt wiederum um 45 m verlängert ist, bedeutet einen wesentlichen Fortschritt für das Bad, da durch dieselbe, abgesehen von ihrer Bedeutung als Promenade, das Ein- und Ausbooten von den Dampfern bedeutend erleichtert wird.

So ist denn nach alledem mit Freuden zu begrüßen, daß die Insel, welche dem ursprünglichen Charakter ihrer Einwohner nach deutsch gewesen ist, auch jetzt, wo die deutsche Flagge über derselben weht, einen Fortschritt in jeder Beziehung aufzuweisen hat, was auch in der jährlich wachsenden Zahl seiner Kurgäste zum Ausdruck kommt. Wünschen wir der grün-rot-weißen Insel auch für die Zukunft ein kräftiges Blühen, Wachsen und Gedeihen.

Vermischtes.

Berlin. Geh. Rat Prof. Dr. Alfred Mitscherlich feierte sein goldenes Doktorjubiläum.

Berlin. Den Privatdozenten Dr. Bergell und Dr. Schmieden ist der Professortitel beigelegt worden.

Berlin. Die Generalversammlung der Freien Vereinigung der deutschen medicinischen Fachpresse findet am 24. September d. J. im Kaiserin Friedrich-Haus zu Berlin statt. Sie wird sich u. a. mit der (hoffentlich endgültigen) Festsetzung einer einheitlichen Schreibweise der medicinischen Fremdwörter zu befassen haben. Außerdem steht auf der Tagesordnung der Bericht der Kommission über die Anlegung einer Autorenliste sowie Referate über „einige Mißstände in der medicinischen Fachpresse" (Schwalbe) und „das Verhältnis der medicinischen Presse zu wissenschaftlichen Kongressen" (Kutner).

Hamburg. Dr. M. Fürst, bisher ärztlicher Hilfsarbeiter am Hamburger Medicinalamt, ist als Leiter des Medicinalwesens nach Mühlhausen i. E. berufen.

Hamburg. Der Senat der Stadt Hamburg hat den XIV. Internationalen Kongreß für Hygiene und Demographie zu einer Besichtigung der hygienischen Anstalten Hamburgs eingeladen. Der Ausflug dahin findet nach Schluß des Kongresses für 500 Teilnehmer, auch Damen, statt. Die Stadt Hamburg läßt eine größere Denkschrift, welche als Führer für die Besichtigungen dienen soll, herstellen und plant einen festlichen Empfang im Rathause. Ein Ortskomitee bereitet den Empfang und die Führung der Gäste vor. Die Wohnungsbeschaffung hat das Reisebureau der Hamburg-Amerika-Linie, Berlin W. 63, Unter den Linden 8, übernommen.

Strassburg. Geh. Medicinalrat Prof. Dr. Biedert in Straßburg tritt von der Stelle als Medicinalreferent für Elsaß-Lothringen zurück; demselben ist der Charakter als Geheimer Obermedicinalrat verliehen worden.

Wien. Für den ersten Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie, welcher vom 2. bis 5. Oktober in Wien stattfindet, ist das Vortragsprogramm vor kurzem ausgegeben worden. Es ergibt sich daraus, daß bisher nicht weniger als 90 einzelne Vorträge und Demonstrationen gemeldet sind, während sich als Diskussionsredner zu den großen Referaten (Nierengeschwülste, Nierensteine, Albuminurie) bereits 30 Herren haben vormerken lassen.

Druckfehlerberichtigung.

In Nr. 34 haben sich wegen eines verspäteten Korrektureinganges eine Reihe sinnentstellender Druckfehler eingeschlichen, welche wir hiermit richtig stellen.

Pag. 386, Zeile 31 von oben rechts, statt Tachy muß es heißen Pachy. Zeile 32, statt Kanalsack, Duralsack. Zeile 14 von unten in derselben Spalte, statt Lymphkarten, Lymphknoten. Pag. 387, linke Spalte, Absatz 4, erste Zeile, statt Kniehöhlen, Stirnhöhlen.

Meyers Grosses Konversations-Lexikon. Ein Nachschlagewerk des allgemeinen Wissens. Sechste, gänzlich neubearbeitete und vermehrte Auflage. Mehr als 148000 Artikel und Verweisungen auf über 18240 Seiten Text mit mehr als 11000 Abbildungen, Karten und Plänen im Text und auf über 1400 Illustrationstafeln (darunter etwa 190 Farbendrucktafeln und 300 selbständige Kartenbeilagen) sowie 130 Textbeilagen. 20 Bände in Halbleder gebunden zu je 10 Mark oder in Prachtband zu je 12 Mark. (Verlag des Bibliographischen Instituts in Leipzig und Wien.)

Vier Jahre gerade sind hingegangen, seitdem der erste Band der neuen Auflage des „Großen Meyer", die allseitig als ein literarisches Ereignis begrüßt wurde, in die Welt hinausgegangen ist. Uns liegt der 15. Band und damit das Werk bis zum dritten Viertel vor. Was der Verlag damals zu bringen versprochen hatte, war nichts Geringes, und gar mancher, der die zu überwindenden Schwierigkeiten einzuschätzen verstand, wird Bedenken gehabt haben, ob es gelingen werde, das Programm des Riesenunternehmens in der festgesetzten Zeit einwandfrei durchzuführen. Nicht ohne einen Seitenblick auf ähnliche Unternehmungen, namentlich des Auslandes, möchten wir feststellen, daß der Verlag des „Großen Meyer" seine Aufgabe gründlich und trotz seiner Hunderte von Mitarbeitern einheitlich nach wohlvorbereitetem Plan zu meistern verstanden hat. Die jetzt vorliegenden Bände umfassen 13598 Seiten Text, zu denen 123 farbige und 700 schwarze Tafeln sowie 137 Karten und 157 Beilagen hinzukommen. Das kann man wohl für einen Zeitraum von vier Jahren als erstaunliche Leistung bezeichnen, auf die wir als Fachleute um so lieber die allgemeine Aufmerksamkeit lenken, als sich der Laie in der Regel, wenn er mühelos erntet, was ihm der Augenblick zu suchen eingab, gar keinen Begriff macht, welches Maß von geistiger Arbeit da aufzuwenden war und wieviel Kräfte zum Gedeihen des Ganzen zusammenwirken mußten. Das sind heute die Empfindungen, mit denen wir den bis zum Stichwort „Plakatschriften" reichenden 15. Band begrüßen, auf dessen reichen Inhalt auch nur andeutungsweise einzugehen wir uns diesmal versagen wollen, nachdem wir bei unsern frühern Anzeigen die erschöpfende Vielseitigkeit, die haushälterische, aber gründliche Stoffbehandlung, das Objektive in der Darstellung, die hervorragende Berücksichtigung des Zeitgemäßen in Wort und Bild und viele andere Vorzüge nachgewiesen und durch Beispiele genügend erhärtet zu haben glauben. Nur eins wollen wir hinzufügen, und wir tun es aus Überzeugung und im Bewußtsein unserer Verantwortung: wer immer es ermöglichen kann, der beschaffe sich den „Großen Meyer" und nutze ihn fleißig. Das aufgewandte Kapital wird sich bald und reichlich bezahlt machen.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen.



R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P. Meißner

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 16. September 1907. Nr. 37.

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Ueber die Stellung der Nordseebäder in der heutigen Balneologie.

Vortrag des Badedirektionsarztes Dr. **Nicolas**-Westerland-Sylt, gehalten in der Generalversammlung des „Verbandes Deutscher Nordseebäder" und des neugegründeten „Vereins der Badeärzte der Nordsee" am 1. November 1906, in Bremen.

Meine Herren!

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Ihnen dafür zu danken, daß Sie uns Aerzten einen Platz an Ihrem Tische eingeräumt haben. Wir hoffen und wünschen, daß unsere Mitarbeit dem gemeinsamen Ziel, d. h. der Hebung und Vervollkommnung unserer Nordseebäder, förderlich sein und dazu beitragen möge, die Verhandlungen zu beleben und zu vertiefen. Sehen wir doch, daß alle anderen Bäderverbände aus Verwaltungen und Aerzten zusammengesetzt sind, und daß dies Zusammenwirken ganz besonders zu deren Erfolgen mitgeholfen hat.

Es ist meines Ermessens durchaus nötig, daß die Verwaltungen Kenntnis haben von den augenblicklichen wissenschaftlichen Strömungen, soweit sie ihre eigenen Bäder betreffen; liegen doch hier Theorie und Praxis dicht beieinander, und wie sollen die Verwaltungen etwas Praktisches leisten können, wenn sie nicht von den Aerzten über hygienische und viele sonstigen Fragen, die die Bäder angehen, unterrichtet werden! Wir können ja gerade bei den Nordseebädern den Nachweis führen, daß ihr Aufblühen im engsten Zusammenhang steht mit dem Aufblühen der exakten Naturwissenschaften. Wenn auch diese Entwicklung ermöglicht wurde durch den wirtschaftlichen Aufschwung nach 1870/71, so können wir doch zahlenmäßig nachweisen, daß der Ruf und die sanitäre Bedeutung unserer Bäder in weiteste Kreise hineingetragen wurde, seitdem man durch Geh. Rat Fischer in Kiel weiß, daß bei jedem Seewind die Luft bakteriologisch und chemisch rein ist, seitdem wir wissen, daß zwischen Mittag und Mitternacht kaum drei Grad Differenz sind, seitdem man Seeklima und Seebad in ihrer Heilwirkung zu trennen und zu unterscheiden versteht, endlich seitdem der Einfluß der See auf die Heilung vieler chronischer Krankheiten klinisch festgestellt ist.

Die Bäderfrage hat in den letzten Jahrzehnten sehr erheblich im Heilschatz des Arztes an Raum gewonnen. Immer mehr macht sich der Satz geltend: der akute Fall wird in der Wohnung oder noch besser im Krankenhaus behandelt, der chronische im Sanatorium oder im Bade; letzteres kann man nicht mit Unrecht als Mittelstufe zwischen Krankenhaus und Sanatorium bezeichnen. Ueberall sind die Kurorte im Deutschen Reiche, dem bäderreichsten der Welt, emporgekommen; jedoch der Fortschritt der Nordseebäder, welche vom Jahre 1886 bis heute von einer Frequenz von 22000 Kurgästen auf 168000 gestiegen sind, ist von keiner anderen Bädergruppe erreicht worden. Wir müssen aber nicht unberücksichtigt lassen, daß diese hohen Zahlen nicht nur gesunde Menschen in sich fassen, sondern einen nicht unerheblichen Teil an Kranken. Der Prozentsatz der Patienten wird von Jahr zu Jahr größer. Ich habe z. B. im Jahre 1905 ungefähr berechnen können, daß von 22000 Kurgästen in der Saison ca. 1000 ärztlich behandelt sind, ungerechnet die wenigstens ebenso große, vielleicht doppelte Zahl von Blutarmen, Nervösen, Halskranken, welche, ohne einen Arzt zu fragen, nur auf hausärztlichen Plan ihre Kur durchmachten. Wenn Sie zudem die große Passantenzahl der Nordseegäste abrechnen, so kann man annehmen, daß die Zahl der Kranken in einem Nordseebad trotz der frischen roten Gesichter, welche unsere Kurgäste im Gegensatz zu denen der Badeorte des Festlandes zeigen, größer ist, als man gemeinhin anzunehmen gewillt ist, daß also, wenn ich mich so ausdrücken darf, die Medicin an der Frequenz unserer Bäder einen größeren Anteil hat, als es von vornherein scheint. Um dies zu beweisen, werde ich in Nachstehendem an der Hand unserer Fachpresse der letzten Jahre eine Uebersicht darüber geben, wie man in den maßgebenden ärztlichen Kreisen über den Heilwert der Nordseebäder denkt.

Unsere heutige Kenntnis von der Wirkung der Nordseebäder beruht außer den oben erwähnten auf den Arbeiten von Benecke-Marburg, welcher zum ersten Male den Unterschied von Seeklima und Seebad feststellte und immer wieder betonte, daß nicht das Seebaden, sondern der Aufenthalt an der See der größere Heilfaktor sei, sodann von E. Friedrich-Dresden, welcher zum ersten Male aus eigener Anschauung die Nordseebäder beschrieb, um Aerzten und Laien zu zeigen, „welche ungeheuren Schätze in Bezug auf Stählung und Kräftigung von Körper und Geist, ebenso wie auf Verhütung und Heilung von Krankheiten uns an den Küsten und insbesondere auf den Inseln unserer Nordsee das ganze Jahr hindurch zu Gebote stehen." Ferner von Hiller, welcher zum ersten Male die Ergebnisse der jüngsten Naturwissenschaft, der Meteorologie, benutzte, um den Gegensatz von Nord- und Ostsee festzustellen, d. h. daß die erstere ein ozeanisches, die letztere ein Binnenmeer sei, daß die Ostseebäder zwar vortreffliche Sommerfrischen seien, zu welchen sie sich schon durch ihre herrlichen Wälder eignen, doch könnten sie weder klimatisch noch als Bad den Nordseebädern gleichgestellt werden; endlich Sir Weber-London, welcher die große Heilwirkung der See und der Seereisen durch reiche klinische Beobachtung bewies.

Wir wissen aus den Arbeiten dieser und anderer Autoren, daß die klimatischen Eigenschaften der See, welche im Gegensatz zur Binnenlands- und Höhenluft den Begriff Seeklima umgrenzen, in der Reinheit und Staubfreiheit bestehen, ferner im hohen Feuchtigkeitsgehalt, in der größeren Luftbewegung, in der Gleichmäßigkeit der Temperatur, das heißt in dem auf

fallend geringen Schwanken der Lufttemperatur von Mittag zu Mitternacht, und daß diese Eigenschaften auf den menschlichen Organismus eine Wirkung haben, welche sich konzentriert in der Hebung und Besserung der Konstitution, eine Wirkung, welche sich auf fast alle Krankheitsgebiete und Lebensalter erstreckt, und zwar derartig, daß es darin alle modernen Klimaten bei weitem übertrifft.

Es würde uns zu weit führen, hier im einzelnen auf die Unterschiede einzugehen, welche zwischen Nordseeklima und seinem einzigen, oder wenigstens bedeutendsten — sit venia verbo — Konkurrenten liegen, nämlich dem Höhenklima; wir können nur lebhaft bedauern, daß die Physiologie sich in den letzten Jahren wesentlich mehr mit dem letzteren als mit unserem Klima beschäftigt hat. Ich möchte dagegen eine Zusammenstellung von klinischen Beobachtungen hervorragender und tonangebender Aerzte geben, welche in den letzten Jahren über die Beziehungen ihres Spezialfaches zur Bäderlehre geschrieben haben, und werde das daraus entnehmen, was sie über den Heilwert der Nordsee im Verhältnis zu anderen klimatischen und balneologischen Heilmitteln gesagt haben. Die Möglichkeit, eine derartige Zusammenstellung zu erhalten, verdanken wir Geh.-Rat Liebreich, welcher eine Reihe von Professoren und Spezialärzten aus fast allen Fächern der Medicin veranlaßte, ihre Erfahrungen in der Balneologischen Gesellschaft 1905 mitzuteilen. Aus diesen Berichten werde ich kurz referieren und dartun, inwieweit die darin niedergelegten Ansichten mit unseren eigenen Erfahrungen als Praktikern der Nordsee im Einklang stehen.

Ich beginne mit einer Arbeit des Professors C. Grawitz-Charlottenburg über Blutkrankheiten und Balneologie.

Grawitz geht von dem Gedanken aus, daß die Wirksamkeit der Bäder und klimatischen Kuren nicht sowohl in ihren direkten heilenden Eigenschaften beruhe, sondern hauptsächlich in der Beseitigung disponierender Schädlichkeiten, und wir schicken daher unsere Kranken verhältnismäßig häufiger in die Bäder, um ernsteren Organerkrankungen vorzubeugen, als um ausgebildete Krankheitszustände zu beseitigen. Er gibt sodann eine Uebersicht über die hauptsächlichsten Grundlagen der Entstehung von Blutkrankheiten, und zwar 1. infolge von krankhaften Prozessen in den Blutbildungsstätten, d. h. im Knochenmark, wozu namentlich die Bleichsucht, die Sklerosen (Syphilis) und Leukaemie gehören, 2. bespricht er die Blutkrankheiten, welche durch Säfte, Eiweiß und chronische Blutverluste, sowie durch Gifte, Blei, Quecksilber, Arsenik, Anilin, 3. diejenigen Gifte, welche im Darmkanal infolge der Zersetzung der Eiweißstoffe entstehen. Nachdem er zunächst die medikamentösen Heilmittel besprochen hat, als Eisen, Arsen, Jod, geht er auf die klimatische Behandlung der Anaemie ein, widerlegt die in den letzten Jahren verbreitete Ansicht, daß das Höhenklima in ungefähr 1500 m schon nach ein bis zwei Tagen eine Zunahme der roten Blutkörperchen von 20 bis 30% hervorrufen solle, hält auch die von Löwy gefundene Zunahme kernhaltiger Blutkörperchen im Knochenmark nicht für beweisend, da derartige Untersuchungen aus verschiedenen Teilen des Markes unter allen Umständen außerordentlich verschiedene Resultate, auch unter physiologischen Verhältnissen, darbieten. Grawitz hält die neueren Untersuchungen nach dieser Richtung für eine Bestätigung der ältesten ärztlichen Anschauung, daß zur Beseitigung der anaemischen Zustände, welche sich im Leben des Großstädters entwickeln, die Aerzte ihre Patienten ins Freie schicken, und hält es für sehr wahrscheinlich, daß der Seeaufenthalt, ja überhaupt der Aufenthalt im Freien, verbunden mit reichlicher Körperbewegung und guter Ernährung, ganz in demselben Sinne wirken wird, wie der Aufenthalt im Höhenklima.

Meine Herren! Ich möchte dazu bemerken, daß in dem Hanseatischen Genesungsheim auf Sylt, welches ich seit sieben Jahren leite, gerade die Fälle Aufnahme finden, und von den Vertrauensärzten der Landes-Versicherungsanstalt der Hansastädte gerade hierher geschickt werden, wo beginnende Tuberkulose durch mehr oder weniger erhebliche Grade von Chlorose und Anaemie kompliziert ist. Ich möchte Ihnen die Resultate der Haemoglobinbestimmungen mitteilen, damit Sie sehen, wie selbst schwere Fälle von Blutarmut hier gebessert und geheilt werden. Von den 186 Patienten des Jahres 1905 liegen 152 Messungen vor; der Vergleich der Messungen der Vertrauensärzte mit den nachstehenden zeigte, daß nur in vereinzelten Fällen die Resultate um mehr als 5 bis 10% auseinander gingen. Die beiden Zahlen bedeuten den Haemoglobingehalt bei Aufnahme und Entlassung. (Siehe Tabelle I.)

Meine Herren! Diese Resultate entsprechen der Erfahrung, daß mit wenigen Ausnahmen alle Chlorosen an der See heilen; ein Mißerfolg tritt nur dann ein, wenn organische Herzfehler das Grundleiden komplizieren!

Weiter komme ich zu der Arbeit Heubners: Badekuren im Kindesalter.

Heubner spricht zunächst über die Wirkung der Solbäder, auf welche ich etwas näher eingehen will, da unsere warmen Seebäder bei dem Kochsalzgehalt der Nordsee von $3^1/_4$ bis 4% mittelstarke Solbäder sind. Die Wirkung der Solbäder

Feuilleton.

Seereisen zu Heil- und Erholungszwecken*).

Von Dr. **E. Roth.**

Wenn auch noch keine Zeitepoche und keine seetüchtige Nation es verabsäumt hat, das altbewährte Heilmittel wieder hervorzusuchen und zur Anwendung zu bringen, so gibt es doch nur verhältnismäßig wenige größere Werke in der englischen, französischen und deutschen Literatur, welche dieses Kapitel behandeln, meist sind es Zeitschriftenartikel, in denen Schiffs- und Tropenärzte ihre wertvollen Erfahrungen niederlegten. Verf. hat dann auch die dankenswerte Arbeit uns beschert, den Inhalt dieser Arbeiten in chronologischer Reihenfolge vor uns zu entrollen, und will er gleichzeitig eine übersichtliche Zusammenstellung der Literatur und die Geschichte der therapeutischen Seereisen liefern.

Wir wollen in den folgenden Zeilen versuchen, den Gang der Entwicklung in großen Zügen zu skizzieren.

Zuerst wurde wohl das Mittelmeer zu ärztlichen Zwecken herangezogen; die Römer machten sich die therapeutischen Eigenschaften der Seeluft und des Seeklimas bereits zu Nutze und das Mittelmeer ist in dieser Hinsicht dienstbar, doch der Ozean selbst blieb ihnen noch fremd, von seiner ungleich wichtigeren Einwirkung auf die Konstitution ahnten sie noch nichts. Geraume Zeit blieb dieser Zustand bestehen. Dann machten der Verfall des Handels und die Herrschaft der Türken das Mittelmeer immer stiller und stiller, wodurch auch das Seefahren zur Herstellung der Gesundheit mehr und mehr in den Hintergrund trat. Als dann der Seeweg nach Ostindien entdeckt wurde, als die neue Welt den Schiffsverkehr mächtig hob, gab es zunächst nach diesen Richtungen keine therapeutischen Seereisen, da die Dauer der Fahrten, die sanitären Zustände an Bord der Fahrzeuge usw. keinen Anreiz in dieser Hinsicht boten. Noch im Anfange des 17. Jahrhunderts brauchten die regelmäßig nach Ostindien laufenden Handels- und Kriegsschiffe für die Reise von Holland nach Batavia beispielsweise sechs volle Monate; bei der Ankunft in Indien war dann durchschnittlich ein Drittel der Schiffsmannschaft gestorben, ein anderes lag krank danieder.

Die erste Anregung, die therapeutischen Vorzüge der See wieder auszunützen, gab wohl E. Gilchrist 1756 in seinem Buche: Ou the use of sea-voyages in medicine. Dieser englische Arzt sprach neben manchen uns jetzt nahezu als wunderlich anmutenden Ansichten, damals bereits seinen unerschütter-

*) Friedrich Edmund, Die Seereisen zu Heil- und Erholungszwecken. Berlin 1906, Vogel und Kreienbrink. 8°, XII, 325 S.



sei bisher als kräftige Anregung der Haut und Steigerung des Stoffwechsels erklärt (Braun, 1868, Lehrbuch der Balneotherapie, und Biedert, Penzoldt und Stintzings Handbuch, 1902). Jedoch seien die experimentellen Arbeiten zur Aufklärung

Tabelle I.

20 : 90	50 : 90	60 : 95	65 : 95	70 : 100
25 : 80	50 : 90	60 : 95	65 : 100	70 : 100
25 : 90	50 : 90	60 : 100	65 : 100	70 : 100
25 : 95	50 : 95	60 : 100	65 : 100	70 : 100
25 : 100	50 : 100	60 : 100	65 : 100	75 : 90
30 : 65	50 : 100	60 : 100	65 : 100	75 : 90
30 : 80	50 : 100	60 : 100	65 : 100	75 : 90
35 : 90	50 : 100	60 : 100	65 : 100	75 : 95
35 : 90	50 : 100	60 : 100	65 : 100	75 : 100
35 : 100	55 : 85	60 : 100	65 : 100	75 : 100
35 : 100	55 : 90	60 : 100	65 : 100	75 : 100
40 : 65	55 : 95	60 : 100	65 : 100	75 : 100
40 : 70	55 : 95	60 : 100	65 : 100	75 : 100
40 : 75	55 : 95	60 : 100	65 : 100	75 : 100
40 : 90	55 : 95	60 : 100	65 : 100	75 : 100
40 : 90	55 : 95	60 : 100	65 : 100	75 : 100
40 : 95	55 : 100	60 : 100	70 : 70	75 : 100
40 : 95	55 : 100	60 : 100	70 : 85	75 : 100
40 : 100	55 : 100	60 : 100	70 : 85	75 : 100
40 : 100	55 : 100	60 : 100	70 : 90	75 : 100
45 : 75	55 : 100	60 : 100	70 : 90	75 : 100
45 : 90	55 : 100	60 : 100	70 : 95	75 : 100
45 : 90	55 : 100	60 : 100	70 : 95	80 : 95
45 : 95	55 : 100	60 : 100	70 : 95	80 : 100
45 : 95	55 : 100	60 : 100	70 : 95	80 : 100
45 : 95	55 : 100	65 : 70	70 : 100	80 : 100
45 : 100	60 : 60	65 : 80	70 : 100	80 : 100
45 : 100	60 : 75	65 : 85	70 : 100	85 : 100
45 : 100	60 : 80	65 : 85	70 : 100	85 : 100
50 : 80	60 : 80	65 : 90	70 : 100	85 : 100
50 : 80	60 : 85	65 : 90	70 : 100	
50 : 85	60 : 90	65 : 90	70 : 100	
50 : 90	60 : 95	65 : 95	70 : 100	

dieser Solbäderwirkung nicht beweiskräftig, weil die Methodik, die man von einem ausschlaggebenden Stoffwechselversuch verlange, bisher niemals als einwandsfrei bezeichnet werden könne. So seien Bahrmann und Kochmann zu dem Resultat gekommen, daß die bisherigen Arbeiten dafür sprächen, daß die Wirkung der Solbäder auf den Stoffwechsel von der eines gewöhnlichen warmen Bades gleicher Temperatur nicht verschieden sei. Heubner hat an zwei Knaben eigene Versuche gemacht, auf Grund deren er seine Ansicht dahin ausspricht, daß das Solbad auf zweierlei Weise in den Stoffwechsel eingreift, erstens durch eine Ebbe- und Flutbildung des Blutes zwischen Körperinnern und der äußeren Oberfläche, und sodann durch eine Einwirkung auf die Ausbreitungen der peripheren vasomotorischen und wohl auch der sensiblen Nerven. Aus seinen Versuchen folgert er, daß die Solbäder, wie auch die tägliche Erfahrung zeige, eine eingreifende Kur darstellen oder wenigstens bei schwächlichen Kindern darstellen können. In jedem Falle sei zu verlangen, wenn eine begonnene Solbadekur über Wochen fortgesetzt werden solle:

1. daß eine gute Reaktion nach dem Bade eintritt, d. h. es solle mindestens eine halbe Stunde nach dem Bade eine gleichmäßige Erwärmung der Körperoberfläche eintreten, ferner eine rote Färbung der Schleimhäute, Nägel, Wangen, eine gute Beschaffenheit und mäßige Frequenz des Pulses und subjektives Wohlbefinden,
2. daß der Appetit steigt und mehr als vorher verzehrt wird,
3. daß das Körpergewicht steigt oder wenigstens nicht sinkt.

Heubner fügt hinzu, daß man die Seebäder als potenzierte Solbäder bezeichnen dürfe, soweit die Beeinflussung des Stoffwechsels in Frage kommt. Denn hier addiert sich zum Reiz des Salzgehalts des Wassers derjenige der kühlen Temperatur — einerseits des Wassers, andererseits der Luft beim Verlassen des Bades — und der Bewegung des Wassers. Schon von einfachen Bädern solcher Beschaffenheit hat Rubner nachgewiesen, daß sie den Gaswechsel erheblich zu steigern vermögen, und daß diese Wirkung stundenlang nachwirkt, also hier dürfte eine energische Verbrennung auch der Stickstoffe einer Körpersubstanz sicher angeregt werden. Warme Seebäder werden wie einfache Solbäder zu werten sein. Bei den kalten Seebädern, auch wenn sie nur von kurzer Dauer gegeben werden, sind aber alle beim Solbad gekennzeichneten Anforderungen an den kindlichen Organismus noch schwieriger zu befriedigen, die Indicationes also noch mit größerer Vorsicht zu stellen, die Kontrolle mit noch schärferer Aufmerksamkeit zu üben. Wo dem aber Rechnung getragen wird, werden die Seebäder ohne Zweifel mit noch nachhaltigerem Erfolg in den Haushalt des kindlichen Organismus eingreifen als die Solbäder.

---

lichen Glauben an die Heilbarkeit der Lungenschwindsucht und der Seeluft als des dazu geeignetsten Mittels aus, wobei er freilich seine an sich richtige Befürchtung nicht verhehlt, daß seine Empfehlung der Seereisen sich nicht sobald die allgemeine Anerkennung verschaffen dürfte. Einen wackeren Mitstreiter erhielt er dann in Sutherland, welcher auf Grund eigener Erfahrungen Seeluft und Seereisen nicht genug preisen konnte.

Neben manchem weniger wichtigen Werke haben wir es dann mit den Veröffentlichungen von Jan Ingen-Housz 1780 zu tun, welcher die Reinheit der Seeluft besonders bei Brustkrankheiten als heilend schildert; er will die in Lissabon oder auf Madeira erfolgten Genesungen an Lungensucht, Abzehrung und anderen hartnäckigen Krankheiten nicht so sehr dem Klima jener Orte zuschreiben, sondern vornehmlich, um nicht zu sagen, einzig und allein den Seereisen selbst. Die reine dephogistisierte sauerstoffreiche Luft kann man als den ersten Hinweis auf die jetzt so gebräuchliche Sauerstoffinhalation bezeichnen. Freilich, seine Meinung ist nicht unangefochten geblieben, William Cullen vertritt beispielsweise die Ansicht, daß neben der Bewegung des Schiffes nur noch die Gleichmäßigkeit der Seeluft als das Wirksame bei Lungenschwindsucht anerkannt werden könne, andere messen der Feuchtigkeit mit den salzigen Dämpfen der Seeluft eine höhere Bedeutung bei usw.

Für Deutschland kommt wohl hauptsächlich für die ältesten Zeiten der seit 1780 in Halle als Professor der Naturgeschichte wirkende J. R. Forster für unser Thema in Betracht. Er vermittelte seinen Landsleuten die Kenntnis der englisch geschriebenen Weltreise seines Vaters, und das Kapitel: Mittel die Gesundheit auf langen Seereisen zu erhalten, gab Anlaß zu zwei Hallenser Dissertationen, welche geradezu als bahnbrechend bezeichnet werden mußten. Wilhelm Forster zieht die Gesamtheit der charakteristischen Eigenschaften der See heran, um ihrer Heilkraft gerecht zu werden, und sein Zeitgenosse Erler begründet die therapeutischen Seereisen noch wissenschaftlicher. Freilich als Schriften von Anfängern blieben sie fast unbeachtet und wurden schließlich nur zu bald gänzlich vergessen.

So erschien wohl hin und wieder eine Schrift, welche die Seereisen der leidenden Menschheit empfahl, aber nachhaltigen Eindruck machten sie kaum. Erst Samuel Gottlieb Vogel war es beschieden, 1794 hierin etwas Wandel zu schaffen („Ueber den Nutzen und Gebrauch der Seebäder"), dem sich Alexander Peter Buchan 1804 mit „Practical observations comerning sea bathing" anreihte.

Von amerikanischer Seite kommt hauptsächlich Benjamin Rush in Betracht, der körperliche aktive Bewegung als ein unbedingtes Erfordernis bei Seereisen Lungenschwindsüchtiger und Lungenkranker hinstellt.

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts nach Beendigung der Napoleonischen Kriege war es dann R. Th. H. Laënnec, welcher seiner Ueberzeugung offen Ausdruck verlieh, daß bei dem der-

Meine Herren! Ich habe Heubners Arbeit ausführlicher behandelt, weil der berühmte Kliniker auf Grund von freilich nur zwei Versuchen — ich muß bei der Ausführlichkeit derselben aufs Original verweisen — die althergebrachte Lehre von der Wirkung der Solbäder auf die Skrofulose anzweifelt, nach welcher dieselben bisher als das wirksamste Mittel bei Lymphatismus und zur Aufsaugung und Umbildung entzündlicher Exsudate und Ablagerungen gelten und angewendet werden. Ich persönlich habe schon seit einem Jahrzehnt in der Kinderheilstätte Bethesda auf Sylt die alte Methode, skrofulöse Kinder mit warmen Seebädern zu behandeln, verlassen und verordne dieselben nur bei chronischem Rheumatismus, aber bei einer Temperatur von wenigstens 40° C. Auf empirischem Wege bin ich zu der Ueberzeugung gelangt, daß die gewöhnlichen warmen Seebäder von 35° wenig nützen und ziehe, sobald die Konstitution und die Akklimatisierung es zuläßt, die kalten Seebäder den warmen bei weitem vor. Heubner verwirft auch endlich die in den letzten Jahren aufgetauchte Idee von dem Salzmantel, welcher sich auf der Körperhaut nach Sol- und Seebädern bilden soll. Uns Praktikern an der Nordsee ist diese Idee wohl niemals plausibel gewesen. Nach dem Bade sollen, wie behauptet wurde, Salzteilchen an der Haut längere Zeit haften bleiben und eine Salzschicht über den ganzen Körper bilden, diese sollte Wasser anziehen und die Verdunstung und zugleich die Wärmeabgabe von der Haut vermindern. Die Versuche Heubners ergeben, daß einen Tag nach dem Bad nur 0,017 g Kochsalz zurückgeblieben war, während beim Kontrollversuch nicht wahrnehmbare Spuren von Silberniederschlag nachzuweisen waren. Also zu einem Ueberzug der Haut, der Wasser anzieht, dürften diese 17 mg nicht ausreichend sein.

(Fortsetzung folgt.)

Literarische Monatsschau.

Gynäkologie.

Ueber den Mechanismus der Stieltorsion von Ovarialtumoren hat Jolly an der Hand eines einschlägigen charakteristischen Falles Untersuchungen und Ueberlegungen angestellt, die ihn im Gegensatz zu den von Küstner und anderen aufgestellten Theorien und in Uebereinstimmung mit den von Olshausen geäußerten Anschauungen zu folgendem Resultat führen.

Jeder wachsende Ovarialtumor hat die Tendenz, nach der Mitte des Beckens zu rücken, da er hier die geringsten Widerstände findet. Ein Tumor, der von vornherein zentral wächst, braucht seine Lage im Becken nicht zu ändern. Ein Tumor, dessen Volumenzunahme lateral gerichtet ist, stößt bald an der seitlichen Wand an. Der Tumor wird nach einem Ort geringeren Widerstandes geschoben, mit einer Kraft, die seiner Volumenzunahme entspricht. Da der Tumor an einer Achse befestigt ist, ist eine Lageveränderung nur durch Drehung um dieselbe möglich. Da die Achse etwa in der Richtung der Beckenführungslinie verläuft, ist die Drehung eine Kreiseldrehung, nicht eine Drehung um eine quere Achse. Die Drehungsrichtung, die ein Tumor einschlägt, hängt davon ab, wo die Achse und wo der freie Pol des Tumors liegt. Entwickelt sich der Tumor hinter dem Uterus, dann liegt die Achse vorn, der Tumor dreht sich hinten herum, im Küstnerschen Sinne, in Supination. Entwickelt sich der Tumor vor seinem Stiel, dann dreht er sich vorn herum in Pronation. Der Tumor behält die einmal eingeschlagene Drehungsrichtung bei. Nach einer Drehung um zwei Rechte kommt die Hinterfläche nach vorn zu liegen und umgekehrt. Der Stiel folgt der Lageveränderung und liegt nach einer Drehung um zwei Rechte in der entgegengesetzten Beckenhälfte, wird also von hinten nach vorn oder umgekehrt geführt. Ein Tumor, der die Drehung auf der einen Seite in Pronation begonnen hat, setzt sie daher auf der anderen Seite in Supination fort. Die treibende Kraft der Stieldrehung ist in der Wachstumszunahme des Tumors, der Drehungsmodus in der Art der Entwicklung zu suchen.

Einen der äußerst seltenen Fälle von Inversio uteri post abortum konnte Prüsmann beobachten. Die 32jährige V-para machte einen spontanen Abort M. V. durch, bei dem die Plazenta zurückblieb. Nach acht Tagen mäßige Blutung, nach weiteren drei Wochen, nach Heben einer schweren Last, starke Blutung. Patientin blieb noch immer unbehandelt, und erst, als nach wieder acht Tagen eine ganz enorme Blutung einsetzte, wurde ein Arzt gerufen, der einen invertierten Uterus mit noch adhärenter Plazenta fand und die Plazenta ablöste. Kurz darauf sah P. die vollkommen ausgeblutete Patientin. In der Vagina lag der invertierte, schlaffe, hühnereigroße Uterus, von den Bauchdecken aus war deutlich der Inversionstrichter zu fühlen. Da ein Repositionsversuch scheiterte, wurde die Vagina fest austamponiert und zunächst die Anämie zu bekämpfen versucht. Trotzdem ging Patientin nach ¾ St. zu Grunde.

Eine neue Komplikation nach Pubotomie, nämlich die Bildung einer Inguinalhernie im Knochenspalt, beschreibt Hartmann. Die Hernie kam zustande dadurch, daß infolge des Ausbleibens der Wiedervereinigung der übermäßig auseinandergewichenen Knochenenden dem Leistenkanal die Hauptstütze fehlte.

Um eine dauernde Beckenerweiterung nach der Pubotomie zu erzielen, macht Wendeler den praktisch noch nicht erprobten Vorschlag, in die Knochenwunde einen geeigneten Fremdkörper aus Metall, Zelluloid, Elfenbein oder präparierten Tierknochen einheilen zu lassen.

Die Krönigsche Klinik hat die Indikation für die Ausführung der Beckenspaltung erheblich erweitert. Ausgehend von der Tatsache, daß ein reifes Kind nur dann spontan durch ein Becken von weniger als 7,25 cm conjug. vera gehen wird, wenn zuvor eine beckenerweiternde Operation ausgeführt ist, und von der Erfahrung, daß die sofort im Anschluß an die Pubotomie vorgenommenen entbindenden Operationen besonders bei Erstgebärenden Weichteilverletzungen schwerster und gefährlichster Art fast unvermeidlich entstehen lassen, hält Krönig sich für berechtigt, bei einer Beckenverengerung des erwähnten Grades die Beckenspaltung an Primiparen schon in der Schwangerschaft vorzunehmen. Bei einem entsprechenden Falle wurde die Beckenspaltung in Form der Symphysiotomie vier Wochen ante terminum ausgeführt, mit dem Erfolge, daß es zur Spontangeburt eines lebenden reifen Kindes kam.

Eine besondere Form klimakterischer Blutungen, die er als zervikale Hämatometra bezeichnet, beschreibt Meyer-Ruegg. Wochenlang andauernder blutig gefärbter Ausfluß führte die Patientinnen, die schon über das durchschnittliche klimakterische Alter hinaus waren, zum Arzt. Die Untersuchung bestätigt den blutigen Ausfluß und ergibt ferner: die Scheide ist kurz, senil, atropisch, die Portio ist klein, das corpus uteri involviert, der supravaginale Teil der cervix dagegen unverhältnismäßig groß. Der Muttermund ist sehr klein, kaum oder garnicht zu tasten.

---

zeitigen Stande der Wissenschaft wir noch kein besseres Mittel zur Bekämpfung der Lungenschwindsucht haben, als Seereisen und dauernder Aufenthalt an der Meeresküste in mildem Klima.

Charles Polydore Forget war selbst zehn Jahre Marinearzt gewesen, ehe er seine Empfehlung der Seereisen niederschrieb; ihm gelten fast ausschließlich wärmere Gegenden, die Tropen, als Ziel von therapeutischen Fahrten zu Wasser; wenn auch beispielsweise einiger Vorteil von dem Einatmen der feuchten und gemäßigten Seeluft wie des Teerdunstes des Inneren der Schiffe erzielt werden möchte, so kämen diese Reisen doch nur als Mittel der Uebersiedelung nach der heißen Zone in Betracht. Nur bei Gemütskrankheiten verspricht er sich direkte Vorteile von den Seefahrten.

Im Gegensatz zu dem Franzosen finden wir bei James Clark 1829 eine mehr nördliche Begrenzung des Gebiets der therapeutischen Seereisen, geradezu mit Vermeidung der gesamten Tropen und Warnung vor denselben.

Freilich blieben seine Ansichten nicht lange unwidersprochen, Ch. Dujat, Jules Fournet, Chervin und andere machten ihm darin Opposition.

Im großen und ganzen beschäftigt sich aber die Literatur stets nur mit Seebädern und glaubt mit dem Hinweis, daß Seereisen auch großer Vorteil und starke Kräftigung der Gesundheit inne wohne, genug getan zu haben.

(Schluß folgt.)

Mit einiger Mühe und mit Ueberwindung eines Widerstandes gelangt die Sonde in den Zervixkanal hinein; er ist ampullenartig erweitert, beim Zurückziehen der Sonde quillt vermehrter blutiger Schleim und schwarzes geronnenes Blut heraus. Wird der äußere Muttermund ausgiebig erweitert, so ergibt sich, daß er mit lose haftender, schwarzer, ausgetrockneter Cruormasse angefüllt ist. Nach der Erweiterung und Entleerung der Zervix sistieren Blutung und Ausfluß vollständig und dauernd. Es handelt sich mithin um eine Stenose mit konsekutiver Retention, die wiederum den blutig-serösen, karzinomverdächtigen Ausfluß veranlaßt.

Ueber die Erfahrungen mit Bierscher Stauung bei der Behandlung der Mastitis berichtet Paul aus der Dresdener Klinik in sehr günstigem Sinne. Sieben Fälle wurden gestaut, davon gelang es in fünf Fällen — bei vier Mastitiden und einer Phlegmone — den Prozeß in zwei Tagen ohne Inzisionen zu kupieren; die beiden anderen Fälle, eine intrakanalikuläre Mastitis und eine Gasphlegmone, wurden nach der Inzision aufs günstigste beeinflußt.

Auf eine seltene und in den älteren Arbeiten fast nie erwähnte Indikation zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt lenkt Zurhelle in einer Arbeit aus der Bonner Klinik wieder einmal die Aufmerksamkeit: es ist das das habituelle Absterben der Frucht in den letzten Schwangerschaftsmonaten. Ist die Ursache des Absterbens der Frucht im einzelnen Falle bekannt, so ist selbstverständlich die Behandlung derselben, soweit eine solche möglich ist, das rationellste. Ist eine Behandlung nicht möglich oder wird der Arzt in der zweiten Hälfte einer Schwangerschaft zugezogen, der wiederholte Totgeburten ohne nachweisbare Ursachen vorangegangen sind, so besteht bei dem regelmäßigen Absterben der Frucht in der letzten Zeit der Schwangerschaft eine Indikation zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Denn es liegt, wie die praktische Erfahrung lehrt, die Wahrscheinlichkeit vor, daß auf diese Weise ein fast reifes, lebendes Kind geboren wird, das kräftig genug ist, am Leben zu bleiben, während ohne ärztliches Eingreifen ein um wenige Wochen älteres Kind fast sicher vor der Geburt abstirbt.

Einen eigenartigen Fall von Pfählungsverletzung des Genitale hat Hannes beobachtet. Die an einem Totalprolaps leidende Frau kam bei der Landarbeit so unglücklich zu Falle, daß sie mit dem Prolaps in eine mit der Spitze nach oben liegende Sichel fiel. Nach provisorischer Tamponade wurde die Patientin mit peritonitischen Symptomen in die Klinik eingeliefert, wo folgender Befund erhoben wurde: Die völlig invertierte hintere Scheidewand ist durch einen scharfen Schnitt breit bis in das Peritoneum hinein eröffnet; aus der Wunde stülpt sich das retrovertiert liegende Corpus uteri heraus, welches auf seinem Fundus einen tiefen, querlaufenden, schmierig belegten Einschnitt zeigt; in der Umgebung peritonitische Veränderung. Sofortige Totalexstirpation; in den nächsten Tagen Rückgang der peritonitischen Symptome, nach 14 Tagen Exitus an doppelseitiger Unterlappenpneumonie. Zickel-Berlin.

Periodische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift. Nr. 25. 1907.

1. Sellheim, Düsseldorf: **Die Einübung der Nachgeburtsoperationen.**

Ein wichtiges Bindeglied zwischen dem Hantieren an Kindesleichen im Lederphantom und den Manipulationen im Uterus der Frau kann die tierische Geburtshilfe bieten; namentlich kann man ihren Nutzen gewahr werden bei den Nachgeburtsoperationen. Das Zurechtfinden im Uterus der Kuh, das Lösen der vielen Pagenten, und das Ausschließen von Resten der Plazenta und der Eihäute ist überaus lehrreich. Eine einmalige Betätigung im puerperalen Uterus der Kuh führt alle möglichen Eventualitäten vor Augen. Wer eine Viertelstunde im Kuhuterus mit Verstand herumgearbeitet hat, ist mit der Materie soweit vertraut, daß er sich unter allen Umständen im Uterus der Frau zurechtfindet. Die diagnostischen und technischen Schwierigkeiten sind bei dem Uebungsstück sicherlich größer als im Ernstfall.

2. Hildebrandt, Halle: **Ueber das pharmakologische Verhalten von Oxybenzyltanninen.**

Aus H.s Untersuchungen geht hervor, daß den ein verdecktes Hydroxyl am Benzolring tragenden Tanninderivaten die adstringierende Wirkung des Tannins nicht zukommt, wohl aber denjenigen Derivaten, welche — wie das Phenol selbst — außer der OH-Gruppe keine weiteren Gruppen am Kern tragen, oder aber an gewissen Stellen reine Alkylgruppen. Hier ist die durch die Gegenwart des Phenolrestes bedingte Reizwirkung so geringfügig, daß sie im alkalischen Darme die adstringierende Wirkung der Tanninkomponente nicht zu beeinträchtigen vermag. Der Vorzug dieser Derivate gegenüber dem Tannin beruht darauf, daß sie infolge ihrer Unlöslichkeit in Säuren den Magen nicht beeinflussen, andrerseits im Darme infolge der Phenolkomponente eine besondere antiseptische Wirksamkeit entfalten können. Bei den entsprechenden Verbindungen des Tannins mit Guajakol, Kreosot, worin ja auch Oxymethylphenole wie Guajakol, Kresol und event. noch giftigere Phenole enthalten sind, kann wegen der starken lokal ätzenden Eigenschaft eine für die Therapie verwendbare anstringierende Wirkung nicht zur Geltung kommen, ganz abgesehen davon, daß die Derivate des Kreosots ein in seiner Zusammensetzung unkontrollierbares Gemisch wären. Für eine praktische Anwendung erscheint das Thymol-Derivat des Tannins am meisten geeignet, umsomehr, als Thymol selbst nach vielfältigen Erfahrungen das unschädlichste von allen Phenolen ist und sich für die innerliche Darreichung als Darmdesinfiziens und gegenüber gewissen Darmparasiten bewährt hat. Ein entsprechendes Präparat — Tannothymal — wird von Schimmel & Co. in Miltitz bei Leipzig dargestellt.

3. Baumgarten, Halle: **Praktische Erfahrungen über Oxybenzyltannine (Tannothymal).**

4. Bach, Marburg: **Die Beziehungen der Medulla oblongata zur Pupille.**

Bumke und Trendelenburg waren auf Grund von Tierexperimenten zu dem Ergebnis gekommen, daß die vom Verf. gemeinsam mit Meyer aufgestellte Hypothese über die Beeinflussung der Lichtreaktion und Pupillenweite von der Medulla oblongata aus aufgegeben werden müsse. Demgegenüber verweist Verf. darauf, daß er bei der Freilegung der Rautengrube von der Hinterhauptsschuppe aus eine öfters hochgradige Miosis, sowie Lichtstarre oder starke Herabsetzung der Lichtreaktion beobachten konnte. Ganz besonders aber spricht für seine Hypothese, daß er öfters längere Zeit, einmal 3/4 Stunden lang auf den Wiedereintritt der Reaktion vergeblich wartete, und dann durch einen Schnitt zerebral von der Mitte der Rautengrube ein sofortiges Wiedereintreten der Lichtreaktion in prompter und ausgiebiger Weise herbeiführen und längere Zeit beobachten konnte.

5. Schmidt, Heidelberg: **Ueber die Massage durch „rhythmischen Druck" (nach Prof. Cederschiöld) und ihre Verwendung zur Nachbehandlung intraabdomineller Organoperationen.**

Die Methode Cederschiölds geht von der bewußten Absicht aus, die zertrümmerten Gewebe durch Druck, und nicht durch Reibung, möglichst schonend zu beeinflussen, die pathologischen Produkte in zartfühlender Weise zu zerdrücken und durch ein An- und Abschwellen dieses Druckes und einen Ortswechsel desselben in zentripetaler Richtung eine rhythmische Pump- und Saugwirkung in den Lymph- und Blutbahnen der geschädigten Partie auszuüben, sowie durch einen in der ganzen Peripherie allseitig wirkenden Druck die Fortschaffung des Extravasates etc. und seine Resorption anzubahnen. Auch legt sie Wert darauf, daß der Druck in peripherer Wirkung ein allseitiger ist, so daß zerdrückte oder sonst der Resorption anheimfallende pathologische Produkte nicht seitlich ausweichen können, sondern nur zentralwärts vorgeschoben werden. Cederschiöld verwendet dazu, da, wo es angängig ist, also an den peripheren Gelenken der Hand und des Fußes, am Vorderarm und Unterschenkel, die umklammernde Hand, die zunächst langsam drückend ansetzt und deren Druck immer stärker wird und anschwillt; dann, ohne die Hand zu entfernen, nachläßt und von neuem zunimmt. Damit wird eine Druck- und Saugwirkung in den Blut- und Lymphbahnen der bearbeiteten Partie ausgeübt, das Blut treibt hindurch und beseitigt die Stauungsödeme in den Lymphwegen. Nach einigen



Druckmanövern rückt die Hand zentralwärts um ihre eigene Breite weiter und wiederholt den rhythmischen Druck Schritt für Schritt nach aufwärts. Hämatome werden so gut beseitigt, Oedeme rasch weggedrückt und Extravasate, z. B. in den Sehnenscheiden schnell verringert. Die Intensität des sich steigernden Druckes muß man natürlich der Art der Erkrankung anpassen und da, wo die Empfindlichkeit es gebietet, am wenigsten Kraft entfalten. Wo die Hand die Extremität nicht ganz umfassen kann, wird der Druck auf die großen Muskelgebiete gruppenweise ausgeführt, und zwar der Extensoren- und Flexorenbündel getrennt, und besonderer Wert darauf gelegt, daß in den Fällen, bei denen Tiefenwirkung erwünscht ist, der Knochen als Gegenlager dient. An Schulter und Rücken verfährt man wie an umfänglicheren Extremitäten; an Hals und Nacken, oder wenn man die Wirkung nur auf einen kleinen Kreis beschränken will, drückt man mit den Fingerspitzen, die dicht nebeneinander liegen und langsam den Ort wechseln. Verf. hat die Methode besonders wertvoll gefunden zur Nachbehandlung intraabdominaler Organoperationen, namentlich zur Hebung von Adhäsionen und zur aktiven Belebung erschlaffter Organabschnitte. Prinzipiell hat er sie angewandt in der Nachbehandlung nach Entfernung des Wurmfortsatzes, wo Zirkulationsstörungen in den betreffenden Darmabschnitten, Rückstände der Entzündung oder postoperative Adhäsionen eine aktive Peristaltik und eine regelmäßige Entleerung des Zoekum und seiner Nachbarschlingen verhinderten. Mit den anfangs vorsichtig, später tiefer sich eindrückenden Fingern der rechten Hand sucht man das Zoekum und exprimiert es gegen die Innenfläche der Beckenschaufel. Dabei verläßt die außen aufgelegte Hand nicht ihren Platz auf der Bauchhaut, sondern sie läßt mit einer seitlichen Verschiebung der Bauchdecken die tiefen Gebilde nur unter den aufgelegten Fingern durchrollen und fügt vielleicht eine kreisförmig rotierende Bewegung hinzu, bei der die Finger abwechselnd tiefer eindringen und mit dem Drucke nachlassen. Dabei fühlt man, wie nach und nach die oft erhebliche Masse des angefüllten Darmkonvoluts schwindet. Andererseits löst und dehnt man damit auch Adhäsionen in der Tiefe, indem man das Zoekum unter Gegendruck gegen die Darmbeinschaufel festhält und namentlich, ohne es durchgleiten zu lassen, nach außen und nach oben drängt, gleichzeitig aber auch die äußeren Bauchdecken dagegen verschiebt, um auch hier die Verklebungen zu beseitigen. Die Behandlung setzt natürlich erst dann ein, wenn die akut entzündlichen Erscheinungen geschwunden sind und eine Gefährdung der Bauchnarben nicht mehr zu befürchten ist. In gleicher Weise ging Verf. in der Nachbehandlung von Kranken vor, die eine Gallensteinoperation mit Erhaltung der Gallenblase und vorübergehender Cholezystotomie durchgemacht hatten. Die Massage durch rhythmischen Druck drängt die Gallenblase von der Bauchwand ab, entleert durch Steigern und Nachlassen des Druckes ihren Inhalt und regt sie zu aktiver Kontraktion an.

6. Neurath, Wien: **Zur Frage der angeborenen Funktionsdefekte im Gebiete der motorischen Gehirnnerven.**

Verf. berichtet über einen wenige Wochen alten Säugling, der sicher angeborene Beweglichkeitsdefekte im Innervationsbereich des einen Fazialis, weniger ausgesprochen der Augenmuskeln aufwies; das Stationärbleiben der Funktionsdefekte während einer mehrwöchigen Beobachtungszeit, die Kombination des Befundes mit Verbildungen der Ohren, des Genitales, des Augenhintergrundes, des Haarwachstums, und, wie die Autopsie erwies, mit einseitiger Nierenaplasie, Verlagerung der Aorta und offenem Duktus Botalli berechtigt, diesen Fall in die Reihe der Fälle mit angeborenen Beweglichkeitsdefekten im Gebiete der motorischen Gehirnnerven einzureihen. Die genaue Durchmusterung des Zentralnervensystems ergab nun keine, als Ursache der klinischen Erscheinungen anzusprechende Veränderung. Der Fall lehrt demnach, daß die kongenitalen Beweglichkeitsdefekte im Gebiete der motorischen Hirnnerven nicht nur, wie ein Fall von Heubner zu zeigen geeignet ist, auf primärer Agenesie der zentralen Kerne, eventuell kombiniert mit primären Störungen der Muskelentwicklung, nicht nur, wie ein Fall von Marfan und Delille gedeutet wird, auf Entwicklungsstörungen im peripheren Nervenstamm zu beziehen sind, daß solche Defekte vielleicht auch im Sinne Moebius' manchmal durch toxische Zelldegenerationen des Innervationszentrums bedingt sein können, daß aber sicher auch primäre Muskeldefekte, Dysplasie und Agenesie der Muskulatur allein zu den Erscheinungen von Funktionswegfall in von Hirnnerven versorgten Muskeln und Muskelgruppen führen können. Pathogenetisch ist das Zustandekommen der angeborenen Beweglichkeitsdefekte auf Entwicklungshemmungen des zentralen funktionellen Zentrums oder der motorischen Leitungsbahnen oder des muskulären Apparates zurückzuführen; die in Betracht kommenden evolutionären Anomalien können sich im ganzen Bereiche des funktionellen motorischen Apparates finden.

7. Holzbach, Düsseldorf: **Beiträge zum Skopolamindämmerschlaf in der Geburtshilfe.**

Ueber die Beziehungen des Skopolamins zum Kinde während und nach der Geburt.

Um die Frage zu entscheiden, ob eine Beeinflussung des Kindes sub partu und post partum durch das Skopolamin stattfindet, ist der Nachweis des Alkaloids in Substanz in den Sekreten und Exkreten notwendig. Da es sich um millionstel von Grammbruchteilen dabei handelt, reichen chemische Methoden nicht aus; dagegen gelingt der Nachweis noch kleinster Mengen mit dem physiologischen Experiment, das die starke mydriatische Wirkung des Hyoszins benutzt. Verf. hat so gefunden, daß Kolostrum von mit Skopolamin behandelten Frauen unabhängig von der Menge des gereichten Alkaloids stets Spuren desselben enthält; in der Milch, die bis sechs Tage post partum geprüft wurde, fand sich Hyoszin in Spuren bis zum dritten Tage; ein Parallelismus mit der gereichten Dosis war auch hier nicht zu konstatieren. Im kindlichen Urin fand sich, wenn er sofort post partum aufgefangen wurde, stets Hyoszin; der zweite Urin der Kinder enthielt geringere Mengen, im dritten war das Alkaloid meist nicht mehr nachweisbar. Oligopnoische oder apnoische Kinder schieden im ersten Urin wenig, im zweiten Urin mehr Skopolamin aus; auch wenn die Geburt schon 1/4 Stunde nach einer einmaligen Injektion erfolgte, war das Hyoszin im Urin schon nachweisbar; bei Kindern, die schlecht die Brust nahmen, oder bei andern, die Milch tranken, in der Hyoszin nachgewiesen war, fand sich das Alkaloid nicht im Harn.

Die Untersuchungen beweisen, daß das der Mutter sub partu einverleibte Hyoszin nicht nur im mütterlichen Urin ausgeschieden wird, sondern auch im Kolostrum und in der Milch der ersten Tage in kleinen Mengen nachweisbar ist, außerdem durch den Plazentarkreislauf auf die Frucht übergeht und von dieser schon nach 1/4 Stunde durch die Nieren wieder aus dem Körper entfernt werden kann. Es ergibt sich daraus, daß mit der Milch der ersten Tage in der Tat Skopolamin in Spuren auf das Kind übergeht; ob ihm daraus ein wesentlicher Schaden erwächst, muß eine genaue klinische Beobachtung während des Stillgeschäftes ergeben. Außerdem ist der Nachweis erbracht, daß das Skopolamin unter und nach der Geburt im kindlichen Körper kreist und dort die Erscheinungen hervorrufen kann, die bei einem Teil der Fälle zu beobachten ist. Das am Ende der Austreibungszeit im kindlichen Blutkreislauf befindliche Gift setzt durch Lähmung der Vagusendigungen den Vagustonus herab, vermehrt die Widerstände im Inspirationszentrum; um diese zu überwinden, bedarf es einer wesentlich stärkeren, d. h. längere Zeit in Anspruch nehmenden Kohlensäureansammlung im kindlichen Blute; Atemzüge treten deshalb nur in längeren Intervallen ein. Mit der rasch vor sich gehenden Ausscheidung des Alkaloids aus dem Körper verschwindet die Lähmung, die Atmung kehrt zur Norm zurück. So erklärt es sich auch, daß unter Umständen im ersten Harn des oligopnoischen Kindes nur wenig Skopolamin zu finden ist; die Ausscheidung ist hier noch im Gange. Praktisch ergibt sich, daß man mit einer Unterschätzung der Reizung des Atemzentrums, bei schwer apnoischen Kindern mit einer Beschleunigung der Ausscheidung des Alkaloids durch Anregung der Diurese (Kochsalzeinläufe) therapeutisch eingreifen kann.

8. Schwerdt, Gotha: **Weitere Fälle von Sklerodermie, behandelt mit Mesenterialdrüsen.**

Verf. berichtet über sechs Fälle zirkumskripter Sklerodermie, die er mit Erfolg durch Darreichung von Mesenterialdrüsen vom Schaf behandelt hat. Das Drüsenpräparat ist unter dem Namen Coeliacin (Apoth. Bormann-Gotha) erhältlich; von den Tabletten werden täglich ein bis zwei Stück genommen; dieselben wurden

ohne Schwierigkeit genommen; die Wirkung auf den Verdauungsapparat war einmal bezüglich des Appetits ungünstig, meist indifferent, einmal erfolgte prompte Besserung lang bestehender Darmbeschwerden. Die Kur stellt in vorgeschritteneren Fällen große Anforderungen an die Geduld des Patienten.

9. Sicherer, München: **Vererbung des Schielens.**

Verf. gibt den Stammbaum einer Familie, in der sich durch vier Generationen der Strabismus verfolgen läßt und sich in eigenartiger, typischer Weise vererbt. Zur Beobachtung kam ein Mann mit seit frühester Kindheit bestehendem Strabismus convergens links, dessen Vater links geschielt hatte. Aus erster und zweiter Ehe hat er neun lebende Kinder; sämtliche Knaben zeigen linksseitigen Strabismus convergens, linksseitige Hyperopie und Amblyopie, während die Mädchen emmetropisch sind und nicht schielen. Die Knaben geben einen deutlichen Beweis des Dondersschen Satzes, daß der Strabismus convergens dann zustande kommt, wenn Hyperopie mit Herabsetzung der Sehschärfe des einen Auges verknüpft ist. Der älteste Sohn erster Ehe besitzt drei Kinder, zwei Söhne und eine Tochter; der älteste ist rechts emmetropisch, links hyperopisch und amblyopisch und zeigt eine geringe Ablenkung des linken Auges nach innen; der jüngere Sohn zeigt einen ähnlichen Befund, schielt aber noch nicht; die Tochter ist beiderseits emmetropisch und schielt nicht. Von den noch lebenden Geschwistern des zur Beobachtung gekommenen Mannes sind zwei Brüder und zwei Schwestern mit Strabismus behaftet; ein Bruder ist nicht verheiratet; der andere heiratete eine Frau, die gleichfalls schielte, der Sohn aus dieser Ehe schielt ebenfalls. Von den beiden Schwestern, die beide verheiratet sind, besitzt die eine als einziges Kind eine Tochter, die schielt; die andere Schwester hat eine nichtschielende Tochter, die mit einem nichtschielenden Manne verheiratet ist; von den vier Kindern aus dieser Ehe schielen die beiden Söhne, die beiden Töchter nicht. Hier hat sich also der Strabismus mit Uebergehung einer Generation in gleich typischer Weise nur auf die Knaben der nächsten Generation vererbt.

10. Jähne und Schmidt, Dresden: **Ueber einen Fall von zerebraler Fettembolie, kombiniert mit Tetanus.**

Bei einem Patienten, der durch Ueberfahren eine Oberschenkelfraktur und Hautwunden am Oberschenkel und der einen Hand erlitten hatte, stellte sich nach anfänglich gutem Befinden Temperatursteigerung ein, Benommenheit, tonische Kontrakturen der Extremitätenmuskulatur, Kieferstarre, Nackensteifigkeit; nach vier Tagen trat in tiefem Koma der Exitus ein. Die Autopsie ergab zahlreiche Fettembolien in verschiedenen Organen, besonders in den Lungen und im Gehirn. Aus den Hautwunden ließen sich typische Tetanusbazillen züchten. Das Zusammentreffen von Fettembolie und Tetanus ist ein sehr selten beobachtetes. Die klinischen Erscheinungen (Fieber, Trismus, Nackensteifigkeit) können durch jede der beiden Affektionen ausgelöst werden; Verf. sind geneigt, sie im vorliegenden Falle als durch die Fettembolie bedingt anzusehen.

11. Schumm, Hamburg: **Ein neues Gärungsröhrchen zum Nachweis von Traubenzucker im Harn und eine einfache sterilisierbare Sicherheitspipette.**

Die kleinen Apparate werden an Abbildungen beschrieben.

12. Groß, Harburg: **Eine neue Magensonde für Röntgenzwecke.**

Dieselbe stellt einen für Röntgenlicht undurchlässigen Gummischlauch dar, der für Flüssigkeiten und Gase durchgängig ist und so zum Auspumpen des Mageninhalts und zur Röntgenaufnahme zugleich verwendet werden kann.

13. Penkert, Halle: **Beeinflußt die Injektion von Stovaïn in den Lumbalsack die motorischen Funktionen der Eingeweide?** Bemerkungen zu der gleichnamigen Arbeit von Roith, d. W. Nr. 19.

Verf. glaubt, daß das Stovaïn keinen Einfluß auf die motorische Funktion der Eingeweide hat, wohl aber das Morphium-Skopolamin; er empfiehlt deshalb zur Vermeidung des lästigen Kotabgangs und Ruhigstellung des Darms während der Operation die Kombination der Lumbalnarkose mit dem Skopolamin-Morphium-Dämmerschlaf.

14. Spude, Friedland: **Entgegnung auf die Kritik meiner Monographie: „Die Ursache des Krebses und der Geschwülste im allgemeinen" durch Herrn Privatdozenten B. Fischer.**

15. Stadelmann und Wolff-Eisner, Berlin: **Ueber Typhus und Kolisepsis und über Typhus als Endotoxinkrankheit.**

Verff. geben zunächst die Krankengeschichte eines 25jährigen Mädchens, das stets gesund gewesen war und mit Fieber, Appetitlosigkeit, unregelmäßigem Stuhlgang, Kopfschmerzen erkrankte. Die Milz war vergrößert, Roseolen nicht nachzuweisen, Widal am sechsten Tage negativ; zunehmende Schwäche; am zwanzigsten Tage Widal stark positiv; im Venenpunktionsblut typhusähnliche Bakterien; am dreiundzwanzigsten Krankheitstage stellten sich peritonitische Erscheinungen ein, die unter Herzschwäche zum Exitus führten. Die Autopsie ergab die Zeichen der Peritonitis; im Jejunum und Ileum fanden sich in beschränktem Umfang leichte Follikelschwellungen, im Ileum, am Zoekum, im Processus vermiformis vereinzelte, ganz oberflächliche, glatte Ulzerationen; die Tuben enthielten Eiter. Die bakteriologische Untersuchung des letzteren ergab Streptokokken. Aus dem Venenpunktionsblut wurden Bazillen gezüchtet, die sich kulturell wie Typhusbazillen verhielten, nach der Agglutinationsprüfung aber nicht als echte Typhusbazillen zu bezeichnen waren. Aus Milz, Gallenstein wurden Kolibazillen gezüchtet; aus der Galle schließlich wurde ein Stamm isoliert, der sich sowohl in seinen kulturellen Eigenschaften als auch bei der Agglutination mit hochwertigem Typhusserum als echter Typhus erwies. Die Schwierigkeiten der Deutung des Falles werden eingehend erörtert und der Fall in die Reihe der seltenen Typhusfälle ohne Darmerkrankung einrangiert, und zwar der Gruppe zugezählt, die ohne klinische Typhuserscheinungen verläuft, auch bei der Sektion keinen Typhusbefund ergibt, wo allein die Widalsche Reaktion und die bakteriologische Blutuntersuchung die Aufmerksamkeit auf das Bestehen einer Typhuserkrankung hinlenken.

Aus solchen Fällen ist die Schlußfolgerung zu ziehen, daß Darmerscheinungen beim Typhus nicht unbedingt notwendig sind, daß also pathologisch-anatomisch eine Typhusdiagnose nicht immer mit Sicherheit gestellt werden kann. Vom klinischen Standpunkt führen solche Fälle dazu, das Krankheitsbild des Typhus immer mehr als ein septisches aufzufassen, bei dem die gewöhnliche Hauptlokalisation der pathologischen Erscheinungen im Darm stattfindet. Gibt es Typhus ohne Darmgeschwüre, so ist es denkbar, daß die Schwellung des lymphatischen Darmapparates, speziell der Peyerschen Plaques, nicht unbedingt zur Nekrose führen muß, da diese als sekundäre Komplikation aufzufassen ist. Wäre es möglich, durch Fortfall der mechanischen Reizung die Tätigkeit der Bakteriendarmfauna auszuschalten, so würde in vielen Fällen die Nekrotisierung und damit die Bildung der Typhusgeschwüre mit all ihren weiteren Gefahren für den Organismus in Fortfall kommen. Für die Therapie ist von diesem Standpunkt aus die Frage aufzuwerfen, ob nicht eine mäßige Unterernährung für den Ablauf der Erkrankung wesentlich günstiger ist als eine forzierte Ernährung. Dann würde ganz besonders die subkutane Ernährung in Frage kommen, die aber erst dann möglich sein wird, wenn ein für die subkutane Zuführung geeignetes Eiweißpräparat gefunden ist.

Wenn die Darmgeschwüre und Darmlokalisationen nicht den Typhus ausmachen, so ist das Typhuskrankheitsbild eine Vergiftung, bedingt durch die gelösten Bakterienleiber, die Endotoxine. Diese von Neufeld uneingeschränkt vertretene Anschauung führt zu der Schlußfolgerung, daß die Abwehrkräfte des Körpers, die Bakteriolysine, das Krankheitsbild erst hervorrufen. Sie sind beim Typhuskranken zu zahlreich, um die Typhusbakterien unaufgelöst, wie z. B. in der Galle, im Urin, auch im Blut verweilen zu lassen, und zu wenig zahlreich, um sämtliche Typhusbakterien schnell durch Bakteriolyse zu vernichten. Die Rezidive des Typhus haben allen anderen Erklärungsversuchen der klinischen Typhuserscheinungen außerordentliche Schwierigkeiten entgegengesetzt. Die Schulmedicin nimmt an, daß nach überstandenem Typhus sich eine Immunität ausbildet, deren experimentellen Nachweis sie durch Agglutinine und bakteriolytische Immunkörper erbracht sieht. Von Immunität zu sprechen, erscheint aber keineswegs richtig; und doch sind die bakteriolytischen Immunkörper



mit daran beteiligt, wenn in der Mehrzahl der Fälle es nicht zum Rezidiv kommt, selbst wenn sich noch Typhusbazillen im Organismus befinden. Die Ursache dieser scheinbaren Unklarheit ist die Zwitterstellung der bakteriolytischen Immunkörper, daß die gleichen Gebilde Tod oder Heilung herbeiführen können, je nach der Menge der bei der Bakteriolyse freiwerdenden Gifte der Bakterienleiber (Endotoxine). Die Bakteriolysine des Organismus, der eine Typhusinfektion durchgemacht hat, genügen meist, um Typhusbazillen zu bakteriolysieren, bevor in Betracht kommende Endotoxinmengen gebildet wurden. Gelingt es den Bakterien dagegen, zu wuchern — vielleicht an vor Bakteriolyse geschützten Stellen —, so kann gerade der hohe bakterizide Titer, wenn die Bakterien ins Blut gelangen, lebensgefährlich wirken. An die Serotherapie des Typhus können unter solchen Umständen nur sehr bedingte Erwartungen gestellt werden. Das klinische differente Krankheitsbild der Typhusinfektion beim Tier und beim Menschen kann durch Endotoxinwirkung erklärt und auf eine quantitative Verschiedenheit der bakteriologischen Immunität zurückgeführt werden.

Zum Schluß geben Verff. die Krankengeschichte eines Falles von chronischer Appendizitis, bei welchem von diesem Herd ein septischer subkutaner Prozeß ausgegangen war, bei dem mit großer Wahrscheinlichkeit dem Kolibazillus eine ätiologische Bedeutung zuzuschreiben war, und erörtern eingehender die Möglichkeit und Bedeutung der Kolisepsis.

Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 25. 1907.

1. Kraus und Nicolai: **Ueber das Elektrokardiogramm unter normalen und pathologischen Verhältnissen.**

(Nicht abgeschlossen.)

2. Veit, Halle: **Die abdominale Exstirpation des karzinomatösen Uterus.**

Alle Fälle von Uteruskarzinom, welche vaginal operiert werden, können auch abdominal operiert werden, und zu diesen tritt noch eine ziemlich große Zahl hinzu, die nur abdominal angreifbar sind. Die Dauererfolge bei der abdominalen Operation sind bessere als bei der vaginalen. Der einzige Punkt, an dem die abdominale Operation angreifbar ist, war die primäre Mortalität. Diese war zu hoch und muß heruntergedrückt werden, um dieser Operation weiteren Eingang zu verschaffen. Verf. kann nun eine Reihe von 20 Operationen mitteilen, die er seit März d. J. vorgenommen hat, unter denen kein primärer Todesfall vorkam; 18 mal Exstirpation von Uterus, Ovarien, Tuben und Drüsen, 2 mal Exstirpation von Uterus, Adnexen, der ganzen Scheide und der Drüsen. Diese 20 hintereinander erreichten Primärerfolge bei der abdominalen Uterusexstirpation wegen Krebs beweist, daß die primäre Mortalität bei dieser Operation jetzt verschwindend gering ist, und daß nur die Komplikationen, wie sie in vorgeschrittenen Fällen störend hervortreten, für den ungünstigen Ausgang angeschuldigt werden dürfen. Am schwierigsten zu überwinden sind die Komplikationen von seiten der Harnwege; der oft notwendige Katheterismus stellt eine zu befürchtende Schädlichkeit dar; schwerer zu überwinden aber ist noch die Gangrän des Ureters. Herzschwäche ist seit Anwendung der Rückenmarksanästhesie kaum mehr zu befürchten. Die Ausdehnung der Operation braucht keine Sorgen zu machen. Die Infektion ist seltener zu fürchten, als man denkt; die Umgebung eines Karzinoms enthält zwar Keime, aber hochvirulent sind dieselben nicht; man muß nur selbst keimfrei bleiben und die Keime des Karzinoms nicht durch die Bauchhöhle schmieren und dafür sorgen, daß nach der Operation die Bauchhöhle trocken ist. Mit der Verbesserung der Erfolge geht einher eine Zunahme der Operabilität; Verf. operiert fast alle Fälle (von 46 Fällen dieses Jahres hat er 37 radikal operiert); unoperiert ließ er nur solche, in denen schon eine Blasenscheidenfistel bestand, oder wo das Karzinom das ganze Becken erfüllte. Er betrachtet die erweiterte Freundsche Operation jetzt als eine nicht nur theoretisch, sondern auch tatsächlich lebenssichere Operation.

3. Eichler, Charlottenburg: **Experimentelle Beiträge zur Diagnose der Pankreaserkrankungen. Die Cammidgesche „Pankreasreaktion" im Urin.**

Die exakte Diagnose einer Pankreaserkrankung ist intra vitam meist sehr schwer; neben den rein klinischen Erscheinungen, die oft nur sehr unbestimmter Natur sind, muß die Aufmerksamkeit auf die Resultate einer exakten Untersuchung der Fäzes und des Urins gelenkt werden, um in der Diagnosenstellung dieser Krankheit vorwärts zu kommen. Die neueren Studien über die Resorption von Kohlehydraten, Eiweiß und Fetten bei verschiedenen Pankreasaffektionen widersprechen sich noch zu sehr in ihren Resultaten, um schon für die Diagnosenstellung verwandt werden zu können. Die Sahlische Glutoidprobe kann bei prompter Reaktion eine Störung der Bauchspeicheldrüse ausschließen lassen, dagegen ist aus verspäteter Glutoidreaktion nicht immer mit Sicherheit die Diagnose auf gestörte Pankreasfunktion zu stellen. Die von Schmidt als positiver Ersatz der Sahlischen Methode ausgearbeitete „Säckchenprobe" ist nur in beschränktem Maße brauchbar und kann nur für solche Fälle von Pankreaserkrankungen in Betracht kommen, bei denen die Saftsekretion der Bauchspeicheldrüse vollkommen darniederliegt. Von Urinveränderungen bei Pankreaserkrankung ist am bekanntesten das Auftreten von Zucker; es kommen aber Fälle schwerster Pankreaserkrankung vor, ohne daß spontane oder alimentäre Glykosurie beobachtet wird, so daß in dieser Hinsicht die Urinuntersuchung nur unsichere diagnostische Anhaltspunkte gibt. Ein beachtenswertes diagnostisches Hilfsmittel in verdächtigen Fällen von Pankreaserkrankungen scheint eine von Cammidge angegebene Untersuchungsmethode des Urins zu sein. Verf. gibt eine genaue Beschreibung dieses Verfahrens. Er hat dasselbe bei drei Hunden mit experimenteller Pankreatitis hämorrhagica resp. purulenta diffusa geprüft und gefunden, daß, während der Urin des gesunden Tieres die Cammidgesche Reaktion nicht gab, dieselbe bei diesen drei Tieren deutlich positiv ausfiel.

4. Hirschfeld, Berlin: **Ueber akute myeloide Leukämie.**

Verf. berichtet über zwei derartige Krankheitsfälle; der erste betraf einen sechsjährigen Knaben, der außerdem Zeichen von Lues, Tuberkulose und alter Rhachitis aufwies; die Gesamtdauer der mit hohem Fieber einhergehenden Krankheit betrug sechs Wochen; beim zweiten Falle, einer 66 jährigen Frau spielte sich die Krankheit ohne Fieber im Laufe von sechs Wochen ab. Auffällig waren bei beiden außerordentlich starke Diarrhoeen, die, wie die Autopsie zeigte, durch Darmgeschwüre leukämischer Natur bedingt waren. Der Blutbefund war charakterisiert durch die ausgebliebene Vermehrung der eosinophilen und Mast-Zellen bezw. durch ihr gänzliches Fehlen. Auf Grund einer kritischen Würdigung des bisher vorliegenden Beobachtungsmaterials über akute Leukämie glaubt Verf., daß eine kontinuierliche Reihe von Uebergangsformen von der typischen akuten Lymphozytenleukämie zur akuten gemischtzelligen Leukämie führt, und daß die akute Leukämie als eine Erkrankung der Blutbildungsorgane aufzufassen ist, die histogenetisch — trotz der morphologischen Unterschiede der vorzugsweise vermehrten farblosen Blutzellen in den extremsten Fällen — im wesentlichen einheitlicher Natur ist.

5. Senftleben, Breslau: **Ueber die Entstehung des Hitzschlages.**

(Nicht abgeschlossen.)

6. Plehn, Berlin: **Ueber perniziöse Anämie.**

(Schluß aus Nr. 24.)

Aus der Summe von Krankheitsbildern, welche man gegenwärtig nach den mikroskopischen Blutbefunden noch ziemlich allgemein unter der Bezeichnung „perniziöse Anämie" zusammenfaßt, will Verf., abgesehen von den seltenen Fällen latenter Leukämie mit dem Blutbilde der perniziösen Anämie, zwei kleinere Gruppen ausreichend scharf charakterisierter Erkrankungsformen herausschälen, deren etwaige Beziehungen zu einander mindestens sehr lockere sind. Die Kranken der einen Gruppe — „perniziöse Anämie im engeren Sinne" — gehören dem vorgerückteren oder doch reiferen Alter an. Wenn diese Patienten in Behandlung kamen, so klagten sie gewöhnlich über Schwäche oder unbestimmte Beschwerden, die sich besonders häufig auf den Bereich der Verdauungsorgane erstreckten. Durchgehend fühlten sie sich nicht schwerkrank, auch nicht in dem vorgerückten Krankheitsstadium, in welchem sie ausnahmslos in Behandlung kamen. Trotz der stets deutlichen Blässe der Haut und Schleimhäute wird die richtige Diagnose in der allgemeinen Praxis häufig verfehlt, zumal die Aeußerungen hämorrhagischer Diathese, die sonst noch am

ersten an eine ernstere Blutkrankheit denken läßt, sich bei den Kranken dieser Gruppe auf Retinalblutungen beschränkte. Bis auf zwei hatten sämtliche der beobachteten Patienten Albuminurie, und ausnahmslos fand sich bei den zur Autopsie gekommenen eine mehr oder weniger ausgesprochene Nephritis; wo der Magensaft untersucht werden konnte, ließ sich dauernd totale Achylie bezüglich der HCl feststellen, bei Fehlen von Milchsäure. Bemerkenswert war in mehreren Fällen die Atrophie des Zungengrundes; mehrmals wurden Störungen von seiten des Zentralnervensystems: Fehlen der Patellarreflexe, Babinskisches Zeichen, Parästhesien an den Extremitäten festgestellt. Die Herzdämpfung war meist etwas verbreitert, anämische Herzgeräusche an der Basis wurden selten vermißt. Periodische Fieberbewegungen waren fast stets zu beobachten, ohne daß sich eine lokale Ursache dafür finden ließ. Bei den meisten Kranken war ein stärkerer Rückgang von Muskulatur und Fettpolster durchaus zu vermissen. Regelmäßige Erscheinungen dieser Anämieform in vorgerückteren Stadien waren danach: allgemeine Blässe bei vielfach nur mäßiger Körperschwäche und oft fehlender Abmagerung, Retinalblutungen, Achylie, Albuminurie. Wo Retinalblutungen bei Fehlen von Salz- und Milchsäure im Magensaft nachgewiesen werden, da ist die Diagnose so gut wie gesichert, welches Ergebnis die dann unbedingt notwendige Blutuntersuchung auch haben mag; meist wird der Blutbefund die Grundlagen der Diagnose als entscheidender Faktor definitiv ergänzen. Das mikroskopische Blutbild an sich ist für die Diagnose nicht allein maßgebend, da der mikroskopische Befund bei dieser Krankheitsform ein fast vollkommen normaler sein oder wieder werden kann. Der Gesamthämoglobingehalt des Blutes ist relativ erheblich weniger vermindert, als die Zahl der roten Blutzellen; diese Tatsache bildet eins der sichersten Kriterien für die Diagnose aus der Blutbeschaffenheit. Die „perniziöse Anämie im engeren Sinne" ist wahrscheinlich viel häufiger, als im allgemeinen angenommen wird. Im Anfang macht das Leiden wenig deutliche Beschwerden, auch später wird es oft verkannt und meist wohl auf ein Neoplasma der Verdauungsorgane bezogen. Für den Versuch einer Erkennung in einem früheren, noch nicht hoffnungslosen Stadium gibt die Blutuntersuchung keine Stütze. Vielleicht würde man hierin etwas weiter kommen, wenn man den Störungen von seiten der Verdauungsorgane, speziell des Magens, eine erhöhte Aufmerksamkeit zuwenden wollte. In allen Fällen, die Verf. daraufhin untersuchen konnte, fehlte die Salzsäure im Magensaft und kehrte auch nicht wieder, wenn sich der Blutbefund gelegentlich änderte und der Norm bedeutend näherte. Histologisch fanden sich stets Veränderungen an der Magenschleimhaut. Die Erklärung des Krankheitsbildes allein mit einer Aufhebung oder Behinderung der resorptiven Darmtätigkeit bei gestörter Magenfunktion ist wohl nicht zutreffend. Es bleibt kaum etwas anderes übrig, als die Ursache der Krankheit in einer Vergiftung zu suchen. Ob das Gift in Bestandteilen unvollständig abgebauten Eiweißes, in abnormen Zersetzungsprodukten der Nahrung, oder in Toxinen spezifischer Organismen besteht, oder ob die „Lipoidsubstanzen" eine entscheidende Rolle spielen, läßt sich einstweilen kaum vermuten; höchstwahrscheinlich wird das Gift im Verdauungskanal gebildet, was natürlich, ebenso wie seine Resorption, auch ohne nachweisbare anatomische Veränderungen im Darm möglich ist. Welche Rolle dem Salzsäuremangel im Magen für die Bildung der Gifte zukommt, ist schwer zu entscheiden; der Salzsäuremangel dürfte zwar nicht die eigentliche Ursache, wohl aber die Voraussetzung für die Bildung des enterogenen Giftes sein. Die Wirkung des Giftes ist nicht eine lediglich hämolytische; sie beschränkt sich nicht auf das Blut allein: die Nierenaffektionen, Retinal- und sonstigen Blutungen, die Darmstörungen und Rückenmarkveränderungen sind als direkte Giftwirkung aufzufassen, nicht erst sekundär durch lokale Unterernährung infolge der Blutverarmung hervorgerufen.

Bei einer zweiten Gruppe von Erkrankungen, welche nach dem Blutbefunde größtenteils ebenfalls unter die perniziöse Anämie eingereiht zu werden pflegen, auf der andern Seite aber auch der Werlhofschen Krankheit nahestehen, steht die „hämorrhagische Diathese" ganz im Vordergrund der klinischen Erscheinungen. Verf.s Beobachtungen betrafen durchgehend jugendliche Personen, die sich zum Teil wegen heftigen Nasenblutens in Behandlung begaben. Albuminurie und Hämaturie — letztere als Teilerscheinung der allgemeinen Blutungsneigung — kamen mehrfach vor; Retinalblutungen waren selbst bei ausgedehnten sonstigen Hämorrhagien nicht regelmäßig vorhanden; ebensowenig immer Ulzerationen der Mundschleimhaut. Störungen der Magensaftsekretion waren im Leben niemals nachweisbar. Der Blutbefund war in manchen Fällen dem bei den Patienten der ersten Gruppe zuweilen erhobenen ähnlich, es waren neben einer meist mäßigen Poikilozytose, Megalozyten und Megaloblasten vorhanden, und der Hämoglobingehalt war auch hier im Vergleich mit andern anämischen Zuständen relativ erheblich weniger verringert als die Zahl der Blutkörperchen. Das Leiden begann stets bei gutem Wohlsein ziemlich plötzlich und verlief unter dem Bilde einer Infektionskrankheit akut oder subakut mit unregelmäßigen, zum Teil hohen Fieberbewegungen. Obwohl fast alle diese Patienten zeitweilig in großer Lebensgefahr zu schweben schienen, konnten sie jedoch bis auf einen schließlich der Genesung zugeführt werden. Die Behandlung hatte häufig zuerst mit der fortgesetzt gesteigerten Blutverarmung zu rechnen. Adrenalin allein erwies sich wenig wirksam; deutlicher schien dagegen seine Kombination mit Gelatineinjektionen (30 bis 60 g einer 20%igen Lösung) zu wirken. Stets wurde sobald als möglich die subkutane Arsenbehandlung eingeleitet. Strenge Bettruhe wurde gehalten, bis sich der Hämoglobingehalt des Blutes nach Verschwinden aller Krankheitserscheinungen auf 50% gehoben hatte. In einem Falle brachte die Röntgenbehandlung schon nach 12 Tagen einen verblüffenden Erfolg, insofern sich die Zahl der Erythrozyten innerhalb dieser Frist um reichlich 2 Millionen hob und die vorher streng bettlägerige Patientin anfing im Garten herumzulaufen. Bei den Achylikern mit perniziöser Anämie im engeren Sinne war bisher eine Wirkung der Röntgenbehandlung auf die Blutregeneration nicht zu konstatieren. Hier wurden neben subkutaner Arsenbehandlung regelmäßige Darm- und Magenspülungen vorgenommen und eine im wesentlichen vegetabilische Kost mit Darreichung von Salzsäure und Pepsin gegeben.

7. Hildebrandt, Berlin: **Die chirurgische Therapie des Magengeschwürs.**

Nach einer 424 Kranke umfassenden Statistik Leubes wurde bei 3/4 derselben mit einer einmaligen vier- bis fünfwöchigen Kur vollständige und dauernde Heilung erzielt, bei 1/5 kam Besserung zu stande, nur bei 4% ließ die Heilmethode im Stich, 1,5% blieben ungeheilt, 2,4% endeten mit dem Tode. Den günstigen Erfolgen Leubes gegenüber geben neuere, auf Spät- und Dauerresultaten aufgebaute Statistiken wesentlich andere Zahlen; nach diesen gesundet nur etwas mehr als die Hälfte der intern behandelten Ulkuspatienten völlig, ungefähr ein Viertel wird gebessert, ein weiteres Viertel bleibt ungeheilt, die Mortalität beträgt etwa 13%. Wenn die unmittelbaren Verluste nach der Operation eines Magenulkus noch immer größer sind als unter rein interner Behandlung — im Durchschnitt etwa 8 bis 10% —, so ist dabei zu bedenken, daß viele der Patienten erst im desolatesten Zustand zum Chirurgen kommen. Was die Dauerresultate nach einer chirurgischen Ulkusbehandlung betrifft, so gibt wohl eine Statistik Krönleins mit 61% völliger Heilung und 24% erheblicher Besserung, also 85% sicheren positiven Erfolges auf Jahre hinaus gültige Mittelzahlen. Die von Miculicz aufgestellte Indikation kann auch heute noch gelten: eine chirurgische Therapie des Magengeschwürs hat dann einzutreten, wenn eine konsequente, eventuell wiederholte, kurgemäße innere Behandlung keinen oder nur kurzdauernden Erfolg gibt und der Kranke durch schwere Störungen, Schmerzen, Erbrechen, Dyspepsie in der Arbeitsfähigkeit oder im Lebensgenuß in hohem Grade beeinträchtigt ist. Ueber die Wahl der Operationsmethode beim offenen Ulkus besteht noch keine völlige Einigkeit unter den Chirurgen. Gegen die Exzision des Ulkus sind Bedenken zu erheben; nur wenige Ulzera liegen für die Operation gut zugänglich; gerade die am meisten Beschwerden machenden befinden sich an der schwer zugängigen kleinen Kurvatur oder der hinteren Magenwand; nicht selten sind mehrere Geschwüre vorhanden; wird eins übersehen, ist die Operation nutzlos; schließlich beseitigt die Exzision des Ulkus nicht die Ursache für seine Entstehung (Verengerung des Pylorus resp. dessen Kontraktionszustand, Hyperazidität). Deshalb hat wohl als Normalverfahren die Gastroenterostomie zu

gelten. Der günstige Einfluß derselben kommt dadurch zustande, daß der Chemismus eine durchgreifende Aenderung erleidet, insofern, als die Hyperazidität zurückgeht oder zeitweise ganz schwindet; wie Katzenstein nachgewiesen, fließt nach der Gastroenterostomie der alkalische Darmsaft periodisch in den Magen und hebt die Azidität auf oder setzt sie herab; durch Minderung der Salzsäureproduktion scheidet aber ein wesentlicher Faktor für die Entwicklung und das Weiterbestehen des Ulcus ventriculi aus. Einfacher gestaltet sich die Frage der chirurgischen Behandlung der Komplikationen des Geschwürs. Der Versuch, die akute heftige Blutung durch Aufsuchen und Unterbinden des betreffenden Gefäßes zu bekämpfen, ist meist ohne Erfolg gemacht worden, weshalb hier besser eine interne Therapie einzuschlagen ist. Bei subakuten, häufig wiederholten Blutungen kann das Geschwür, wenn es an leicht zugängigen Stellen sitzt, exzidiert werden; dazu ist aber die Gastroenterostomie zu fügen, die als alleinige Operation gewählt wird, wenn nicht bequem an das Ulkus heranzukommen ist. Mit dem chirurgischen Eingriff soll man nicht warten, bis der Kranke völlig erschöpft und anämisch ist. Beim in die Bauchhöhle durchgebrochenen Geschwür ist die Operation unbedingt notwendig; bei drohender Perforation ist die Operation umsomehr zu empfehlen, als der Eingriff sich meist leicht gestaltet, weil die Mehrzahl der perforierenden Geschwüre an der vorderen Magenwand sitzt. Haben Adhäsionen den Durchbruch in die freie Bauchhöhle verhindert, hat sich eine lokale Peritonitis entwickelt, so ist eine Operation nur indiziert bei Nachweis von Eiter. Die Verwachsungen, die von einem nicht perforierten Geschwür ausgehen, können Gegenstand einer chirurgischen Therapie werden, namentlich dann, wenn dadurch ein begrenzter Teil des Magens seine Beweglichkeit verloren hat und infolgedessen Zerrungen bei verschiedener Füllung unterworfen ist. Verf. hält da die Gastrolyse für indiziert, die er mehrfach bei Adhäsionsbildung und traumatischem Ulkus mit glänzendem Erfolg ausgeführt hat. Die Stenose des Pylorus und des Magens, der sogenannte Sanduhrmagen sind weitere Gegenstände der chirurgischen Therapie. Von den dabei konkurrierenden Operationen: Pyloroplastik und Gastroplastik einerseits, Gastroenterostomie und Gastroanastomose andrerseits, bevorzugt Verf. die beiden letzteren, da hierbei die Narbenschrumpfung ausgeschaltet ist und somit die Gefahr eines Rezidivs wegfällt.

Nr. 26. 1907.

1. Bruck, Batavia: **Die biologische Differenzierung von Affenarten und menschlichen Rassen durch spezifische Blutreaktion.**

Verf. hat zu seinen Untersuchungen die Komplementbindungsmethode benutzt. Zunächst konnte er feststellen, daß der Titer der Hämolysenhemmung bei allen Tieren derselben Art stets gleich war; ebenso war der Titer derselbe bei Individuen der gleichen Rasse. Es wurden dann die Beziehungen einzelner Affenarten untereinander und zum Menschen untersucht; dabei ergab sich, daß es mit Hilfe der Komplementbindungsmethode gelingt, die einzelnen Affenarten nach ihrer Stellung im System und ihrem Verhältnis zum Menschen biologisch zu differenzieren. Der Mensch steht biologisch ungefähr soweit vom Orang-Utan entfernt, wie dieser vom Macacus rhesus und nemestrinus; Mensch und Orang-Utan scheinen sich sogar etwas näher zu stehen, wie der Orang zu gewissen Macacenarten. Unterschiede der einzelnen menschlichen Rassen ließen sich mit den gegen Affen gerichteten Immunseren nicht konstatieren. Für die Prüfung der Differenzierung menschlicher Rassen wurden benutzt: Holländer, Chinesen, Malayen, Javaner, Araber; im ganzen kamen 26 Menschensera zur Untersuchung. Es zeigte sich, daß es mit Hilfe eines gegen Vertreter der weißen Rasse gerichteten Immunserums möglich ist, diese von Angehörigen der mongolischen und malayischen Rasse biologisch zu unterscheiden und gleichzeitig aus den erzielten Titergrößen auf die Verwandtschaft der einzelnen Rassen untereinander zu schließen. Chinesenantiseren zeigten denselben Endtiter gegen Chinesen und Holländer, einen geringeren gegenüber Malayen. Die Malayenantiseren hingegen wiesen denselben Wert gegen Vertreter aller drei Rassen auf. Es ergibt sich daraus, daß sich zur biologischen Differenzierung von Rassen nur solche Sera eignen, die gegen höherstehende als die zu differenzierenden gerichtet sind; man kann also mit einem Holländerantiserum sowohl Chinesen als Malayen, mit einem Chinesenantiserum nur Malayen, mit einem Malayenantiserum keine der drei Rassen, vielleicht aber eine tieferstehende differenzieren. Das Eiweiß von Unterarten (Rassen) derselben Art ist biologisch nicht in derselben Weise verschieden wie dasjenige der Vertreter verschiedener Arten. Das Eiweiß zweier verschiedener Arten hat wohl gemeinsame Gruppen, aber jede der beiden Eiweißarten ist auch biologisch etwas ganz differentes. Das Eiweiß der Unterarten ein und derselben Art dagegen besitzt einen dominanten Rezeptor, nämlich den der Art; denjenigen Unterarten, die morphologisch als „höhere“ bezeichnet werden, kommen außer diesem dominanten Rezeptor gewisse Partialrezeptoren zu in der Weise, daß immer die höhere Unterart auch sämtliche Partialrezeptoren der tieferen umfaßt. Die am höchsten stehende Unterart besitzt sämtliche Partialrezeptoren der tieferen, außerdem aber noch eigene ihr speziell zukommende. Einer morphologisch am höchsten stehenden Unterart gebührt also dieser Platz auch vom biologischen Standpunkt bezüglich ihres Eiweißbaues.

2. Spielmeyer, Freiburg: **Atoxyl bei Paralyse.**

An der Freiburger psychiatrischen Klinik wurden systematische Atoxyleinspritzungen bei Paralytikern bereits im Jahre 1903 und 1904 vorgenommen; die Indikation für die Anwendung dieses Präparates geben allgemeine körperliche Schwächeerscheinungen und eitrige Hautaffektionen; zehn Paralytiker erhielten vier bis zwölf Wochen hindurch Dosen von 0,1 bis 0,36. Ein Einfluß dieser Atoxylbehandlung auf den zentralen Prozeß war nicht festzustellen: der weitere Verlauf blieb, abgesehen von einer gelegentlichen Besserung des körperlichen Allgemeinzustandes unbeeinflußt. Die Atoxylinjektionen wurden wieder aufgenommen, nachdem durch Schaudinns Untersuchungen die Zugehörigkeit der Syphilis zu den Protozoenkrankheiten wahrscheinlich gemacht und die nahen Beziehungen zwischen Trypanosomen und Spirochaeten erwiesen waren, und nachdem der günstige Einfluß des Atoxyls bei der Schlafkrankheit bekannt geworden war. Sechs Paralytiker wurden mit Atoxylinjektionen in Dosen von 0,36 einen um den andern Tag durchgängig behandelt, ohne daß aber ein Einfluß auf den zentralen Krankheitsprozeß zu konstatieren gewesen wäre. Die Atoxylbehandlung erscheint danach bei der paralytischen Form der Metasyphilis wenig aussichtsvoll.

3. Mosse, Berlin: **Zur Lehre von der perniziösen Anämie.**

Verf. berichtet über einen Fall von perniziöser Anämie, bei dem sich einerseits eine starke Vermehrung der Lymphozyten im Magen- und Darmkanal, andrerseits eine hochgradige Verminderung dieser Zellen in der Milz und im Knochenmark fand. Ein Zusammenhang beider Befunde dürfte wohl so zu denken sein, daß an Stelle der normalerweise Lymphzellen bildenden Organe (Milz, Knochenmark) sekundär kompensatorisch der Magendarmkanal durch Hyperplasie der in der Norm nur kleinen Lymphozytenherde eingetreten ist. Eine Entstehung der perniziösen Anämie auf enterogener Basis sieht Verf. heute noch leicht als bewiesen an. Manche der Fälle, die als beweisend für den Zusammenhang zwischen perniziöser Anämie und den Veränderungen im Magen-Darmkanal mitgeteilt worden sind, sind keine dem Ehrlichschen Typus entsprechende perniziöse Anämien; vielmehr handelt es sich dabei um sekundäre Anämien bei Magendarmatrophie.

4. Schütze, Berlin: **Ueber weitere Anwendungen der Methode der Komplementfixation.**

Verf. hat versucht, mit dieser Methode echte Choleravibrionen von choleraähnlichen Bakterien zu differenzieren; die eingehend dargelegten Untersuchungen zeigen, daß das Verfahren der Komplementfixation eine sichere und einwandsfreie Unterscheidung zwischen dem echten Choleravibrio und den choleraähnlichen Vibrionen nicht zuläßt, so daß eine beweiskräftige Identifizierung mit dieser Methode allein nicht gelingt. Wie bei der Unterscheidung der Kapselbazillen die Agglutinationsprobe bequemer und schärfer ist, muß auch dieses Phänomen bei der Differenzierung von echten Choleravibrionen und choleraähnlichen Bazillen stets herangezogen werden und das maßgebende Kriterium darstellen, welches durch die Komplementbindung eine wichtige und interessante, aber an und für sich nicht ausschlaggebende Bereicherung und Unterstützung erfahren kann.



5. Selig, Franzensbad: **Klinische Beobachtungen über die Herzvibration.**

Versuche an Gesunden, wobei die Vibration teils auf den Rücken zwischen den Schulterblättern, teils auf den Thorax vorgenommen wurde in der Weise, daß ein flaches Ansatzstück auf die Herzgegend appliziert wurde und zunächst die Erschütterungen nur an einer Stelle vorgenommen wurden, um dann durch zirkelförmige Bewegungen nach und nach die ganze linke Thoraxpartie der Vibrationsmassage zu unterziehen, ergaben meist eine mäßige Pulsabnahme, der Blutdruck zeigte kein einheitliches Verhalten, auch die Respiration ergab wechselnde Befunde. Bei 20 mit den verschiedensten Affektionen behafteten Patienten wurde das Verhalten des Herzumfanges unter Einwirkung der Vibration durch orthodiagraphische Aufnahmen vor und nach der Prozedur geprüft; eine Verkleinerung des Herzumfanges konnte nach der Vibration nie festgestellt werden. Ein anderes Verhalten zeigten jene Herzen, welche entweder infolge bestehender Muskelschwäche oder durch Defekte am Ventilapparat oder infolge bestehender Widerstände im Gefäßsystem Dilatationen höheren oder geringeren Grades aufwiesen; hier zeigte das Orthodiagramm häufig schon nach einer einzigen Prozedur unzweideutig eine Abnahme des früheren Herzumfanges. Das subjektive Befinden fast aller dieser Behandlungsmethode unterzogenen Patienten war ein sehr zufriedenstellendes. Ausnahmslos wurde überall dort, wo die Symptome des kardialen Asthmas bestanden, die Atmung freier und leichter; auch die anginösen Zustände der Arteriosklerotiker erfuhren unter der Vibrationsmassage einen bedeutenden Rückgang; die Symptome der Herzmuskelschwäche, sowie die im Gefolge auftretenden Kompensationsstörungen fanden häufig eine günstige Beeinflussung. Eine gewisse Vorsicht bei der Herzvibration ist angezeigt, da gelegentlich Lungeninfarkte dabei beobachtet worden sind.

6. Goldschmidt, Reichenhall: **Ueber die Anwendung des Morphiums bei Asthma.**

Nicht nur beim akuten Anfall, sondern auch beim chronischen Asthma, beim Status asthmaticus empfiehlt Verf. Morphium zu verwenden; er hat monatelang in solchen Fällen täglich einzelnen Patienten Morphium subkutan gegeben, ohne daß morphinistische Allgemeinerscheinungen und Morphiumgewöhnung sich einstellten. Allerdings ist die Vorsicht zu gebrauchen, mit möglichst kleinen Dosen zu agieren, was leicht durchzuführen ist, da der Asthmatiker auf erstaunlich kleine Dosen mit Euphorie reagiert. 3 mg bis höchstens 5 mg genügen in den meisten Fällen vollkommen, die allerschwersten Erscheinungen des Asthmaanfalles zu koupieren, wenigstens in solcher Weise zu lindern, daß der Patient ruhig einschläft und eine ruhige Nacht hat.

7. Senftleben, Breslau: **Ueber die Entstehung des Hitzschlages.**

(Schluß aus Nr. 25.)

Verf. berichtet zunächst über einige Autopsieergebnisse bei Hitzschlag und über die Resultate ausgedehnter Blutuntersuchungen. Er bespricht dann die bisher zur Erklärung des Hitzschlages aufgestellten Theorien, die alle als unzureichend zu bezeichnen sind. Ihnen gegenüber verweist er darauf, daß die Blutuntersuchungen beim Hitzschlag ergeben, daß es stets zu sehr ausgedehnter Schädigung der roten Blutkörperchen in der Richtung kommt, daß diese ihr Hämoglobin ganz oder teilweise an das Serum abgeben; infolge des Auftretens von Hämoglobin im Blute kommt es zu ausgedehntem Zerfall der weißen Blutkörperchen; aus dem Protoplasma derselben spaltet das Hämoglobin Fibrinferment ab, wodurch es zur Fibrinfermentintoxikation kommt, die, oft explosionsartig auftretend, dadurch ihre verhängnisvollen Folgen zeitigt, daß schon in vivo geringere oder ausgedehntere Gerinnungen des Blutes, besonders in den Lungenkapillaren zustande kommen, nachdem vorher schon das besonders fibrinfermentreiche venöse Blut infolge der großen dadurch hervorgerufenen Zirkulationswiderstände allmählich fast vollständig in dem Venensystem zurückgehalten worden. Immer weniger Blut gelangt durch die Lungen ins linke Herz, das arterielle Gefäßsystem wird immer leerer, der Gefäßtonus geringer, bis sämtliche Organe, in erster Linie das Gehirn, infolge ungenügender Blutversorgung ihre Funktion einstellen und der Tod unter heftigen Krämpfen nicht sowohl durch Herz- als durch Gehirnlähmung eintritt. Die Ursache für das den ganzen Symptomenkomplex einleitende Auftreten von Hämoglobin im kursierenden Blute ist nach den Ergebnissen einer experimentellen Arbeit von Maaß: „Ueber den Einfluß von schneller Wasserentziehung auf den Organismus" in dem profusen Wasserverlust zu suchen, wie ihn der bei starker Hitze marschierende Soldat durch Schweiß und Verdunstung von der Lunge aus erleiden kann, namentlich wenn rechtzeitiger Ersatz durch Wassertrinken nicht möglich ist. Von solcher Auffassung der Hitzschlagentstehung ausgehend lassen sich der klinische Verlauf desselben in allen seinen Symptomen mit dem Befunde an der Leiche ungezwungen in Einklang bringen. Die hohe Temperatursteigerung hat nicht in erster Linie ihren Grund in einer abnormen Wärmestauung durch vermehrte Wärmeproduktion und erschwerte Wärmeabgabe, sondern ganz vorwiegend in dem Auftreten von Hämoglobin und Fibrinferment im kursierenden Blute. Die Zyanose erklärt sich durch die mehr und mehr sich steigernde Anhäufung des Blutes in dem venösen Gefäßsystem. In der schweren, durch das Fibrinferment bedingten Zirkulationsstörung findet die Dypnoe ihre einfache Erklärung; dadurch, daß das zähflüssige, verlangsamte, im rechten Herzen stark angestaute Blut nur mühsam die Lungenkapillaren zu passieren vermag, wird der Gasaustausch in denselben gehemmt und ein starker Sauerstoffmangel hervorgerufen. Die Leere der Arterien führt zu Anämie des Gehirns, die sich in Bewußtlosigkeit und Konvulsionen geltend macht, nachdem zuvor Schweiß- und Urinsekretion gänzlich aufgehört haben. Bei der Autopsie ist das rechte Herz hochgradig erweitert und blutgefüllt, während das linke fest kontrahiert und leer ist; das Blut ist schwarzrot, weil es ausschließlich im Venensystem aufgestaut ist, es ist lackfarben wegen der Anwesenheit des Hämoglobins, es bleibt flüssig, weil das zur postmortalen Gerinnung erforderliche Fibrinferment in vivo verbraucht ist und deshalb fehlt. Der Hitzschlag kommt also durch eine Selbstvergiftung des Organismus zustande, die so schwer sein kann, daß sie den gesündesten, kräftigsten, jugendfrischen Soldaten innerhalb weniger Stunden zu töten vermag. Für die Schwere des einzelnen Hitzschlagfalles ist ausschließlich das jeweilig im Blute zirkulierende Hämoglobin bezw. Fibrinferment maßgebend. In den leichteren Fällen kommt es unter mehr oder weniger beträchtlicher Temperatursteigerung zu allgemeinem Mattigkeitsgefühl und Ohnmachtsanwandlungen, die Mannschaften werden „schlapp"; hierbei handelt es sich meist nicht um einfache Erscheinungen, sondern um Hitzschlag. Wird in diesem Zustand die Marschanstrengung nicht unterbrochen, schleppen sich die Mannschaften noch weiter (und das tun gerade die kräftigsten), so steigert sich die Fibrinfermentbildung immer mehr, die Zirkulationsstörung wird immer bedeutender, bis infolge mangelhafter Blutversorgung des Gehirns Bewußtlosigkeit und Krämpfe eintreten. Auch in diesem Stadium der Erkrankung kann noch volle Genesung eintreten, solange der Organismus die Fähigkeit und Zeit behält, sich des Fibrinfermentes zu entledigen; kommt es aber in relativ kurzer Zeit zu wiederholten Nachschüben von Fibrinfermentbildung, so tritt der Tod ein. Es gibt auch Fälle, in denen der Tod gewissermaßen schlagartig eintritt, die Soldaten brechen in der Marschkolonne zusammen und bleiben alsbald nach dem ersten Krampfanfall tot. Hier kommt nach außergewöhnlich reichlichem Zerfall roter Blutkörperchen und reichlichem Uebertritt von Hämoglobin in das Blutserum das Fibrinferment plötzlich in solchen Mengen zur Entwicklung, daß durch ausgedehntere Gerinnungen innerhalb der Lungen und des rechten Herzens die Blutzirkulation plötzlich unterbrochen wird. Durch Tierexperimente hat Verf. nachgewiesen, daß sich die verschiedenen Stadien in analoger Weise, je nach der Dosierung der den Tieren einzuverleibenden Hämoglobinlösung, herstellen lassen. Da an dem Zustandekommen des Hitzschlags ausschließlich der große Wasserverlust des Organismus die Schuld trägt, so ergibt sich bezüglich der Prophylaxe, daß für eine möglichste Einschränkung der Wasserabgabe durch Schweiß und für einen rechtzeitigen Ersatz des abgegebenen Wassers zu sorgen ist; dazu muß neben Berücksichtigung der Lufttemperatur, Tageszeit der Märsche, der Kleidung und Belastung etc. darauf geachtet werden, daß möglichst alle Leute sich im Training befinden, da durch allmähliche Trainierung des Körpers die Neigung zur Schweißabsonderung ver-



mindert werden kann; weiter muß der unter starker Anstrengung der gesamten Körpermuskulatur marschierenden Truppe reichlicher Wassergenuß ermöglicht werden; seitdem diese Maßregel allgemeine Geltung gefunden hat, ist die Zahl der Hitzschläge in der Armee außerordentlich gesunken. Die Sanitätsmannschaften sollen der Schweißabsonderung besondere Aufmerksamkeit widmen; sobald nach vorausgegangener sehr starker Schweißabgabe die Schweißabsonderung zu sistieren, die Haut trocken zu werden beginnt, ist der äußerste Moment gekommen, wo der betreffende Mann den Marsch zu unterbrechen hat; die Sistierung der Schweißabsonderung ist das erste, äußerlich wahrnehmbare Zeichen des Herannahens der gefährlichen, allgemeinen arteriellen Blutleere, die besonders schnell für das Gehirn verhängnisvoll werden kann. Bezüglich der Therapie wird es, abgesehen von der Bekämpfung der nebenhergehenden Symptome, hohe Körpertemperatur, mangelhafte Atmung, Herzschwäche etc., das wichtigste bleiben, dem Blute einerseits so schnell wie möglich Wasser zuzuführen, um weiterem Uebertritt von Hämoglobin ins zirkulierende Blut entgegenzuwirken, andrerseits wird nach Möglichkeit das schon im Blute zirkulierende Hämoglobin aus demselben zu entfernen sein, um eine weitere Bildung des gefährlichen Fibrinfermentes zu inhibieren. Eingießungen von Wasser bezw. physiologischer Kochsalzlösung in den Darm oder unter die Haut und der Aderlaß sind hierzu besonders zu empfehlen. Am zweckmäßigsten erscheint in schweren Fällen die Kombination von Aderlaß und intravenöser Kochsalzinfusion in der Weise, daß man aus einer Vene mittels einer Hohlnadel zunächst 150 bis 200 g Blut auslaufen läßt und durch dieselbe Hohlnadel Kochsalzlösung einlaufen läßt.

8. Kraus und Nicolai, Berlin: **Ueber das Elektrokardiogramm unter normalen und pathologischen Verhältnissen.** (Schluß aus Nr. 25.)

N. erläutert an der Hand von Abbildungen die Technik des Verfahrens und seine theoretischen Grundlagen; K. analysiert eine große Zahl von Kurven normaler und pathologischer Fälle, woraus die Brauchbarkeit und Wichtigkeit des Elektrokardiogramms auch für die diagnostischen Zwecke der alltäglichen Praxis erhellen. Einzelheiten entziehen sich kürzerer Mitteilung.

9. Beitzke, Berlin: **Ueber eine neue Theorie der Immunitätslehre.**

Verf. gibt eine Darstellung der von Wright inaugurierten Theorie der „Opsonine“, die eine wesentliche Stütze der Metschnikoffschen Phagozytentheorie darstellt, und erläutert die Konsequenzen, die daraus für die praktische Immunitätslehre zu ziehen sind, die nicht nur Ausblicke auf neue Gebiete eröffnen, sondern auch Erklärungen und Verbesserungen alter, schon bewährter Heilmethoden bieten.

Vermischtes.

Berlin. Der Organisationsausschuß des Internationalen Kongresses für Rettungswesen hielt vor einigen Tagen zu Frankfurt a. M. eine Sitzung unter Vorsitz des Herrn Stadtrat von Metzler ab, in welcher eine Reihe von wichtigen Kommissionen ernannt wurde. Die Kommission für die mit dem Kongreß in Zusammenhang stehende Sonderausstellung von Automobil- und bespannten Krankenwagen besteht aus den Herren Generalarzt Dr. Güms-Leipzig, Engler, Stadtrat Lautenschlager-Frankfurt a. M., Professor Dr. George Meyer-Berlin, Sanitätsrat Dr. Roediger-Frankfurt a. M., Branddirektor Schänker-Frankfurt a. M. Außerdem wurde ein Finanzausschuß (die Herren Kommerzienrat Ladenburg, Konsul Siebert, Sanitätsrat Dr. Roediger) und ein Verkehrsausschuß (die Herren Freiherr v. Königswarter, Sanitätsrat Dr. Roediger, Konsul Roques, Woell) gewählt.

Berlin. Zum XIV. Internationalen Kongreß für Hygiene und Demographie (Berlin, 23. bis 29. September) sind bereits 2500 Mitglieder angemeldet. Da erfahrungsgemäß die Teilnehmerzahl in den letzten Wochen ganz besonders zunimmt, so könnte die Wohnungsbeschaffung auf Schwierigkeiten stoßen. Es wird deshalb und um die Vorbereitungen in ausreichender Weise treffen zu können, dringend gebeten, die beabsichtigte Anmeldung möglichst bald auszuführen.

Da eine große Anzahl der Kongreßmitglieder bereits auf Reisen sich befindet, konnten die jetzt versandten Schlußsätze an einzelne, bei denen angenommen werden kann, daß die Sendung sie nicht mehr erreichen würde, nicht zugestellt werden. Dieselben können jedoch hier in Empfang genommen werden.

Berlin. Wie wir hören, sollen von jetzt ab, der Anregung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten folgend, an den Berliner und Charlottenburger Gymnasien regelmäßig für die zur Entlassung kommenden Abiturienten Vorträge über Hygiene, insbesondere sexuelle Hygiene, von Aerzten gehalten werden. Auch vor Fortbildungsschülern sollen auf Grund des Erlasses des Herrn Handelsministers Belehrungen über die Gefahren des Geschlechtslebens und der Geschlechtskrankheiten stattfinden. Das großherzoglich hessische Ministerium des Innern in Darmstadt ist noch einen Schritt weiter gegangen und hat den dortigen Schulbehörden den Wortlaut eines Schreibens an die Hand gegeben, mittels dessen die Eltern der so zu unterweisenden Schüler von der geplanten Veranstaltung in Kenntnis gesetzt und selbst zur Teilnahme an derselben eingeladen werden.

Dresden. Die Deutsche laryngologische Gesellschaft hält ihre erste ordentliche Tagung vom 15. bis 17. September hierselbst unter dem Vorsitz von Moritz Schmidt-Frankfurt a. M. ab. Zum offiziellen Referat ist das Thema: „Kehlkopftuberkulose und Schwangerschaft“ bestimmt (Ref. Herr Kuttner). Neben einer Anzahl sonstiger wissenschaftlicher Vorträge und Demonstrationen werden verschiedene Fragen von prinzipieller Bedeutung für die Stellung dieses Spezialfaches zur Verhandlung kommen; insbesondere wird die Gesellschaft zu dem für die Naturforscherversammlung bestimmten Antrag Barth Stellung nehmen, wonach Laryngologie und Otologie wieder auf Kongressen und im Unterricht zusammengelegt werden sollen. Wir haben unsere Leser bei früherer Gelegenheit eingehend über die wechselvollen Schicksale orientiert, welche gerade der laryngologischen Sektion auf den internationalen Kongressen beschieden waren; erst jüngst hat gelegentlich der Delegiertenkonferenz der internationalen Vereinigung der medicinischen Presse Sir Felix Semon wiederum hierüber berichtet und ist warm für das Selbstbestimmungsrecht der Disziplin eingetreten. So wird auch diesmal seitens der Herren B. Fraenkel und M. Schmidt beantragt, die Deutsche laryngologische Gesellschaft wolle an der von ihr beschlossenen Trennung von Laryngologie und Otologie festhalten und sich daher an der Beratung des Barthschen Antrages auf der Naturforscherversammlung nicht beteiligen; Laryngologie und Otologie sollen im Unterricht, auf wissenschaftlichen Kongressen und in der Literatur als besondere Disziplinen bestehen bleiben. Im Anschluß hieran wird auch der Briefwechsel mit dem Komitee des internationalen Kongresses in Lissabon zur Sprache kommen, der seinerzeit das Fernbleiben der deutschen und englischen Laryngologen zur Folge hatte, — ebenso die Beteiligung am internationalen Laryngologenkongreß, dessen Entstehung zum Teil auf die unzureichende Berücksichtigung der Sektion bei den allgemeinen internationalen Kongressen zurückzuführen ist.

Hochschulnachrichten.

Berlin. Dem Privatdozenten für Anatomie Dr. Poll ist der Professortitel verliehen worden. Geh. Med.-Rat Dr. August Bier wurde zum ordentlichen Mitgliede der Königl. Wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen ernannt.

Bonn. Den Privatdozenten Dr. Eschweiler (Nasen- und Ohrenheilkunde) und Dr. zur Nedden (Augenheilkunde) wurde der Professortitel verliehen.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P. Meißner

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 23. September 1907. Nr. 38.

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Ueber die Stellung der Nordseebäder in der heutigen Balneologie.

Vortrag des Badedirektionsarztes Dr. **Nicolas**-Westerland-Sylt, gehalten in der Generalversammlung des „Verbandes Deutscher Nordseebäder" und des neugegründeten „Vereins der Badeärzte der Nordsee" am 1. November 1906, in Bremen.

(Schluß.)

Im Anschluß daran möchte ich eine Arbeit erwähnen, welche ein gleiches Thema behandelt, und zwar von Fischl, Dozent der Kinderheilkunde an der Universität Prag. Fischl behauptet (Seeluft und Höhenklima, Balneologische Gesellschaft Dresden, 1905), daß blutarme, rhachitische Kinder im ersten Lebensjahre mit Atonie der Verdauungsorgane durch mehrmonatlichen Aufenthalt an der Ostsee und am Mittelmeer günstig beeinflußt werden. Der Keuchhusten verlaufe besser im Gebirgsklima, während seine katarrhalischen Ausgangsstadien auch an der See abgekürzt werden. Bei Katarrhen der oberen Luftwege, bei chronischen, sich oft wiederholenden Mandelentzündungen, chronischen Hypertrophien des Rachens bessern sich die Symptome in Binnenmeerbädern oft ganz erheblich. Lokale Knochen-, Drüsen- und Hauttuberkulose haben in den Binnenmeerbädern die beste Aussicht zur Heilung. Durch Erblichkeit oder besondere Krankheiten zur Schwindsucht disponierte Kinder schützen sich am besten durch langdauernden Aufenthalt in mildem See- oder Gebirgsklima. Die Nordsee komme für blutarme, in der Entwicklung zurückgebliebene Kinder aus dem Binnenlande wenigstens im Laufe der ersten sieben bis acht Jahre nicht in Betracht wegen der Akklimatisationsschwierigkeit.

Meine Herren, wir wollen Fischl zugestehen, daß schwache Kinder im ersten Lebensjahre nicht an die See gehören. Keuchhusten wollen wir überhaupt nicht haben. Es ist heute durchaus berechtigt, wenn der Allgemeine Deutsche Bäderverband zur Zeit einen Aufruf an alle deutschen Aerzte erläßt, die Kurorte nicht durch keuchhustenkranke Kinder zu verseuchen, und solche Patienten zu Hause zu lassen. Es ist dies ein notwendiges Uebel, so schwer es dem Arzt auch wird, dem Kranken ein wirksames Heilmittel versagen zu müssen. Wir wissen ja aus Erfahrung, daß der Keuchhusten durch seine Folgekrankheiten eine der schwersten, verderblichsten Kinderkrankheiten ist, und daß nach Kochs Untersuchungen die Keuchhustenkeime sich viel länger lebensfähig außerhalb des menschlichen Körpers erhalten als die Keime von fast allen anderen Infektionskrankheiten. Die anderen Bemerkungen Fischls über Schwierigkeiten der Akklimatisation an der Nordsee dürften wohl in unseren Reihen ein berechtigtes Befremden erwecken und widersprechen direkt unser aller Erfahrung.

Geh.-Rat Eulenburg-Berlin spricht in seinem Vortrage: „Die Balneotherapie der Nervenheilkunde" zunächst von der Einwirkung des Seeklimas und des Seeaufenthaltes auf funktionell Nervenleidende, hält, worin wir ihm beistimmen, die Wirkung desselben als eine mehr oder weniger intensiv anregende und reizende, und spricht von guten Erfolgen demgemäß bei der sogenannten nervösen Konstitutionsschwäche; es gäbe hierbei, wie auch bei den verschiedensten Formen eigentlicher Neurasthenie vielfach überraschende, bei der üblichen kurzen Besuchszeit allerdings nur selten nachhaltige und dauerhafte Erfolge. Er hat die Ansicht, daß seelisch niedergedrückte, schlaffe und apathische, zu hypochondrischen und melancholischen Stimmungen neigende Naturen nicht für die See, sondern fürs Mittelgebirge passen. Ich möchte dazu bemerken, daß Dauerheilungen bei Neurasthenie höchst selten sind, gleichviel wo und wie lange sie behandelt werden. Sodann kommt eine These, worin wir dem berühmten Nervenarzt sicher nicht beistimmen werden: „Bei Basedowscher Krankheit wirken Seeaufenthalte nicht günstig, ebensowenig bei Kranken mit ausgesprochener Neigung zu Reizungserscheinungen in Form von Algien und Krämpfen, namentlich bei schon ausgebildeten neuralgischen Erscheinungen, z. B. bei Ischias, auch bei der mit Unrecht als ein dankbares Objekt der Seebäderbehandlung in Anspruch genommenen Migräne." Ich kann gerade in dieser Beziehung mit einer Statistik aufwarten. Im Hanseatischen Genesungsheim habe ich unter den 170 bis 180 Patienten pro Jahr, unter welchen regelmäßig fünf bis sechs Fälle Basedowscher Krankheit sind, unter denen mit wenigen Ausnahmen die nervösen Erscheinungen, namentlich am Herzen auffallend schnell zurückgehen (und bei der alljährlichen Kontrolle der Patienten ist längere Beobachtung nach der Kur möglich) und für geraume Zeit von Beschwerden verschont bleiben. Gerade bei Ischias habe ich von heißen Seebädern mit unmittelbar sich daranschließender Massage sehr günstige Erfolge gesehen. Die Migräne wird, wie ich aus meinem Genesungsheim beweisen kann — und meine Resultate werden bekanntlich von den mehrfachen Instanzen kontrolliert —, zu 90% geheilt, freilich bleiben unsere Patienten zwei bis drei Monate an der Nordsee.

Wir müssen aber Eulenburg Dank wissen, daß er die Aufmerksamkeit der Aerzte und des Publikums auf die Winterkuren an den nordischen Seeküsten und Inseln, namentlich im Nordseegebiet, lenkt. Es seien dabei manche Vorurteile aus dem Wege zu räumen, gerade in klimatischer Beziehung, da notorisch während des Winters, besonders in seiner ersten Hälfte, an manchen unserer Nordseeplätze das Klima keineswegs, wie in der Regel angenommen wird, rauher, sondern im Gegenteil erheblich milder und dabei von größerer Konstanz ist als im Binnenlande, wozu die ausgleichenden ozeanischen Strömungen und das Vorherrschen wärmerer westlicher und südwestlicher Windrichtungen wesentlich beitragen.

Ferner spricht Dr. Spieß-Frankfurt a. M. über den

Nutzen der Balneotherapie bei Erkrankung der oberen Luftwege.

Er bespricht zuerst die Ursache der Katarrhe, als Alkohol, Nikotin, die unzähligen Schornsteine der großen industriellen Betriebe mit der mannigfachen Luftverunreinigung, den Straßenstaub, die Erkältung. Dann erwähnt er die Behandlung mit den jetzt gebräuchlichen Medikamenten und schließlich die klimatische Behandlung. In Bezug auf die letztere zieht er das Hochgebirge, namentlich St. Moritz, allem anderen vor. Die Erfolge an der See sowie im Solbade seien nie dauernd gewesen; dagegen sei in dem genannten Kurorte die Wirkung der hohen Luft, die strahlende Sonne, der tiefblaue Himmel, der blendendweiße Schnee, die hohen Kältegrade, welche bei der Trockenheit der Luft gar nicht empfunden werden, die körperliche Uebung und der vielgestaltige Sport unvergleichlich. Man hat immer behauptet, das trockene Hochgebirgsklima eigne sich nicht für Kehlkopfkranke; so allgemein ausgedrückt sei dies sicherlich falsch, Spieß hat viele Fälle im Hochgebirge vollständig ausheilen sehen. Es komme aber darauf an, ob die trockene Luft überhaupt den Schleimhäuten der oberen Luftwege schädlich ist, ob trockene atrophische Rachenkatarrhe bestanden, ob Neigung zu trockenen Kehlkopfkatarrhen schon vorher da waren. Solche Fälle lasse man lieber im feuchten Seeklima. Die hyperaemischen Schleimhäute aber heilen im Hochgebirge ebensogut wie anderswo. Spieß spricht sodann vom Heuschnupfen und empfiehlt Helgoland oder eine Seereise. Uns Aerzten aus der Nordsee ist freilich bekannt, daß überall, nicht nur auf Helgoland, an unserer Küste und besonders auf den Inseln der Heuschnupfen vergeht, sobald wir Wind von der Seeseite haben, welcher stets keimfrei ist; daß aber bei Landwind, namentlich bei jedem Ostwind, auch auf Helgoland, der Heuschnupfen sich wieder einstellt. Letzteres ist auch der Fall, wenn Patienten bei geschlossenen Fenstern im Zimmer sich aufhalten.

Bei nervösem Asthma spricht sich Spieß dahin aus, daß jeder Asthmatiker aus eigener Erfahrung solche Plätze kenne, wo er von allen Anfällen verschont bleibt; dieselben lägen meist im Gebirge. Das Hochgebirge scheine am günstigsten zu sein, zumal wenn die Lage des Platzes nicht in einem eingeschlossenen Talkessel, sondern etwas frei und luftig ist. Mit der Tiefebene oder der See solle man schon vorsichtiger sein, sie werde in der Regel nicht gut vertragen. M. H., aus unserer Erfahrung werden wir ohne Ausnahme demgegenüber die Ansicht haben, daß diese Bevorzugung des Gebirges durchaus unberechtigt ist. Ich persönlich habe in den letzten sechs Jahren im Hanseatischen Genesungsheim 21 Fälle von Asthma nervosum und bronchiale behandelt. Von diesen sind acht dauernd geheilt, bei den anderen trat bald nach ihrer Rückkehr in die Heimat ein Wiederauftreten der Asthmafälle ein. Es ist aber sehr wichtig, hervorzuheben, daß bei allen 21 Patienten, teils unmittelbar nach dem Betreten der Insel, teils nach ein bis zwei Wochen, die Atembeschwerden schwanden und die jahrelang vorher von ihren Leiden gequälten Patienten die übrige Zeit ihres hiesigen, durchschnittlich auf drei Monate berechneten Kuraufenthaltes sich des ungestörten Wohlbefindens erfreuten. Ich weiß nicht, ob man in St. Moritz gleichgute Resultate aufzuweisen hat. Am Schluß kommt Dr. Spieß auf die wichtige Bedeutung der Bäder in der Frage der Prophylaxe, d. h. daß man Bäder aufsucht, nicht sowohl zur Heilung von bestimmten Krankheiten, als um nicht krank zu werden. In dieser Beziehung gibt er der See den Vorzug vor allen andern Klimaten. Die Kurorte sollten aber danach streben, dem Publikum Winterkuren zu ermöglichen. Sobald dies der Fall sei, würden sich die Deutschen sicher leichter zu einer Kur in ihrer Heimat entschließen, als ins Ausland zu wandern.

Meine Herren! Wir können Herrn Dr. Spieß ganz besonders dankbar sein, daß er derartige Bestrebungen anregt. Ueber den prophylaktischen Heilwert der Nordsee habe ich bereits an a. O. (Verhandlungen des Vereins für öffentliche Gesundheitspflege zu Hamburg, 1902) meine Beobachtungen mitgeteilt. Ich möchte aber im Anschluß an den Vortrag von Dr. Spieß einiges hinzufügen, welches zur Aufklärung über die sanitäre Bedeutung unseres Nordseeklimas dienen wird. Auf dem Kongreß für Tuberkulose in Paris hat der Marineoberstabsarzt Dr. Metzke-Berlin bei Besprechung der Tuberkulosefrage durch eine ausführliche Statistik festgestellt, daß unter den Marinemannschaften die zur Ostsee-Station gehörigen mehr von Tuberkulose heimgesucht waren, als die von der Nordseestation. „Es steht diese Tatsache offenbar mit den der Ostseestation charakteristischen Einflüssen in ursächlichem Zusammenhang, wo im Gegensatz zum Seeklima der Nordsee durch die in den Herbst-, Winter- und Frühlingsmonaten herrschenden schroffen Temperaturwechsel die Entstehung von Erkältungskrankheiten und damit auch der Ausbruch der Tuberkulose sehr begünstigt wird." Diese Beobachtungen entsprechen den Erfahrungen, welche man im Finsen-Institut in Kopenhagen gemacht hat. Als ich vor zwei Jahren dieses weltberühmte Institut besuchte, erzählte mir Dr. Forchhammer, der langjährige Assistent von Finsen und jetzige Leiter, daß der größte Teil der Lupuskranken von der Ostküste und nur ein geringer Teil von der Westküste stamme. An einer anderen Stelle wird behauptet, daß man Patienten

Feuilleton.

Seereisen zu Heil- und Erholungszwecken.

Von Dr. **E. Roth.**

(Schluß.)

Als dann das Segelschiff dem Dampfer weichen mußte, erkannten gar bald einsichtsvolle Aerzte den Umschwung der ganzen Lage. Stand doch therapeutischem Reisen vielfach der Umstand hindernd im Weg, daß früher eben die Zeit der Dauer einer Seefahrt schier unberechenbar war. So hoffte Charles Lévêque bereits 1835, daß man bald Gesundheitsreisen organisieren werde, wie ja Vergnügungsreisen bereits existierten. Er spricht auch davon, daß man Schiffe finden könnte, die zur Aufnahme von Passagieren nur erbaut seien und den Kranken bequeme und durchaus geeignete Unterkunft bieten dürften. In der heutigen Zeit der Prophylaxe ist der Hinweis von Lévêque beachtenswert, daß die Seereisen besonders wichtig bei der Behandlung des ersten Stadiums der Tuberkulose seien. Er gab auch eine Methodik für die Verschiedenheit der Anzeigen für Erholungsfahrten auf der See, für die Küstenschiffahrt und für die Reisen von langer Fahrt. So könnte man noch manches aus der interessanten Arbeit hervorheben, welche die bedeutendste bis dahin erschienene Schrift über therapeutische Seereisen darstellt, die sowohl die physiologischen Wirkungen der Fahrten, wie die therapeutischen Resultate ins Auge faßt.

Von uns Deutschen muß man dann K. Mittermaier erwähnen, welcher 1855 ein vielgelesenes Buch über Madeira veröffentlichte. Obwohl selbst ein großer Verehrer der Gebirgsluft, hält er doch bedeutend mehr von dem Seeklima für die Bekämpfung der Lungentuberkulose.

Für und gegen die Seereisen wurde die Schrift von Jules Rochard in Anspruch genommen. Tatsächlich hat er aber nur die Häufigkeit der tuberkulösen Lungenschwindsucht und ihren Verlauf in der heißen Zone bewiesen, und zwar ebenso zu Lande wie auf der See; jedenfalls rief er eine umfangreiche Literatur für und wider hervor. In diesen Angriffen, in diesen Abwehrschriften traten denn wenigstens Anzeigen und Gegenanzeigen der therapeutischen Seereisen klarer hervor, ihr Wesen wurde festgestellt und die Bedingungen, unter denen sie allein ihren Zweck erfüllen konnten.

Während man so in Frankreich sich herumstritt, kamen in England immermehr, namentlich für Lungenschwindsüchtige, Reisen nach Australien oder Neu-Seeland auf. Auf die anfänglichen Fracht-, später Passagierdampfer folgten wohleingerichtete Krankenschiffe und vermittelten wirklich sanitäre Seereisen. Ja Walsh, Professor der klinischen Medicin am Londoner University College veröffentlichte bereits 1871 den Plan eines Hochseesanatoriums, das je nach der Jahreszeit ver-



mit Erkrankungen der Atmungsorgane nicht an die See schicken dürfe wegen der vielen Nebel.

Meine Herren, ich lege ihnen einen Auszug aus den Beobachtungen der Deutschen Seewarte im Durchschnitt der Jahre 1876 bis 1900 vor. In dieser Statistik, welche ich dem fleißigen Studium eines jeden, der an der Nordsee Interesse hat, empfehle, heißt es in der Messungsperiode 1876 bis 1900:

bei Borkum im Frühling (1. März bis 31. Mai) 5 Tage mit Nebel
im Sommer (1. Juni bis 31. Aug.) 1 Tag mit Nebel
bei Keitum auf Sylt im Frühling 5 Tage mit Nebel
im Sommer 1 Tag mit Nebel
bei Wustrow in Mecklenburg im Frühling 9 Tage mit Nebel
in Memel im Frühling 16 Tage mit Nebel
im Sommer 4 Tage mit Nebel.

Gleich überraschende Resultate erfahren wir aus den Beobachtungen der Deutschen Seewarte bezüglich der Gewitter, welche an der See als größte Seltenheit vorkommen; ferner bezüglich des Schnees. Ein gleiches ist der Fall bei der Sonnenscheindauer; dieselbe ist so groß wie an der sonnenreichsten Gegend des Deutschen Reiches, d. h. an der besten Weingegend am Rhein. Zum Beweise dafür gebe ich folgende Tabelle, welche ich der Kaiserl. Seewarte in der Bearbeitung des Herrn Dr. Frühling verdanke.

Tabelle 2.

Vergleichende Uebersicht der Sonnenscheindauer in Deutschland 1895 bis 1899.

Ort		Januar	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	August	Septbr.	Oktbr.	Novbr.	Dezbr.	Jahres-Mittel
Helgoland	Nordsee	1,4	3,0	3,2	5,3	8,0	8,6	6,5	7,4	5,0	4,5	2,2	1,1	4,5
Meldorf	Nordsee	1,4	2,8	2,9	4,7	7,9	9,8	6,3	7,1	5,0	3,0	2,4	1,2	4,7
Nesserland bei Emden	Nordsee	1,4	3,0	3,1	5,4	7,6	8,4	6,5	7,2	5,3	3,4	2,2	1,4	4,4
Kiel	Ostsee	1,1	2,3	2,4	4,6	7,0	9,1	6,5	7,2	5,4	2,9	2,0	0,9	4,3
Rostock	Ostsee	1,0	2,3	2,7	5,1	7,0	8,3	6,1	6,9	5,3	3,0	1,9	1,3	4,2
Kolbergmünde	Ostsee	1,2	2.0	3,1	5,1	7,1	9,4	7,8	7,9	5,4	2,0	2,1	1,0	4,6
Berlin		1,1	2,2	3,1	4,6	7,0	9,0	6,7	7,6	4,7	3,2	2,3	1,3	4,4
Cassel		1,1	2,5	3,3	4,5	6,4	7,6	7,4	6,9	4,5	3,1	2,4	1,1	4,1
Geisenheim		1,1	3,2	4,0	5,3	6,3	7,9	7,4	7,0	5,4	3,5	2,1	1.7	4,8
Jena		1,3	2,6	3,6	4,3	5,8	7,3	6,1	6,8	4,7	3,1	2,2	1,4	4,1
Breslau		1,6	2,5	3,5	4,4	5,7	9,1	6,9	7,6	5,2	3,7	2,5	1,6	4,5
Marburg		0,8	2,8	3,5	4,8	7,1	8,3	7,1	7,0	4,7	3,1	1,9	0,7	4,3
Erfurt		1,2	2,6	3,3	4,0	5,8	7,5	6,4	6,8	7,7	3,2	2,2	1,6	4,1
Celle		1,3	2,6	3,3	5,0	7,2	8,9	6,5	7,7	5,2	3,4	2,4	1,4	4,6

Die Beziehungen der Verdauungskrankheiten zu der Balneologie besprach Geh.-Rat Ewald-Berlin Zunächst spricht er über die Behandlung der Verdauungskrankheiten mit Trinkkuren. Die Wirkung derselben sei auch heute nicht mehr genügend. Es bestehen z. B. über den Einfluß so mancher alltäglich verordneten Mineralwässer, wie z. B. Wiesbadener Kochbrunnen und das Kissinger Ragoczy, große Meinungsverschiedenheiten. Ob die Kochsalzquellen die Ausscheidung der Magendrüsen hemmen oder erhöhen, ist noch heute eine Streitfrage geblieben; dasselbe gilt von den Glaubersalzwässern, ferner vom Kalk- und Schwefelwasser. Noch immer spreche die Erfahrung das letzte Wort in diesen Fragen und die experimentellen Ergebnisse hätten mehr eine Beteiligung längst bekannter Tatsachen gebracht, als daß sie neue Wege und Anschauungen erschlossen hätten. Uns interessiert in der vorliegenden Arbeit die Bemerkung Ewalds über den Einfluß der Bäder auf die Magendarmverdauung: „Es ist von vornherein klar, daß derselbe nur ein indirekter sein kann. Es bedarf wohl kaum des besonderen Hinweises darauf, daß hierbei nur eine Besserung oder Heilung funktioneller Störungen möglich sein kann. Einmal kommt die Kräftigung des Allgemeinbefindens in Betracht, die günstig auf die Funktionen der absondernden Organe einwirkt und vor allen Dingen die motorischen Leistungen derselben steigert. Diese Wirkung kommt namentlich bei den Seebädern zur Geltung. Ewald erwähnt die uns bekannte Arbeit von Lindemann, in welcher der Verfasser nachwies, daß das kalte Seebad tonisierend auf die Magen- und Darmfunktion einwirkt, indem es die motorischen, sekretorischen und resorptiven Funktionen des Magens und Darms hebt.“ Günstige Erfolge sah er bei den Atonien des Magens und Darms und bei den Magenneurosen.

Meine Herren! Wir alle können diese Erfahrungen bestätigen; wir wissen, daß die starke körperliche Bewegung beim Seebad, namentlich aber der Kältereiz vorzügliche, wenn nicht die besten Mittel sind, um die erschlaffte Magenmuskulatur anzuregen und zu kräftigen, und zwar in weit energischer Form, als es alle andern bekannten Heilmittel, Massage, Elektrizität und andere erzielen können. Auf einen Umstand ist aber besonders aufmerksam zu machen, und die Kurverwaltungen werden nach dieser Richtung ganz besonders ihr Augenmerk lenken müssen: das ist die Diätfrage in den Seebädern. Wenn es auch in der neuesten Zeit immer mehr üblich wird, in den Bädern, welche vorzugsweise von Patienten mit Verdauungsstörungen aufgesucht werden, nicht mehr so ängstlich wie früher an dem Verbot vieler Speisen, Früchte, Vegetabilien, Getränke festzu-

---

schiedene Breiten mit günstigen klimatischen Verhältnissen, insbesondere aber Gleichförmigkeit der Temperatur aufsuchen sollte. Zur selben Zeit gedenkt A. Biermann in Deutschland der Seereisen als einer Klimaspezialität, welche jedenfalls eine praktische Bedeutung für die Krankheiten der Menschen habe, und hofft, daß Unternehmungen in dieser Richtung bald in Aufnahme kommen möchten. Auch in Bezug auf Zeit und Terrain der Reise zeichnet unser Landsmann klare Wege vor. Wollte ein Gigot-Suard den 28. und 46. Grad n. Br. und den 30. Grad östlicher wie westlicher Länge als für therapeutische Seereisen hauptsächlich in Frage kommend hinstellen, so zog Biermann die Grenze viel enger und schloß die Bai von Gascogne und das Mittelmeer vollkommen aus. Am 1. Oktober müsse der norddeutsche Hafen spätestens verlassen werden, Fahrten an der afrikanischen oder amerikanischen Küste, auch im mittelländischen Meere sind zu unterlassen, Naturgenüsse und einfache Großartigkeit der Natur, wie sie der Atlantische Ozean so herrlich biete, sagten dem Kranken besser zu als die Zerstreuungen und Anstrengungen, denen sie in den Häfen ausgesetzt seien. Er zieht auch ein Segelschiff dem Dampfer vor, da ja ein bestimmter Termin nirgends eingehalten werden müsse.

Der nächste wichtige Befürworter der Seereisen war C. Theodore Williams, der wiederholt das Wort ergriff, und man kann nur sagen, daß bis vor 30 Jahren etwa mehr und mehr die Lungenschwindsucht als das Heilobjekt hingestellt wurde, für die Seefahrten gut wären, während die übrigen Krankheitszustände bei Seite gelassen wurden. Dabei trat an den Tag, daß man den therapeutischen Wert der australischen Seereise weit überschätzt hatte, und es mehrten sich die Stimmen, welche überhaupt gegen weite Reisen nach irgend welchen fremdländischen Kurorten waren.

1873 hielt dann Thomas B. Pencock eine viel bemerkte Rede on the beneficial influence of sea voyages in some forms of disease und die Ratschläge dieses erfahrenen Arztes sind dann oftmals von anderen benutzt und wiedergegeben worden.

An C. Fabers Ausführungen interessiert hauptsächlich die Mitteilung, daß eine therapeutische Seereise nicht länger als zwei Monate ohne Unterbrechung dauern sollte.

Ausführlich entwickelte dann Foussagrives seine Ansichten über die Vorteile von Seefahrten, aber von ungleich praktischerem Werte für die Ausgestaltung und Nutzbarmachung derselben für therapeutische Zwecke ist das umfangreiche Werk von William S. Wilson: The ocean as a health resort, London 1880. Er gibt sowohl dem Arzt, namentlich aber dem mit dem Seeklima und den Bodenverhältnissen nicht vertrauten Kranken wichtige Fingerzeige in Bezug auf Einrichtung der Kabinen, Kleidung, diätetisches Unterhalten usw., so daß Friedrich die Seiten 144 bis 170 diesem Bahnbrecher widmet. Vielfach haben ja heute die Vorschläge von Wilson nur ein mehr retrospektives Interesse, doch behalten eine Reihe nützlicher Winke und Ratschläge noch heutigen Tages ihre Richtigkeit und Wichtigkeit.

halten und z. B. seitens der Karlsbader und Kissinger Kurgäste die Diätvorschriften weniger streng gegeben werden, so muß es doch in jedem Kurort möglich sein, eine bestimmte Diät durchführen zu können, und hierin besteht noch in vielen Seebädern ein großer Uebelstand. Von Jahr zu Jahr werden immer mehr Kurgäste mit Verdauungsleiden zur Heilung auf die See geschickt; ein sehr erheblicher Teil der Karlsbader und Kissinger Kurgäste kommt zur Nachkur zu uns; es ist daher unsere Pflicht, zu sorgen, daß jeder Patient die ihm vorgeschriebene Diät ohne weiteres erhalten kann. Ich glaube, daß es nur eines Hinweises bedarf, daß unsere Nordseebäder, deren Verpflegungsverhältnisse besser sind als irgend wo anders, auch diese Forderung erfüllen. Mit besonderer Befriedigung können wir bei diesem Kapitel hervorheben, daß unsere sonstigen hygienischen Einrichtungen vortrefflich sind, von 29 Nordseebädern haben 6: Norderney, Borkum, Wilhelmshaven, Cuxhaven, Westerland, Südstrand a. Föhr, Wasserleitung und Kanalisation, in 5 andern sind dieselben in Vorbereitung oder im Bau, fast überall ist elektrische Beleuchtung, moderne Krankenhäuser, Schlachthofanlagen. Es wird daher auch keine besonderen Schwierigkeiten machen, die Diätfrage in mustergültiger Weise zu regeln.

Beziehungen der Balneologie zur Chirurgie von Professor Krause-Berlin.

Krause bespricht an der Hand eines großen Materials die außerordentlich vielseitige Bäderbehandlung bei chirurgischen Erkrankungen, und zwar benutzt er die bisher nicht veröffentlichten Jahresberichte der Königlichen Wilhelms-Heilanstalt in Wiesbaden; es kommen in Betracht besonders die Folgezustände von Verletzungen, zurückbleibende Gelenksteifigkeit und Gliederschmerzen, besonders der Knochen und Gelenke, ferner Entzündungen, chronische Eiterungen, Fistelbildungen, Muskelrheumatismus, Lähmungen, nervöse Schmerzen. Bei Gesichtsschmerz empfiehlt er neben ruhigem Aufenthalt im sonnigen Klima, Aegypten, Sizilien, die Riviera, auch die Meeresküste. Er führt deren günstigen Einfluß im wesentlichen auf die Kräftigung des Körpers und Kräftigung des Allgemeinzustandes zurück, häufig sah er aber vom Seeklima ungünstige Wirkungen, namentlich erwies sich der Gebrauch kalter Seebäder als nachteilig. Wenn man solche zu verordnen für gut findet, so ziehe man die schwächeren Ostseebäder den Nordseebädern vor. K. bespricht im weiteren Verlaufe die Tuberkulose der Knochen und Gelenke. Hier spielen von vornherein Badekuren zur Unterstützung der operativen Behandlung eine wertvolle Rolle. Für diese Zwecke ist das Seeklima bevorzugt, obgleich es keine spezifische Wirkung auf tuberkulöse Leiden ausübt, so trägt es doch in hervorragendem Maße zur Kräftigung des Körpers und dadurch zur Ausheilung der Krankheitsherde bei.

Meine Herren! Diese Beobachtungen bieten uns wenig neues; wir bedauern es häufig, daß Patienten mit Knochen- und Gelenktuberkulose viele Monate, ja jahrelang in Krankenhäusern zubringen, anstatt daß man sie nach der Operation an die Nordsee schickt, wo sie oft auffallend schnell gesund werden, jedenfalls aber weitaus rascher als in der Klinik. Wir wissen ferner aus unseren Kinderheilstätten, daß viele Gelenk- und Knochentuberkulosen im Anfangsstadium auch ohne Messer vollständig ausheilen. Einen gleich günstigen Erfolg sehen wir sehr häufig bei langsam und schlecht heilenden Wunden aller Art, und zwar unter denselben Einflüssen, wie sie Krause bei der Tuberkulose angegeben hat.

Professor Posner-Berlin behandelt in einer Schrift Harn- und Nierenkrankheiten. Wie wir jetzt in fast allen Lehrbüchern finden, daß die See bei chronischer Prostatis empfohlen wird zur Kräftigung des Allgemeinbefindens und zur Beseitigung der melancholischen Gemütsstimmung, so erwähnt Posner auch das Seebad, neben Kühlsondenbehandlung, Mastdarmkühlung, Darmduschen, Sol- und Jodbädern, namentlich aber Moor- und Schlammsitzbädern. Er weist nun darauf hin, daß die so oft bis zum Uebermaß geübte Bekämpfung der letzten entzündlichen Erscheinungen beim chronischen Harnröhrenkatarrh oft die Ursache der sogenannten Tripper-Hypochondrie sei. Im Anschluß daran erwähnt er die Neurosen des Harn- und Geschlechtsapparats, namentlich die jetzt so viel verbreitete sexuelle Neurasthenie; hier trete die örtliche spezialistische Behandlung weit zurück, gegenüber den allgemeinen Bademethoden. Wesentlich sei die psychische Therapie, sie müsse vor allen Dingen in der Grundfrage beachtet werden, ob die Patienten an offenen Kurorten oder in Sanatorien zu behandeln sind. Auf der einen Seite freies Leben im Kurort und die Gefahr für haltlose charakterschwache Individuen, auf der andern, im Sanatorium, die Gefahr der psychischen Infektion, d. h. daß die Patienten sich ihr Leiden gegenseitig anvertrauen und bei leicht empfänglichen Gemütern nur neue, krankhafte Sensationen hervorrufen. Außer dem Kurort kommt die richtige Wahl des Klimas wesentlich in Betracht. Posner z. B. hält es für ganz verkehrt, wenn, wie es häufig geschehe, die Sexualneurastheniker unterschiedslos an die See dirigiert werden — gerade dem Einfluß des Seeklimas seien die Patienten oft nicht gewachsen. Auch in den Hochalpen befänden sie sich nicht alle wohl, er habe vielmehr für die Mehrzahl der Fälle mittlere Höhen mit viel Wald als passendste Lage gefunden.

Meine Herren, nach unseren Erfahrungen müssen wir hierzu bemerken, daß bei der Sexualneurasthenie die Nordsee als klimatisches Heilmittel in erster Linie in Frage kommt, sowohl das Klima mit seiner anregenden Wirkung auf alle Lebensfunktionen, als auch das Seebad, das wirksamste und wohltuendste Reizmittel auf den Geschlechtsapparat. Endlich ist nicht zu unterschätzen die Gesellschaft eines Seebades, welche im Gegensatz zu allen andern Bädergruppen frisch und lebensfroh ist und Gemütsdepressionen nicht aufkommen läßt.

Frauenkrankheiten, Professor Koblank-Berlin.

Koblank empfiehlt bei der Gruppe Myome, bei der die Adnexe nicht beteiligt sind und bei welcher die Balneotherapie im Gegensatz zu den Uterus-Myomen mit entzündlichen Erkrankungen der Nachbarorgane bisher für nutzlos gehalten wird, eine Kaltwasserkur im Hause oder Sanatorium oder Seebad. Bei der Auswahl der verschiedenen Verfahren sei die Konstitution maßgebend. K. spricht dabei sein Bedauern aus, daß es üblich ist, die so mächtig auf den ganzen Körper wirkenden Seebäder ohne jeden ärztlichen Rat gebrauchen zu lassen, während doch in allen anderen Bädern, von denen einige gewiß keinen so großen Einfluß haben, eine sorgfältige ärztliche Ueberwachung niemals zu fehlen pflegt. K. erzählt dann von einer Dame, einer 47jährigen Jungfrau, welche an einem interstitiellen Myom litt, bis über Nabelhöhe reichend; nach einer energischen Kaltwasserbehandlung wurde die Ge

---

Die Literatur mehrt sich nun entschieden, und müssen wir es uns versagen, hier selbst auf die bedeutenderen Erscheinungen einzugehen. Aber immer klarer und bestimmter treten namentlich nach 1890 auf Grund reicher Erfahrungen, gewissenhafter Beobachtungen und sorgfältig gesammelter statistischer Angaben die Anzeigen der Seereisen hervor, immer bestimmter werden die Anforderungen an das, was zu geschehen habe, um sie für Kranke nutzbringend und heilsam zu gestalten.

Neben den eigentlich therapeutischen Seereisen tritt dann die Erholungsreise zur See auf den großen Passagierdampfern auf, und bereits 1901 betonte eine Schrift von G. Lehmann-Felskowski: Die hohe See als Luftkurort. Die Vergnügungsreisen zur See nehmen alljährlich an Umfang zu und, analog dem Bestreben der modernen Medicin in möglichster Verhütung der Krankheiten ihr schönstes Ziel zu sehen, hat sie auch die Seereisen in ihren Dienst gestellt und bietet ebenso den durch Arbeit oder Sorgen in Beruf oder Leben Ueberarbeiteten und Abgespannten, wie den im Kampfe um das Dasein durch fieberhafte Anspannung schließlich kraft- und energielos gewordenen Menschen, auf der See wieder die Möglichkeit der Sammlung neuer körperlicher und geistiger Kräfte.

Mutatis mutandis bewährt sich hier wieder das alte Wort: *ὕδωρ μὲν ἄριστον.*

schwulst immer kleiner, nach drei Jahren kaum faustgroß. Eine andere Dame nahm mit ihrem Myom 49 Seebäder ohne jeden Schaden. Mir sind in der Folge noch zwei weitere Fälle überwiesen, welche mit dem besten Erfolg kalte Seebäder nahmen. Außer diesen habe ich in den letzten zwei Jahren noch drei andere Fälle beobachtet. In allen habe ich ein deutliches Zurückgehen der Myome feststellen können, was man wohl allein der kontrahierenden Wirkung des Kältereizes zuzuschreiben hat. Dagegen habe ich bei Myomen schlechte Erfahrungen mit warmen Seebädern gemacht, nach welchen mehrfach Blutungen eintraten. Andere Frauenleiden, die K. erwähnt, haben für die See weniger Interesse. Bemerkenswert ist, daß K. und Olshausen vor der gynäkologischen Massage bei einer allgemeinen Badekur warnen; sie wirke höchst ungünstig, die Kranken kommen in hohem Grade nervös und widerstandsunfähig nach Haus.

Passow-Berlin: Balneologie und Ohrenkrankheiten.

Passow spricht zuerst über die tuberkulösen Mittelohrerkrankungen, bei welchen man fast immer sehe, daß sie sich bessern, ja heilen, wenn es gelingt, die allgemeine Tuberkulose zu bessern oder auszuheilen. Die klimatische Behandlung komme sehr häufig in Betracht, nur ausnahmsweise die operative. Nach seinen und Körners (Rostock) Erfahrungen könne man Skrofulöse und Rhachitische mit abgeheilter oder bestehender Mittelohreiterung ohne Sorge an die See schicken, wenn ihr sonstiger Zustand es angezeigt erscheinen läßt. Nach Erwähnung der Sklerose und Ohrkrankheiten bei Syphilis, Diabetes, Brightscher Nierenkrankheit kommt P. dann auf die subjektiven Gehörsstörungen bei blutarmen, bleichsüchtigen und nervösen Patienten zu sprechen. Bei Bleichsüchtigen entwickelten sich oft chronische Mittelohrkatarrhe, welche zum Teil ihre Ursachen in den bei solchen Leiden häufig vorkommenden Veränderungen im Nasenrachenraum haben. Die Ohrgeräusche würden durch starke Solbäder oft gesteigert, daher empfehle es sich, derartigen Patienten Bäder mit einfachen Kochsalzthermen zu empfehlen. Schwanze (Halle) warnt bei Ohrenleiden vor Kaltwasserkuren; man solle alle kalten Duschen auf Kopf und Nacken vermeiden.

Passow spricht dann weiter über die Bäderbehandlung bei vergrößerten Rachenmandeln. Es ist ja zwecklos, hiergegen Seebäder und Solbäder zu nehmen. Es sei nicht zu leugnen, daß sie einigen Vorteil haben; aber sie bessern nur vorübergehend und heilen nicht radikal. Die Erfahrungen Körners beweisen, daß durch Aufenthalt an der See Rachenmandeln nicht zum Schrumpfen gebracht werden.

M. H.! Entsprechend diesen Beobachtungen, welche wir voll und ganz bestätigen können, habe ich auf Anfragen von Kollegen stets den Rat gegeben, die Rachenmandeln herausnehmen zu lassen und erst dann die Patienten hierher zu schicken. Endlich hebt Passow bei der Frage der rezidivierenden akuten Mittelohrentzündungen und chronischen Schleimhauteiterungen, welche früher im milden Gebirgsklima oder in waldiger Gegend behandelt wurden, hervor, daß auch der Aufenthalt an der See, entgegen den bisherigen Anschauungen, Heilung herbeiführen kann. So beobachtete Körner, daß Mittelohreiterungen an der See trocken wurden und daß Perforationen sich schlossen, und zwar auffallenderweise auch, wenn Seebäder genommen wurden und das Ohr nicht geschützt war. Nach Passows Erfahrungen müßte man mit Seebädern vorsichtig sein. Der Aufenthalt an der Ostsee, in den milden englischen Seebädern und an den Küsten des Mittelmeeres scheint ihm nicht nur unbedenklich, sondern in den meisten Fällen günstig einzuwirken; dagegen widerrät er bei bestehender Eiterung das Baden in der offenen See, welches in vielen Fällen Verschlimmerung und Wiederauftreten von Entzündung zur Folge hat. Die Nordseebäder sind nach Passow von Leuten, die an chronischer Mittelohreiterung leiden oder Trommelfellperforation haben, zu meiden. Zwar sah er auch bei einzelnen, die gegen ärztlichen Rat die Nordsee aufsuchten, Besserung des Ohrenleidens, die sich jedoch auch wohl mit weniger Risiko in andern Bädern hätte erreichen lassen. Bei vielen Kranken trat aber so erhebliche Verschlimmerung ein, daß sie die See schleunigst wieder verließen. Ein Kranker, der nicht glauben wollte, daß die Nordsee schuld gewesen, ging drei Jahre hintereinander dahin, aber immer nur für wenige Tage. Jedesmal traten sofort heftige Entzündungserscheinungen auf.

Meine Herren! Diese Ansichten und Erfahrungen Passows stimmen ja im allgemeinen mit den unserigen überein; wir wollen auch hinzufügen, daß bei Sklerose, diesem Kreuz der Ohrenärzte, das Seeklima ungünstiger wirkt als jedes andere; hierbei ist mittleres Gebirgsklima in einer Höhe von 800 bis 1000 m am wohltuendsten. Stärkere Winde werden am schlechtesten vertragen, auch feuchte Luft.

Meine Herren! Ich will damit diese Ausführungen abschließen; es würde zu weit führen, noch andere Autoren heranzuziehen, obwohl ihre Zahl bei weitem nicht erschöpft ist. Jedenfalls werden Sie zu der Ueberzeugung gekommen sein, daß unsere Nordsee als Heilmittel in der mannigfaltigsten Weise in Betracht kommt, daß sie eine große Rolle spielt in der Behandlung fast aller chronischen Krankheiten und nicht minder als ein Mittel, um derartigen Krankheiten durch Kräftigung und Stählung des Körpers vorzubeugen. Wenn man den Anzeigen aller Bäder, Quellen und Luftkurorte mit Recht den Vorwurf macht, daß danach keine Krankheit besteht, gegen welche die Bäder keine Heilung brächten, so trifft unsere Nordsee dieser Vorwurf kaum, denn in allen Fächern der Heilkunde: bei Krankheiten der Atmungs-Verdauungsorgane, bei vielen konstitutionellen und Kreislaufstörungen, in der Chirurgie, sogar in der Ohren- und Frauenheilkunde werden Nordseeklima und Nordseebad als Heilmittel erwähnt. Und diese Bedeutung der Nordsee ist noch nicht alt, kaum älter als ein, höchstens zwei Jahrzehnte; und trotzdem müssen wir sagen, daß diese Bedeutung der Nordsee noch bei weitem nicht ihrem vollen Wert entspricht.

Wir Aerzte wollen aber auch ehrlich bekennen, daß es nicht zum wenigsten unsere Schuld ist. Wir wollen in Zukunft das beherzigen, was von den herangezogenen neun Autoritäten fünf am Schlusse ihrer Vorträge übereinstimmend gesagt haben: Sorgen Sie dafür, daß die Heilanzeigen ihrer Bäder uns zugänglich gemacht und allgemein bekannt werden, oder wie Geh.-Rat Heubner speziell von seiner Wissenschaft sagt: Sorgen sie dafür, daß intimere Beziehungen und fruchtbarer Gedankenaustausch zwischen den Kinder- und Badeärzten angebahnt werde.

Geh.-Rat Passow hebt die Ansprüche hervor, welche heutzutage an den Badearzt gestellt werden, und sagt mit Beziehung auf sein Spezialfach: „auch die Behandlung Ohrkranker muß mit Sorgfalt durchgeführt werden, an den Balneologen werden große Anforderungen gestellt, am besten wäre es, wenn er Spezialist für alles sein könnte."

Daß wir Aerzte an der Nordsee eine gute Sache vertreten, wissen wir aus eigener Erfahrung; wir wissen, eine wie dankbare Aufgabe es ist, als Praktiker an der Nordsee zu arbeiten; wir werden uns auch nicht beirren lassen, wenn man unsere Erfolge anzweifelt. Jeder von uns hat es wohl erfahren, daß man uns von seiten anderer Fachkollegen mit einem ironischen Lächeln begegnet, wenn wir die Ansicht vertreten, daß Chlorose und Anaemie an der Nordsee ebenso rasch und gründlich, wenn nicht besser und nachhaltiger geheilt wird, als in Pyrmont und Schlangenbad, daß bei Halskranken unser Klima mehr leiste, als Ems oder Reichenhall. Wir wissen ferner, daß wir technisch wohl die Mittel besitzen, den Extremen mit Erfolg zu begegnen, wie sie eine so gewaltige Naturkraft, wie das Nordseeklima, mit sich bringt. Es kommt hierbei namentlich in Betracht ein ausreichender Windschutz und Schutzmittel gegen die sehr energische Belichtung. Andererseits, wenn man sich etwas eingehender mit der Bäder-Wissenschaft beschäftigt — und dazu wird heute jeder Arzt durch seine Praxis genötigt — so müssen wir bekennen, daß die Theorie von der Wirkung der Bäder und Quellen auf ziemlich schwachen Füßen steht; wir wissen heute noch nicht, weshalb die Wirkung einer Quelle, deren chemische Bestandteile uns bis auf Zehntausendstel eines Grammes bekannt sind, eine so ganz andere Wirkung auf den Körper haben soll, als



gleichwertige Chemikalien in Wasser gelöst, und weshalb wegen so bekannter und dazu medicinisch unwesentlicher Bestandteile einer Quelle, wie Kochsalz, Natron, Glaubersalz, in mehr oder weniger temperierter Form Tausende von Menschen zum weltberühmten Kurort wallfahrten.

Auch die Versuche, die Quellenwirkung durch die Bestimmung des Gefrierpunktes, der elektrischen Leitungsfähigkeit zu erklären, haben keine entscheidende Wendung in dieser Streitfrage erzielt; auch die anfänglich mit großen Hoffnungen begrüßte Lehre von der Radioaktivität hat fast ganz versagt. Wir müssen ja bekennen, daß auch die Theorie unserer Nordseebäder in vielen Punkten noch der Aufklärung bedarf, aber man wird doch schließlich dahin kommen, daß als die Hauptsache der Bäderwirkung zwei Faktoren in Betracht kommen: 1. Entfernung aus der Häuslichkeit, 2. die Verbesserung der Konstitution. Und da von allen Seiten diese Heilwirkung der Nordsee und besonders den Nordseeinseln in erster Linie zugesprochen wird, können wir ohne Sorge in die Zukunft blicken: die Zukunft gehört uns.

Periodische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift. Nr. 26. 1907.

1. Erhardt, Königsberg: **Ueber die diphtheritische progrediente Hautentzündung.**

Die Krankengeschichten von vier einschlägigen Fällen werden mitgeteilt. Das Leiden tritt bei Kindern während der ersten Lebensjahre auf; es scheint mit Vorliebe schwächliche, wenig widerstandsfähige Individuen zu befallen, doch sind auch kräftige Kinder, wie zwei Fälle zeigen, nicht dagegen geschützt. Die eigentliche Ursache der Erkrankung ist in dem Eindringen des Diphtheriebazillus in die Haut zu sehen. Als Eingangspforte kommen kleine Exkoriationen in Betracht; bei einem der Fälle ermöglichte eine Varizellenpustel das Eindringen der Bazillen. Die Exkoriationen machen nicht den Eindruck einer schwer infizierten Wunde, lassen insbesondere keine der für Wunddiphtherie charakterisierten Veränderungen erkennen; die Infektionserreger werden wahrscheinlich sofort in die tieferen Schichten der Kutis und Subkutis verschleppt und verbreiten sich über der Faszie auf dem Lymphwege. Träger der Infektionserreger ist in der Regel der Patient selber, der eine Rachendiphtherie überstanden hat und mit infizierten Händen die Erreger in seine Haut einimpft. In zwei der vom Verf. beobachteten Fällen war Rachendiphtherie nachweisbar, in den beiden andern fehlten klinische Zeichen einer Rachenerkrankung; vielleicht war hier die Erkrankung durch diphtheriekranke Angehörige übertragen. Die Infektion beginnt mit stürmischen Erscheinungen unter hohem Fieber und schwerer Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens. Lokal tritt ein Infiltrat der Subkutis auf, das rasch nach allen Seiten flächenhaft fortschreitet und bei seiner Erweichung zu einer Loslösung der Haut von der darunterliegenden oberflächlichen Faszie führt. Die Haut erscheint flammendrot injiziert, polsterartig ödematös; bei der Palpation fühlt man in der Tiefe das harte Infiltrat, die Finger lassen dellenartige Vertiefungen zurück; nirgends kommt es zur Ausbildung größerer Abszesse, die Inzision entleert nur wenig dünnflüssigen Eiter; man sieht bei der Inzision, daß die Haut in ihrer ganzen Dicke über weite Bezirke gelöst ist; nach allen Seiten gelangt man in tiefe Taschen. Die flächenhafte Unterminierung der Haut schreitet in einigen Stunden oder Tagen weiter fort, nirgends zeigt sich die Tendenz, die Faszie zu durchbrechen. Die weitgehende Ablösung der Haut von ihrer Unterlage führt zu bedeutenden Zirkulationsstörungen; dunkelblaurote Verfärbung kündigt die Gangrän an, die große Bezirke der Haut zerstören kann. Die chirurgischen Hilfsmittel erscheinen diesem Prozeß gegenüber völlig machtlos. Die Diagnose ist leicht, da ein einziger Abstrich der Oedemflüssigkeit genügt, um die Diphtheriebazillen nachzuweisen; das klinische Bild erinnert an gewisse Formen erysipelatöser Phlegmonen. Die Prognose erscheint recht ungünstig; zwei der Fälle starben, die beiden andern heilten nach schwerem wochenlangen Krankenlager aus unter Bildung großer kallöser Narben. Vielleicht ist von der Serumtherapie eine Besserung zu erwarten.

2. Schubert, Breslau: **Klinische Beobachtungen auf dem Gebiete der Geburtshilfe über die Wirkung des Secacornins.**

3. Kausch, Schöneberg: **Die derzeitigen positiven Erfolge der Druckdifferenzverfahren (Sauerbruch).**

Verf. kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden Schlüssen:

1. Das Druckdifferenzverfahren ist als unentbehrlich zu bezeichnen:
   a) zur Vermeidung des gewöhnlichen operativen Pneumothorax und dessen Gefahren (Infektion);
   b) bei der extrapleuralen Pneumotomie, namentlich bei infizierter Lunge.
2. Es ist wünschenswert bei der Behandlung des Empyems.
3. Das Unterdruckverfahren ist dem Ueberdruckverfahren vorzuziehen.

4. Oppenheim, Wien: **Ueber Phosphaturie bei Gonorrhoe.**

Das häufige Vorkommen, respektive das häufigere Manifestwerden der Phosphaturie bei Gonorrhoe dürfte zum Teil damit zu erklären sein, daß bei dieser Krankheit häufig von vornherein ein durch die Nahrungsweise in seiner Azidität verminderter Urin durch alkalisch reagierende Sekrete der erkrankten Harnröhre und deren Drüsen noch mehr an Azidität einbüßt, so daß eine alkalische Reaktion des Urins leichter erzeugt werden kann, wobei dann Erdalkaliphospate ausfallen. Es kann aber auch bei der Phosphaturie der Gonorrhoiker eine vermehrte Kalkausscheidung, eine Kalkariurie in Betracht kommen; der vermehrte Kalk im Urin wäre aus dem Kalk der Nahrung abzuleiten, die als wesentlichen Bestandteil bei vielen Gonorrhoikern reichlich Milch enthält, dem kalkhaltigsten Nahrungsmittel.

5. Rosenberg, Berlin-Neuenahr: **Versuche über die therapeutische Verwendung menschlichen Magensaftes.**

Von mehreren deutschen Autoren ist die Wirkungslosigkeit des Heppschen Schweinemagensaftes „Dyspeptine“ nachgewiesen worden. Verf. hat nun therapeutische Versuche mit menschlichem Magensaft angestellt. Ein Patient, der an Reichmannscher Krankheit litt, lieferte viele Wochen hindurch tagtäglich aus nüchternem Magen 200 bis 650 ccm Magensaft; derselbe war meist klar, wurde es stets nach gehöriger Filtration, war geruchlos und von prickelndsaurem Geschmack. Die Gesamtazidität betrug an verschiedenen Tagen 94 bis 115 $^1/_{10}$ NaOH, davon entfielen 12 bis 15 auf gebundene Säure und einige wenige auf saure Phosphate; im Durchschnitt war also mehr als 90% freie Salzsäure vorhanden. Die proteolytische Kraft war vorzüglich: Eiweißscheibchen wurden im Brutschrank in kaum zwei Stunden vollständig verdaut. Dieses Magensekret erfüllt also in glänzender Weise die Forderungen, die man an einen physiologischen, wirksamen Magensaft stellt. Da er von einem Neurastheniker stammte, der vollständig organgesund war und insbesondere nichts von Lues und Tuberkulose aufwies, konnte er ohne Bedenken therapeutisch verwandt werden. Zu den Versuchen standen zwei nervöse Achylien, zwei Fälle von Achlorhydrie auf dem Boden chronischer Gastritis, eine Subazidität ohne und eine Subazidität mit 10 bis 14 $^1/_{10}$ NaOH freier Salzsäure zur Verfügung. Verwandt wurde stets frischer Magensaft, da Pepsin mit der Zeit an Wirkung einbüßt. Die Patienten nahmen ohne Widerstreben fünf bis sechs Wochen hindurch viermal täglich 10 Minuten vor dem Essen je einen Thee- bis Eßlöffel voll. Objektiv konnte bei der allwöchentlichen Ausheberung festgestellt werden: Keine Veränderung der Motilität und Chymifikation, keine Steigerung der Azidität, mit Ausnahme der Subazidität ohne freie Salzsäure, bei der sich ein einziges Mal Spuren freier Salzsäure zeigten. Die mit dem Filtrat des Exprimierten angestellte Biuretreaktion war am Schluß der Behandlungszeit nicht intensiver als vorher. Die peptische Kraft des Filtrates, die mehrfach geprüft wurde, änderte sich ebenfalls nicht. Bei einer Achylia nervosa und einer Subazidität fanden sich vor Beginn der Versuche nach Darreichung rohen Hackfleisches viel Bindegewebsreste in den Fäzes, die fast sechswöchige Behandlung mit Magensaft änderte daran nichts. Bei der einen Achylie traten während und nach der Darreichung des Saftes trotz geregelter Diät genau wie vorher manchmal Durchfälle ein; demgegenüber



war bei ihr und einer Subazidität ein Nachlassen der Magenbeschwerden (Gefühl von Völle, Druck) zu konstatieren. Bei dem größeren Teil der Versuchspersonen besserte sich der Appetit mehr oder weniger; in einigen Fällen hob sich das Körpergewicht etwas. Weder menschlicher, noch Hunde- und Schweinemagensaft, noch die größte therapeutisch mögliche HCl-Dosis ist imstande, herabgesetzte Säureproduktion im menschlichen Magen in nennenswerter Weise zu steigern oder gar die erloschene Funktion wiederherzustellen. Bestenfalls stellt tierischer bezw. menschlicher Magensaft vom pharmakologischen Standpunkte betrachtet ein Stomachikum dar und leistet nicht mehr und nicht weniger als Salzsäuretherapie.

6. Heile, Wiesbaden: **Ueber neue Wege, die natürlichen Heilungsvorgänge des Körpers bei krankhaften Prozessen künstlich zu vermehren und zu beschleunigen.**

Die Resorption von tuberkulösem Eiter nach wiederholten Jodoformeinspritzungen und Punktionen wird durch die Wirkung verdauender Fermente vermittelt, die von einwandernden Leukozyten herstammen. Die Wirksamkeit der an die Leukozyten gebundenen verdauenden Wirkung kann aber außer durch chemische Reagenzien (Jodoform etc.) auch durch Beeinflussung der Zirkulation und des Stoffwechsels an Ort und Stelle ausgelöst werden, wie sie am wunderbarsten in der Wirkung der Bierschen Stauung hervortritt. Der verhinderte Blutabfluß und die Aenderung der lokalen Stoffwechselbedingungen dabei führt zu einem Zerfall von Zellen, in erster Linie der wenig widerstandsfähigen Leukozyten, wodurch Fermente und vielleicht intrazellulär enthaltene Antitoxine, Bakteriolysine etc. frei werden. Außer der chemischen Wirkung an Ort und Stelle auf die Zelle, außer der Beeinflussung durch die Biersche Stauung, treten dieselben Wirkungen nach Röntgenbestrahlung auf; auch bei dieser tritt eine Gesamtschädigung des Protoplasmas und der Kernsubstanzen ein, bei der die intrazellulären Fermente in Freiheit gesetzt werden und die Möglichkeit gewinnen, auf die ihnen entsprechenden Zellbestandteile zu wirken. Verf. hat versucht, diese verschiedenen chemischen und zirkulatorischen Maßnahmen zu kombinieren, um dadurch am Ort der Erkrankung möglichst gesteigerte Heilwirkungen des Organismus auszulösen. Durch Injektion chemischer Mittel, Nukleinsäure, Jodoform, Tuberkulin etc., suchte er am Ort der Erkrankung eine starke entzündliche Reaktion zu machen; bei der Tuberkulose (Lupus und Knochentuberkulose) gelang das am besten durch Einspritzung von Alttuberkulin, beginnend mit kleinen Dosen, 1/10 mg und steigend bis 5 mg und mehr; bei chronisch versteiften Gelenken wurde die Entzündung veranlaßt durch Einspritzung von 20 bis 50 ccm einer 2%igen Nukleinsäure. Auf der Höhe der entzündlichen Reaktion, die durch lokale Rötung und Druckempfindlichkeit und Temperatursteigerung angezeigt war, wurde um die erkrankte Extremität zentralwärts von dem Gelenk eine Biersche Binde gelegt; nachdem diese ein bis zwei Stunden die lokale Reaktion durch stärkere Anschwellung noch manifester gemacht hatte, wurde das entzündliche Gelenk mit einer mittelharten Röhre 10 bis 15 Minuten lang bestrahlt; die Binde blieb danach noch wenigstens 12 Stunden liegen, um die aus der Zellzerstörung freigewordenen endozellulären Fermente möglichst in der Extremität zu erhalten. Solche Bestrahlungen nach vorheriger Einspritzung leukotaktischer Substanzen wurden mit Unterbrechungen von acht Tagen bis vier Wochen mehrfach wiederholt, und es zeigte sich, daß nach jedesmaliger Behandlung zum mindesten die funktionellen Störungen, Schmerzen beim Auftreten, Bewegungsstörungen etc. deutlich gebessert waren; nach Ablauf der Entzündungserscheinungen verminderte sich zwar die Beweglichkeit wieder, besserte sich aber stetig nach neuer Einspritzung und Bestrahlung. Auch bei tuberkulösen Gelenken führte diese modifizierte „Tuberkulin-Röntgenbestrahlung mit Stauung" eine Besserung herbei und läßt eine allmähliche Abheilung erhoffen. Eine große Schwierigkeit liegt bei dieser Behandlung in dem Nachweis der Stärke der Röntgenstrahleneinwirkung auf die Gewebe; Verbrennungen können leicht auftreten. Eine weitere Komplikation ist die Gefahr, daß bei dieser Art zu bestrahlen besonders reichlich Toxine gebildet werden, die nach Lösung der Staubinde auf einmal in den Körper gelangen. Nach Tierexperimenten hält Verf. es nicht für ausgeschlossen, daß man auch bei septischen Zuständen, bei Phlegmonen der Extremitäten und bei eitrigen Bauchfellentzündungen durch geeignete Bestrahlung eine Beschleunigung der Erweichung und Resorption der Exsudate herbeiführen kann. Zum Schluß berichtet Verf. über eine Beobachtung, die zeigt, daß man auch bei inoperablem Karzinom durch Auslösung derartiger fermentativer Erweichungen die Krankheit vielleicht günstig beeinflussen kann. Bei einem Kranken mit verjauchtem Zungenkrebs führte eine besonders starke Belichtung der Zunge zu einer schnellen Reinigung der Zungenulzeration; leichte Bestrahlung großer Drüsenmetastasen am Unterkiefer brachte in drei Wochen eine völlige Erweichung derselben zustande, so daß fünfmal hintereinander je 100 ccm Flüssigkeit durch Punktion abgezogen werden konnten; das Sediment der sterilen Flüssigkeit enthielt Leukozyten und fettig degenerierte Krebszellen.

7. Kretschmann: **Zur Nachbehandlung der aufgemeißelten Kieferhöhle bei chronischer Sinuitis.**

Wenn bei einer chronischen Kieferhöhlenentzündung die friedliche Behandlung, wie sie in Form von Ausspülungen durch die natürlichen Ostien, oder Spülungen durch einen Bohrkanal in einem Alveolarfach zur Anwendung kommen, wenn ferner die Saugtherapie sowie die Biersche Stauung keine greifbaren Resultate erzielen, so ist die Annahme gerechtfertigt, daß entweder die Sekretentleerung aus mechanischen oder anatomischen Gründen nicht vollständig erreicht wird, oder daß die die Highmorshöhle auskleidende Schleimhaut ihre Rückbildungsfähigkeit eingebüßt hat. Um da Wandel zu schaffen, kann nur noch eine ausgiebige Eröffnung in Frage kommen, die zugleich eine bleibende Kommunikation zwischen Kiefer- und Nasenhöhle herstellt, die günstiger gelegen und größer ist als die natürlichen Ostien. Verf. empfiehlt dazu ein von ihm (d. W. 1905, Nr. 1) angegebenes Operationsverfahren, das eine ausgiebige Resektion der fazialen und unteren nasalen Wand vornimmt und eine große zusammenhängende Oeffnung schafft, die ausgiebige Besichtigung und Betastung der Höhle erlaubt. Die auskleidende Schleimhaut kann mannigfache Veränderungen aufweisen; es gibt Fälle, wo die Verdickung verhältnismäßig gering ist; bei einer andern Kategorie ist die Schleimhaut stark sukkulent und hyperämisch, an Aussehen und Konsistenz an eine blennorrhoische Konjunktiva erinnernd; eine dritte Form bildet die sulzige Umwandlung der Schleimhaut; sie kann auf das 10 bis 15fache aufgequollen sein, an der Oberfläche große hydropische Höcker vom Aussehen von Nasenpolypen aufweisen. Die Behandlung der erkrankten Schleimhaut kann eine konservative sein, nicht nur, wenn es sich um die diffuse sukkulente Schwellung mit mäßiger Verdickung handelt, sondern auch bei der hochgradigen sulzigen Veränderung; hier geht allerdings die Rückkehr zur Norm nicht so schnell vor sich. Der Schleimhautsack wird, ohne daß an seiner dem Antrumsinneren zugekehrten Fläche etwas vorgenommen wird, nicht zu locker tamponiert; nach drei Tagen wird der Tampon entfernt, meist ist dann schon ein Lumen vorhanden; polypöse Exkreszenzen werden mit der Schlinge abgetragen, Leisten mit der Zange abgekniffen; solange eine Schwellung besteht, wird die Tamponade fortgesetzt, deren Druck ödemvermindernd wirkt. Hat die Schleimhaut ein gleichmäßiges glattes Aussehen erlangt, so wird die Tamponade fortgelassen und mit 2 bis 3%iger Lapislösung gepinselt; tägliche Spülungen nimmt der Patient selber vor, indem er die Flüssigkeit vom Munde in die Kieferhöhle preßt und durch die Nase ablaufen läßt. Nach durchschnittlich vier bis fünf Wochen ist die Schleimhaut abgeblaßt und abgeschwollen, die Sekretion hat aufgehört, die bukkale Oeffnung hat sich verkleinert, und ihrem definitiven Schluß steht nichts mehr im Wege. Die orale Behandlung hat für den Patienten viel Unbequemlichkeiten; aber Verf. meint, daß die Sicherheit des Erfolges über der Annehmlichkeit der Behandlung stehen muß.

8. Merkel, Erlangen: **Ein Fall von Angina am Ende der Gravidität mit tödlicher Streptokokkensepsis im darauffolgenden Wochenbett.**

Bei einer 38jährigen Frau, die vor längeren Jahren einen Gelenkrheumatismus, offenbar mit Endokarditis verbunden, überstanden, aber in der Zwischenzeit sieben normale Geburten überstanden hatte, setzte am Ende der achten Gravidität eine Angina mit schwerer septischer Allgemeinerkrankung ein, die aber rasch überwunden wird; scheinbar ist die Patientin völlig geheilt. Fünf-

zehn Tage nach Beginn jener anginösen Erkrankung erfolgt am Ende der Gravidität eine völlig glatte Geburt, bei der jede innere Untersuchung unterblieb; nur eine etwas länger dauernde stärkere Nachblutung ca. zehn Stunden nach der Geburt war auffallend. Nun entwickelte sich vom zweiten Wochenbettstag an wieder eine schwere septische Erkrankung, die aber von der Patientin nicht überwunden wurde, sondern zu einem immer schwereren Krankheitsbilde sich gestaltete, das sich nach der bakteriologischen Blutuntersuchung als Streptokokkenbakteriämie darstellte, und das am achten Wochenbettstage zum Exitus führte. Die Sektion bestätigte die Diagnose der Streptokokkensepsis und stellte zunächst eine scheinbar frische verruköse Endokarditis fest, die sich als rekurrierende Form an den durch frühere Erkrankung bereits narbig veränderten Mitralklappen und als frische verruköse Endokarditis an den Aortenklappen lokalisiert hatte; daneben fanden sich anatomische Erscheinungen der Sepsis an Milz, Nieren, Magendarmkanal etc. Die mikroskopische Untersuchung ergab enorme Mengen von Kokken in den Auflagerungen der Herzklappen; im Uterus fanden sich keine entzündlichen Erscheinungen in der Wand; dagegen massenhafte Kokkenansiedelungen in Blutgerinnseln und als Eihautreste anzusprechenden Membranfetzen. Was die Deutung des Krankheitsverlaufs betrifft, so ist wohl anzunehmen, daß die Angina zu einer Blutinfektion mit Streptokokken führte, wodurch wahrscheinlich schon damals eine neue Erkrankung der schon früher veränderten Herzklappen in Form einer verrukösen Endokarditis hervorgerufen wurde. Die Frage, ob diese postanginöse Streptokokkeninfektion ante partum mit der dreizehn Tage später wieder post partum einsetzenden septischen Erkrankung im Zusammenhang steht, dürfte wohl zu bejahen sein. Die Frau überwand die erste Infektion ziemlich rasch und genas; sie beherbergte aber wohl noch Streptokokken in ihrem Blut kreisend; vielleicht bildeten kleine Brutherde an den Herzklappen trotz ihrer geringen Virulenz eine immerwährende Quelle dafür; doch würde wohl der kräftige Organismus am Ende damit fertig geworden sein. Nun setzte die Geburt ein und damit das verhängnisvolle Moment in dieser Erkrankung. Mit der ungewöhnlich großen Nachblutung wurden selbstverständlich auch zur Zeit noch im Blut kreisende Streptokokken in das Uteruskavum entleert. Hier fanden sie in den Deziduaresten, den freien Blutmassen und Gerinnseln eine geeignete Brutstätte; von hier aus konnte dann eine mächtige Aufnahme der Mikroorganismen und ihrer Toxine in den Organismus stattfinden. Die momentan verringerte allgemeine Widerstandsfähigkeit, wie sie durch die Geburt und den nach derselben erfolgten Blutverlust bedingt war, hat sich wohl in einer geringeren Produktionsfähigkeit von Antikörpern geäußert.

Vom praktisch-klinischen Standpunkt betrachtet, führt der Fall die große Gefahr vor Augen, die eine schwere fieberhafte Angina infolge der mit ihr verbundenen Blutinfektion für eine am Ende der Schwangerschaft stehende Gravida im Hinblick auf Geburt und Wochenbett in sich birgt, eine Gefahr, die durch Retention von größeren Blut- und Plazenta- oder Eihautresten bei der Geburt noch besonders erhöht wird. In allgemein-pathologischer Beziehung entspricht die Beobachtung völlig der Lehre von der Bedeutung des locus minoris resistentiae. Von besonderer Bedeutung ist die forensisch-medicinische Seite des Falles. Wäre die Frau draußen in der Praxis ohne Kenntnis der vorangegangenen Angina entbunden worden, dann hätte man sicher eine schwere Wochenbettsinfektion angenommen; auch bei Vornahme der Sektion — selbst mit bakteriologischer und histologischer Untersuchung — wäre dieser Verdacht bestätigt und Diagnose auf eine puerperale, also eine vom Genitalapparat primär ausgehende Streptokokkensepsis mit sekundärer Endokarditis gestellt worden. Den Schlüssel zur Erklärung des Wochenbettverlaufes wie des Sektionsbefundes konnte hier nur die Anamnese, d. h. die Kenntnis von der ante partum überstandenen Angina bieten. Wenn auch solche Fälle von hämatogener Infektion des puerperalen Uterus mit sekundärer Sepsis eine Seltenheit sind, so muß eine lokale Möglichkeit bei der gerichtlich-medicinischen Beurteilung eines Falles von Puerperalsepsis immerhin mit in Betracht gezogen werden.

9. Seufferheld, Jena: **Ein Fall von Pleuritis interlobularis serosa.**

Bei einem Fall, wo nach dem Perkussionsbefunde die Diagnose zwischen Pneumothorax, Hernia diaphragmatica und Pneumonie schwankte, konnte die Diagnose auf seröse interlobuläre Pleuritis durch die Röntgenuntersuchung nach Lage, Richtung und Gestalt des Schattens sowie seiner Abgrenzung nach dem Zwerchfell gestellt werden.

10. Crippa und Illichtinger, Linz: **Ein Fall von tödlich verlaufender Quecksilberintoxikation.**

Eine Frau nahm wegen eines als luetisch gedeuteten Hautausschlags eine Schmierkur vor und absolvierte davon drei Touren mit der offiziellen Salbe. Bald danach stellte sich eine Rötung der Haut mit Blasenbildung, Blutungen aus dem Mund ein. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus fand sich die Haut des Körpers scharlachartig diffus gerötet; stellenweise war sie in gelben oder schwarzblauen Bläschen abgehoben; das Zahnfleisch war gerötet, aber nicht auffallend gelockert; der spärliche Urin enthielt Spuren Albumen; die Blutuntersuchung ergab eine Leukozytose mit auffallend viel Eosinophilen. In den nächsten Tagen stellte sich ein schwarzer Stuhl ein, Hämorrhagien der Haut traten auf, die Leukozytose nahm zu, das Sensorium wurde benommen, der Urin blieb spärlich, enthielt nie Quecksilber, schließlich erfolgte unter starkem Temperaturanstieg der Exitus.

Das auffallende Mißverhältnis zwischen der Schwere der Quecksilberintoxikation und den relativ geringen Erscheinungen von seiten der Mundschleimhaut und des Zahnfleisches mahnt dazu, während einer Quecksilberkur nicht nur wie usuell dem Verhalten der Mundschleimhaut des Patienten Aufmerksamkeit zu widmen, sondern auch das ganze äußere Integument genau in Evidenz zu halten. Bei noch so geringem Auftreten von Ekzem oder Erythem ist die weitere Zufuhr von Quecksilber augenblicklich einzustellen und bis zum Schwinden der Erscheinungen zu sistieren. Bei der Wiederaufnahme der Kur dürfte es sich empfehlen, eine andere Salbenkomposition zu wählen.

11. Markus, Wien: **Ein aseptischer Katheterisator.**

Der durch eine Abbildung erläuterte Apparat dient dazu, den weichen Katheter aseptisch zu verwahren und seine Einführung ohne Berührung mit den Händen zu ermöglichen.

12. Engel, Nauheim: **Ueber Harnuntersuchungen in der Praxis und über eine für die Praxis geeignete quantitative Zuckerbestimmung.**

Verf. empfiehlt die von Grube (d. W. Nr. 22) empfohlene Methode der quantitativen Zuckeranalyse als sehr bequem für die Praxis.

12. Mirtl, Graz: **Zur Behandlung der Erfrierung mit künstlicher Hyperämie.**

Bemerkungen zu dem Artikel von Ritter d. W. Nr. 19.

14. Moritz, Straßburg: **Ueber ärztliches Denken.**

Ansprache an die Studierenden bei Uebernahme der medicinischen Klinik in Straßburg.

Wiener klinische Wochenschrift. Nr. 16. 1907.

1. v. Dalmady und v. Tortay, Budapest: **Die Zersetzung des Wasserstoffsuperoxydes durch das Blut.**

Im lebenden Organismus werden eine Menge solcher Stoffe bei Eigentemperatur oxydiert, die an der freien Luft erst bei höherer Temperatur verbrennen. Diese Fähigkeit des Organismus, so energisch zu oxydieren, ist an das Vorhandensein gewisser, von einander verschiedener Stoffe gebunden, von denen einige katalytisch wirken und zu den Fermenten gehören. In drei Hauptgruppen teilt man sie ein: die Oxygenasen (Oxydasen), Peroxydasen und die Katalasen, von denen die beiden letzteren Fermente sein dürften. Dazu kommen noch einige, wenige erforschte Gruppen, die Oxyduktasen und die Reduktasen. Inertes molekulares Oxygen gibt mit den Oxygenasen Superoxyde, bei Anwesenheit von Wasser kann sich Wasserstoffsuperoxyd bilden. Peroxydase wirkt auf die entstandenen Superoxyde ein (katalytisch), indem sie ein aktives, sehr intensiv oxydierendes Oxygen freimacht. Katalase zersetzt das entstandene Wasserstoffsuperoxyd und macht Oxygen wieder frei. Alle diese Vorgänge sind noch nicht genau erforscht, vor allem sind wir weit davon entfernt, jene Affinitäten zu kennen, denen bei der fermentativen Oxydation wahrscheinlich die Hauptrolle zufällt.



Das Blut zersetzt Wasserstoffsuperoxyd sehr vehement; als qualitative Blutreaktion ist indessen diese Probe zu klinischen oder gerichtsärztlichen Zwecken nicht anwendbar. Das Stroma der roten Blutkörperchen bildet nach Senter einzig und allein den katalysierenden Faktor, der die Zersetzung des Wasserstoffsuperoxyd bei gleichzeitiger Ausscheidung eines inerten Oxygens bewirkt; und zwar wirkt die Katalase nur ausschließlich auf Wasserstoffhyperoxyd, dem Aethylhydroperoxyd gegenüber ist sie gänzlich indifferent und ebenso der Oxygenase. Nur in Zellen ist sie vorhanden, in Substanzen, die keine Zellen enthalten, fehlt die Katalase. Ihre Aufgabe besteht darin, das fortwährend im Organismus entstehende Wasserstoffsuperoxyd zu entfernen, das im Protoplasma unberechenbare Verwüstungen anrichten würde, da es schon in gewisser Konzentration das Gleichgewicht chemischer Oxydationsvorgänge merklich stört. Der Nutzen der Katalase besteht also darin, daß sie den schädlich wirkenden überschüssigen Teil des Wasserstoffsuperoxyd zum Verschwinden bringt, ferner das freiwerdende Oxygen dem Organismus erhält, wo es wieder nützlich gebunden wird, und schließlich kommt es infolge der erothermischen Reaktion zu bedeutender Wärme- und Energieproduktion (H_2O_2 Aqu. $=$ H_2O Aqu. $+$ O $+$ 231 K, nach J. Thomsen). Die Katalasewirkung reguliert nach Batelli und Stern ein ganzes System anderer Stoffe, event. Fermente, wie Antikatalase, Philokatalase u. a., Säuren, Basen, Alkalien, oxydierende und reduzierende Stoffe beeinflussen die Wirkung. Bezüglich der quantitativen Analyse steht folgendes fest: Verschiedene Zellen besitzen verschiedenen Katalasegehalt, den höchsten die der Leber bei den meisten Tieren — ausgenommen Hasen und Schlangen. Von starker katalytischer Wirkung sind Fett- und Speckextrakte; schwächer wirken Nieren, Blut, Herz, Lunge, am schwächsten Milz, Muskeln, Hirnsubstanz. Doch sind die Werte für den Katalasegehalt eines bestimmten Organes von Tieren verschiedener Gattung verschieden; so katalysieren Surrogate für Organe von Säugetieren resp. warmblütigen Tieren relativ stärker, als solche für Fische, Reptilien, Amphibien. Schlangenblut bildet eine Ausnahme, es katalysiert stärker. Organe von Embryonen und Neugeborenen enthalten weniger Katalase; doch wächst der Gehalt nach der Geburt rapid, so daß es in einigen Tagen der Norm entspricht. Aushungern oder Phosphorvergiftung ändert daran nichts, Kohlenoxyd und Kohlendioxyd vermindern den Einfluß der Katalase nicht, wohl aber Säurevergiftungen.

Verf. benutzten zu ihren Untersuchungen die jodometrische Methode von Jolles und Oppenheim. Von Vergleichen des Katalasegehaltes darf man nicht sprechen, sondern nur von Vergleichen der Katalysierungsfähigkeiten. Zu berücksichtigen bleibt dabei immer, daß die Intensität der fermentativen Wirkung von der Konzentration abhängt, die Oberflächenspannung und die Viskosität, vielleicht auch der osmotische Druck. Es fand sich nun in den Organen die größte Katalysierungsfähigkeit, in denen die Lebensfunktionen am lebhaftesten vor sich gehen. So katalysieren Organe von Säugetieren viel intensiver als solche von Fischen z. B. Die Versuche bestimmen nur, in welchem Grade das Blut verschiedener Individuen Wasserstoffsuperoxyd zersetzt bei stets gleichbleibender Versuchsanordnung; doch geben die so gewonnenen Daten keinen Aufschluß über den Zustand des betreffenden Organismus. Sie charakterisieren nur in gewisser Hinsicht das verwendete Blut. Allerdings befinden sich die diesbezüglichen Untersuchungen noch im Anfangsstadium, so daß von einer Ausnutzung zu klinischen Zwecken noch nicht die Rede sein kann. Canière fand im Jahre 1899 in zwei Fällen von Urämie und Vitium cordis, daß das Blut weniger Wasserstoffsuperoxyd zerlegte; Mosse und Tautz konnten 1901 nachweisen, daß die auf Berberin oder Wittesches Pepton eintretende Leukozytose die Katalysierfähigkeit nicht verändere. Untersuchungen von anderen Autoren brachten nicht den gewünschten Erfolg, bis Jolles und Oppenheim bahnbrechend auf diesem Gebiet vorgingen; sie fanden den „Katalasenwert“ (Katalasenzahl), welche Bezeichnung aber nach Ansicht der Verf. nicht empfehlenswert ist; logischer wäre Katalysenzahl oder Katalysenwert. Die beiden letztgenannten Autoren fanden bei Haut- und Geschlechtskrankheiten, daß das Blut viel oder wenig Wasserstoffsuperoxyd zersetzen könne; die Katalysenwerte schwankten zwischen sehr weiten Grenzen, wobei aber zu berücksichtigen wäre, daß Jod- und Quecksilberpräparate einen gewissen Grad von Katalysierfähigkeit besitzen. Verf. nahmen geringe Aenderungen der Versuchsanordnung vor — sie benutzten ½ normales Wasserstoffhyperoxyd und bestimmten das Quantum des ausgeschiedenen Jodes erst nach Ablauf einiger Stunden — und erhielten völlig entsprechende Werte. Sie benutzten mehrere Proben; mit zwei bestimmten sie die Katalysierfähigkeit von 0,01 cm^3, mit einer die von 0,02 cm^3 Blut bei gleicher Versuchsanordnung und berechneten die Resultate auf 1 cm^3 Blut. Sie nahmen an, daß 0,01 cm^3 Blut 1 mg Wasserstoffsuperoxyd zerlege, daher 1 cm^3 100 mg Wasserstoffsuperoxyd katalysiert. Diesen Wert nannten sie K_1, es war stets der Mittelwert der aus den beiden parallel laufenden Versuchen erlangten Resultate. Wenn 0,02 cm^3 Blut 1 mg Wasserstoffhyperoxyd zersetzt, so wird 1 cm^3 Blut 50 mg Wasserstoffhyperoxyd katalysieren. Diesen Wert nannten sie K_2. Wie Jolles und Oppenheim schon fanden, konnten auch Verf. zeigen, daß der „normale“ Katalysenwert großen Schwankungen unterliegt. Grenzwerte: K_1 13,3 bis 25,7, K_2 9,5 bis 1,44; am meisten vorkommende Werte: K_1 18,0 bis 21,0, K_2 11,5 bis 12,5; Mittelwerte: K_1 19, K_2 12. K_1 zeigte größere Schwankungen als K_2. K_2 war bei gesunden Personen stets kleiner als K_1. Die Differenz ist immer positiv. Die Katalysenwerte zeigen bei einem und demselben Individuum ebenfalls Schwankungen; tägliche wurden nicht beobachtet. Vielleicht war der Katalysenwert abends etwas geringer. Nahrungsaufnahme und Alter spielten dabei keine Rolle. Bezüglich des Verhältnisses, in dem die klinisch nachweisbaren Eigenschaften des Blutes zur Katalysierfähigkeit stehen, läßt sich folgendes feststellen: Wie es scheint, besteht zwischen dem Katalysenwert und dem Hämoglobingehalt einerseits und der Anzahl der roten und weißen Blutkörperchen andrerseits irgend ein Nexus. Der Wert von K_1 ist nirgends kleiner als 12, wenn der Hämoglobingehalt über 50% beträgt; bei mehr als 50% ist K_1 fast immer größer als 16, wenn auch K_1 bei manchen Individuen größer ist, als es obiger Annahme entspricht, wenn der Hämoglobingehalt klein ist. Mit der Anzahl der Blutkörperchen scheint die Katalysenzahl nur indirekt zusammenzuhängen, weil sie z. B. bei Chlorose tief hinabsinkt, wenn auch die Blutkörperchenzahl normal bleibt. Die Anzahl der weißen Blutkörperchen scheint gänzlich einflußlos zu sein. Der Wert von K_2 ändert sich gewöhnlich parallel dem von K_1. Es kann der noch nicht erklärbare Umstand eintreten, daß K_2 größer wird als K_1.

Verf. fanden nun bei Anämie öfters normale, bei Anaemia gravis und nach größeren Blutverlusten manchmal sehr kleine Katalysezahlen. Ein konstanter Nexus zwischen dem Grade der Blutarmut und der Katalysenzahl ist nicht vorhanden. Nierenkrankheiten setzten im allgemeinen die Katalysierfähigkeit des Blutes herab; ein starkes Sinken tritt nur bei sehr schweren Fällen ein. Bei Erkrankungen der Atmungsorgane ist kaum eine Aenderung vorhanden, abgesehen von Fällen von Tuberkulose, die zur Kachexie führten. Die Krankheiten der Verdauungsorgane verursachen eine Herabsetzung der Katalysierfähigkeit des Blutes, welche wie Carcinoma ventriculi oder Cholämie zu bedeutender Kachexie, oder wie Ulcus ventriculi zu größeren Blutverlusten führen. Die Katalysierfähigkeit sinkt fast immer bei solchen Krankheiten, die mit Fieber, Eiterungen und wichtigeren Störungen des Stoffwechsels einhergehen. Charakteristisch ist also das Sinken des Katalysenwertes für keine Erkrankung. Es hat den Anschein, als wäre zwischen dem Sinken des Katalysenwertes und der Kachexie ein Kausalnexus, auf den aber die Aetiologie der Kachexie, also die hervorrufende Krankheit, keinerlei Einfluß nähme.

Bezüglich der Medikamente, die katalytisch wirken sollten, fanden Verf., daß Jod überraschend hohe Katalysierfähigkeit verleihe; 2,5 bis 3,0 g Jodkali pro die oder Jodipin (4 g einer 25%igen Lösung) ändern dagegen die Katalysierfähigkeit des Blutes nicht in auffallender Weise. Einreibungen mit Kollargol erhöhten in geringem Maße die Katalysierfähigkeit des Blutes.

2. Janowski, Warschau: **Ueber die Funktionsprüfung des Herzens nach Katzenstein und über die dabei beobachteten Veränderungen der Pulskurve.**

Katzenstein hatte im Jahre 1904 eine Methode zur Prüfung des Energievorrates des Herzens angegeben, bei der keine Aenderung der Körperlage nötig ist, dem Kranken keinerlei Gefahr droht, und der Atmungsrhythmus unverändert bleibt. K

berechnet die Pulsfrequenz, bestimmt den Blutdruck mit dem Tonometer von Gärtner und drückt dann mit beiden Händen beide A. cruralis auf der Höhe des Lig. Poupartii während zwei bis fünf Minuten an den Knochen an. Darnach prüft er wieder ohne Unterbrechung der Kompression Pulsdruck und Pulsfrequenz. Gewisse Zeit vor dem Versuch muß der Patient ruhig liegen und atmen. K. war auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen gelangt: 1. Bei gesunden Personen steigt der Blutdruck um 5‴ bis 15‴, der Puls bleibt unverändert oder wird seltener. 2. Bei Personen mit Hypertrophie steigt der Blutdruck um 15‴ bis 40‴. Erhält man bei Subjekten mit Hypertrophie des linken Ventrikels Zahlen unter 15‴, so bedeutet das, daß das Herz insuffizient ist. Der Puls wird in der Regel frequenter. 3. Bei geringfügiger Insuffizienz ruft der Druck auf die A. cruralis keine Blutdrucksteigerung hervor. Je frequenter der Puls dabei war, um so größer ist der Grad der Herzinsuffizienz. 4. Bei höheren Graden von Herzinsuffizienz ruft der Druck auf die A. cruralis eine Blutdrucksenkung hervor, die umso größer ist, je beträchtlicher der Grad der Insuffizienz ist. Der Puls wird dabei immer frequenter. Das Herz verhält sich so bei Myokarditis, Fettherz, Herzfehlern bei Rekonvaleszenten, nach schweren Allgemeinerkrankungen und bei chronischen Alkoholikern. Für praktische Zwecke genügt nach K. eine bloße Berechnung der Pulsfrequenz. Findet eine bedeutende Zunahme während der Kompression statt, so ist das Herz psychologisch insuffizient. Levy hat diese Arbeiten nachgeprüft. Verf. hat ebenfalls die Katzensteinsche Methode einer Nachprüfung unterworfen, dabei aber den Fingerdruck durch Anlegen zweier festen Esmarchschen Gummischläuche hoch am Oberschenkel ersetzt, was gut und schmerzlos vertragen wurde. Beide Extremitäten wurden vor dem Anlegen der Schläuche $^1/_2$′ bis 1′ möglichst hoch gehalten und dabei die Venen von oben nach unten massiert. Finger- und Schlauchkompression bei denselben Personen hatten gleiche Ergebnisse, so daß letztere Methode allein angewendet werden konnte. Außerdem legte Verf. auf dem rechten Vorderarm die Sahlische Modifikation des Jaquetschen Sphygmochronographen an, auf dem rechten Arm das Tonometer von Riva-Rocci und auf dem dritten Finger der linken Hand das Gärtnersche Tonometer. An der Hand von Tabellen erläutert er die gefundenen Resultate. Er kommt zu dem Schlusse, daß die K.sche Methode nicht immer erlaubt, die Funktionsfähigkeit des Herzmuskels richtig zu würdigen resp. über das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines Energievorrats zu urteilen. Sie kann nicht als immer sichere Methode der Funktionsprüfung des Herzens zur klinischen Anwendung empfohlen werden. Man kann weder das Herz als funktionsfähig betrachten, wenn die Ergebnisse mit dem K.schen Schema übereinstimmen, noch als insuffizient, wenn die Ergebnisse diesem Schema widersprechen. Es findet nämlich bei diesen Proben ein sehr lebhaftes Spiel der Vasomotoren statt, welches das Resultat der Puls- und Blutdruckschwankungen sehr beträchtlich beeinflußt und eine richtige klinische Schlußfolgerung über den Herzzustand in einer Reihe von Fällen unmöglich macht. Einen Beweis des bei diesen Proben vorkommenden Vasomotorenspieles geben die zahlreich dabei beobachteten Pulskurvenveränderungen; sie sind verschieden und beziehen sich auf Rhythmus wie Größe, Spannungsgrad einzelner Wellen und Zelerität oder Tardität. Sie näher zu erklären, ist nicht möglich; eine Abhängigkeit aber von den raschen, während dieser Versuche vorkommenden Veränderungen des Blutdruckes muß angenommen werden. Es ist aber nicht klar, warum bei diesen Aenderungen des Blutdruckes im Laufe des Kompressionsversuches bei gewissen Kranken nur Aenderungen des Spannungsgrades der Wellen vorkommen, bei anderen nur ihrer Größe oder nur in einer Abrundung des Gipfels, bei anderen nur im Rhythmus und schließlich bei noch anderen gleichzeitig in einigen dieser Richtung. Was den Pulsrhythmus betrifft, so wurde oft beobachtet, daß ein ganz regelmäßiger Puls nach Ausführung der Kompression arrhythmisch wurde, wobei diese Arrhythmie in gewissen Fällen schon zu Ende der Kompression verschwand; ein anderer wurde wieder ganz rhythmisch und hyperdikrot, während er früher hypodikrot war. Uebergang eines normal gespannten Pulses in dikroten während der Kompression wurde gesehen, manchmal mit Rückkehr zur Norm, aber auch öfters dikrot bleibend nach Aufhören der Kompression. Ein mäßig weicher Puls wurde während des Versuches deutlich dikrot, ein dikroter deutlich gespannt. Es wurden also verschiedene Aenderungen der Pulsspannung im Laufe von einigen oder mehreren Minuten beobachtet. Die Richtung dieser Aenderungen der Spannung entspricht aber keineswegs immer der Richtung der beobachteten Blutdruckschwankungen. Diese Disharmonie gilt sowohl für die Ergebnisse des Gärtnerschen wie des Riva-Roccischen Tonometers. In einigen Fällen nahm gleich im Beginn der Kompression die Größe der aufgezeichneten Pulswellen deutlich, aber vorübergehend zu; zuweilen treten die Veränderungen der Form der Pulskurve erst nach Entfernung der komprimierenden Binden hervor. Der Grund dafür ist nicht bekannt.

3. Mattauschek, Wien: **Zur Epidemiologie der Tetanie.**

Gewisse Formen der Tetanie sind eine durch eine Funktionsstörung der Glandula parathyreoidea im Sinne einer Ausfallserscheinung der inneren Sekretionswirkung dieser Drüse bedingte Erkrankung des Nervensystems, wie chirurgische Eingriffe es bewiesen haben. Bezüglich der Aetiologie der nicht operativ bedingten Formen hat eine einheitliche Auffassung bisher nicht Platz gegriffen. Tetanie kennen wir bei Magen- und Darmerkrankungen, bei akuten Infektionserkrankungen, Vergiftungen; die Kindertetanie ist bekannt, Tetanie der Maternität und die große Gruppe der sogenannten idiopathischen. Die Annahme eines Tetaniegiftes erscheint als gerechtfertigt. Unbekannt ist, wodurch dieses Gift wirksam wird oder die Krankheitserscheinungen bei der von einigen Autoren angenommenen angeborenen oder erworbenen Disposition zur spezifisch tetanischen Reaktion manifest werden. Am schwierigsten liegen die Verhältnisse bei der endemisch-epidemischen Form. Verf. hat nun die Verteilung der Tetanie in der österreichisch-ungarischen Monarchie untersucht, soweit ihm das Material aus den Garnison- und Truppenspitälern zur Verfügung stand. Genaue Tabellen geben Aufschluß darüber. Auf rund 460000 Mann kommen 90 Tetaniefälle in zehn Jahren. Der gemeinsame Gipfelpunkt der verschiedensten Orte fällt in das Jahr 1896, es folgt Abfall und Tiefstand bis 1902 und dann wieder gleichmäßiger Aufstieg. Januar-April waren die Hauptmonate. Das Krankheitsverhältnis der verschiedenen Berufe: Schneider, Schuster und sonstige stellt sich auf 2:3:10. 50 Heilungen stehen 40 Fälle gegenüber, bei denen die Diensttauglichkeit für längere Zeit aufgehoben war; 23 wiederholte Erkrankungen waren festzustellen. Tetanus ist also eine keineswegs häufige Erkrankung; sie kommt seltener vor als beim Zivil, was auf die gute Körperkonstitution, regelmäßige Lebensweise und die hygienischen Verhältnisse der Soldaten zurückzuführen ist. Außer in Wien sind in Mähren und Galizien Tetanieherde; Tirol und Steiermark sind auffallend tetaniearm. Trotz Wechsel einzelner Heeresteile blieben die Tetanieherde die gleichen; es muß also die Ursache der Erkrankung mehr an den Ort als an eine im Individuum gelegene Disposition gebunden sein.

4. Marguliés, Prag: **Zur Frage der Abgrenzung der ideatorischen Apraxie.**

Die Entwicklung der Lehre von Störungen des Handelns hat die Frage der Apraxie von der Agnosie in den Vordergrund gerückt. Besondere Schwierigkeiten bietet die von Liepmann aufgestellte ideatorische Apraxie, Störungen im engsten Grenzgebiete, die nach L. als Ausdruck allgemeiner Funktionsstörung anzusehen ist. Verf. ist mit Heilbronner der Ansicht, daß auch in dieser Frage der Weg betreten werden muß, der durch sorgfältige Zerlegung und Wertung aller in Betracht kommenden Ausfallserscheinungen zu einem Verständnis der einzelnen Komponenten führt und damit neben einem Einblick in den Aufbau der Idee einer Handlung auch in diesem Gebiet lokalisatorische Gesichtspunkte eröffnet. Er weist besonders darauf hin, daß im Gebiete des Handelns allgemein psychische Symptome in der Form der ideatorischen Apraxie dann besonders manifest werden, wenn entweder eine unvollständige oder durch Nachbarschaftwirkung hervorgerufene, partielle, funktionelle, motorische Apraxie oder eine unvollständige Agnosie, oder aber beide zusammen nebenbei vorhanden sind. Ferner beobachtet man ideatorische Apraxie entweder als anfallsweises, der Rückbildung fähiges Symptom, oder als Episode eines progressiven, zu voller Herabsetzung aller psychischen Tätigkeit führenden Erkrankung. Verf. beschreibt eingehend einen hierhin gehörigen Fall, bei dem sich

eine Reihe von Störungen als ideatorisch, eine andere Reihe von Fehlreaktionen als motorisch-apraktisch auffassen lassen. Er faßt das Resultat seiner Untersuchungen dahin zusammen, daß sich entsprechend einem Parallelismus zwischen der bis zum Begriff fortschreitenden Wahrnehmung und der von der allgemeinen Idee bis zur Ausführung eilenden Handlung an allen Stationen Störungen entwickeln können. Auf der einen Seite die motorische Apraxie — nach L. eine Abtrennung der Innervation von der Idee —, auf der andern Seite die begrifflichen Störungen, für die wir in der assoziativen Apraxie und einzelnen hysterischen Störungen Beispiele besitzen, und zwischen motorischer und assoziativer die ideatorische Apraxie. Diese ist aber außer durch allgemeine, z. B. Gedächtnis- oder Aufmerksamkeitsstörungen, bedingt durch eine partielle Agnosie und motorische Apraxie. Für die Beurteilung der Frage, welche Apraxie vorliegt im einzelnen Falle, ob motorisch-apraktisch oder ideatorisch, besitzen wir allerdings ein sicheres Kriterium nur in der Einseitigkeit oder Doppelseitigkeit der Störung.

Zentralkomitée für das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen.

Unentgeltliche Fortbildungskurse für praktische Aerzte in Berlin und Provinz Brandenburg.

Vierzehntes Verzeichnis, Winter 1907/08.

Dauer jedes einzelnen Kurses zwei bis drei Monate.

Allgemeine Disziplinen.

1. Patholog. Anatomie. Prof. Dr. von Hansemann. Pathologisches Institut des Rudolf Virchow-Krankenhauses, Mittwochs 2 bis 3½. Beginn: 6. November.

2. Innere Medicin. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. von Renvers. Moabiter Krankenhaus, Mittwochs 1 bis 2½. Beginn: 6. Nov.

3. Chirurgie. Prof. Dr. Körte. Krankenhaus am Urban, Freitags 1½ bis 3. Beginn: 8. November.

Spezielle Disziplinen.

4. Augenleiden. Oberarzt Dr. Fehr. Rudolf Virchow-Krankenhaus, Abteilung für Augenkranke, Mittwochs 12 bis 1½. Beginn: 6. November.

5. Bakteriologie mit Demonstrationen und prakt. Uebungen. Prof. Dr. Sobernheim. Kaiserin Friedrich-Haus, Montags 6½ bis 8. Beginn: 4. November.

6. Diätetik und ärztliche Küche (mit prakt. Uebungen). Prof. Dr. H. Strauß. Kaiserin Friedrich-Haus, Dienstags 7 bis 8½. Beginn: 7. Januar.

7. Frauenleiden und Geburtshilfe (Vorträge über ausgewählte Kapitel. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Olshausen. Universitäts-Frauenklinik, Freitags 6 bis 7½. Beginn: 8. November.

8. Frauenkrankheiten (mit prakt. Uebungen).

a) Dr. Abel. Privatklinik, Potsdamerstr. 92, Freitags 6½ bis 8. Beginn: 8. November.

b) Prof. Dr. Blumreich. Poliklinik, Luisenplatz 18, Donnerstags 7 bis 8½. Beginn: 7. November.

9. Hals- und Nasenleiden. (Die laryngoskopische und rhinoskopische Technik, mit diagnost. Uebungen.) Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Fränkel zusammen mit Prof. Dr. E. Meyer. Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke, Luisenstrasse 13a, Donnerstags 1 bis 2½. Beginn 7. November.

10. Hautleiden und Syphilis (mit besonderer Berücksichtigung der neueren ätiologischen Forschungen auf dem Gebiete der Syphilis, mit Demonstrationen). Prof. Dr. F. Hoffmann. Universitätsklinik für Hautkrankheiten, Charité, Montags 1 bis 2½. Beginn: 4. November.

11. Kinderkrankheiten. Prof. Dr. Finkelstein. Kinderasyl, Kürassierstr. 21/22, Dienstags 12½ bis 2. Beginn: 5. Nov.

12. Klinische Chemie und Mikroskopie (mit prakt. Uebungen). Dr. Zuelzer. Kaiserin Friedrich-Haus. Montags 12 bis 1½. Beginn: 4. November.

13. Das Mikroskop und die mikroskopischen Untersuchungsmethoden mit Einschluß der Projektionstechnik (II. Teil). Prof. Dr. Benda. Kaiserin Friedrich-Haus, Mittwochs 2 bis 3. Beginn: 6. November.

14. Nervenleiden. Priv.-Doz. Dr. L. Jacobsohn. Poliklinik, Ziegelstraße 18/19, Donnerstags 6½ bis 8. Beginn: 7. November.

15. Ohrenleiden. Dr. Herzfeld. Poliklinik, Köpenickerstraße 77/78, Sonnabends 12½ bis 2. Beginn: 2. November.

16. Physikalische Propädeutik für Aerzte (mit besonderer Berücksichtigung der modernen Strahlungslehre und ihrer praktischen Anwendung in der Medicin, mit Demonstrationen). Dr. Reichenheim, Assistent an der Physikalisch-technischen Reichsanstalt. Kaiserin Friedrich-Haus, Sonnabends 1 bis 2½. Beginn: 9. Nov.

17. Die klinisch wichtigsten Fortschritte in der Physiologie. Priv.-Doz. Dr. G. F. Nicolai. Physiol. Institut der Universität, Montags 6 bis 7½. Beginn: 4. November.

18. Röntgenologie (mit prakt. Uebungen). Dr. Biesalski. Kaiserin Friedrich-Haus, Dienstags 6½ bis 8. Beginn: 19. Nov.

Bemerkungen für die Teilnehmer.

1. Berechtigung zur Teilnahme.

Zur Teilnahme an den Fortbildungskursen ist jeder Arzt des Stadtkreises Berlin und der Provinz Brandenburg gegen Lösung nicht übertragbarer Karten berechtigt. Jede Karte gilt für einen einzelnen Fortbildungskurs und wird gegen eine Einschreibegebühr von je M. 2,— verabfolgt. Diese Einschreibegebühr wird, sofern die Karte aus irgend welchen Gründen unbenutzt bleibt, nicht zurückerstattet.

2. Art der Meldung.

Die Karten, sowie die Verzeichnisse der Fortbildungskurse und Vorträge sind im Bureau des Kaiserin Friedrich-Hauses für das ärztliche Fortbildungswesen (Schalter für Kartenausgabe) zu erhalten, wo auch Auskunft über die Kurse erteilt wird (nur schriftlich, oder wochentäglich 9 bis 2 Uhr persönlich).

Schriftlichen Bestellungen sind ein frankiertes Kuvert mit der Adresse des Bestellers und die Einschreibegebühr für die gewünschte Karte beizufügen (in Briefmarken zu 5 oder 10 Pfennigen oder durch Postanweisung, nicht in Metallgeld im Kuvert). Alle schriftlichen Bestellungen und etwaige Postanweisungen sind zu richten an: Herrn O. Zürtz, Kaiserin Friedrich-Haus, NW. 6, Luisenplatz 2—4.

Persönliche Meldungen werden wochentäglich von 9 Uhr vormittags bis 2 Uhr nachmittags angenommen. Hierbei ist ein offenes frankiertes Kuvert abzugeben, welches mit der Adresse des Bestellers versehen ist und die schriftliche Bestellung enthält; zugleich ist die Einschreibegebühr zu erlegen.

Telephonische Bestellungen von Karten und Verzeichnissen können nicht berücksichtigt werden.

3. Termine der Meldungen.

a) Bei Vormerkungen.

Es haben diejenigen, welche sich bei einem früheren Zyklus von Fortbildungskursen für eine bestimmte Disziplin vorgemerkt haben, für dieselbe am 1. und 2. Oktober das Vormeldungsrecht.

b) Beginn der neuen Meldungen am 3. Oktober.

c) Schluß der Meldungen und Vormerkungen am 1. November.

Die Vormerkungen gelten stets für den nächsten Zyklus, in welchem die betreffende Disziplin vertreten ist.

4. Art der Kartenausgabe.

Vom 3. Oktober an werden täglich aus allen bis 2 Uhr nachmittags eingelaufenen schriftlichen und persönlichen Meldungen durch Auslosung die Teilnehmer festgestellt, welchen hierauf die Karten zugesandt werden. Die Uebrigbleibenden (nach Erreichung der jeweiligen Maximalzahlen) werden für den nächsten Kurszyklus vorgemerkt und erhalten die Einschreibegebühr zurück.

5. Zuschriften für das Zentralkomitee.

Alle Zuschriften sind zu richten an das: Bureau des Zentralkomitees, NW. 6, Luisenplatz 2—4 (Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen).



Vortragszyklus:

Entwicklung und Fortschritte der Chirurgie in den letzten Dezennien bis zur Gegenwart

veranstaltet zum Gedächtnis an Ernst von Bergmann.

Die Vorträge finden im Hörsaal des Kaiserin Friedrich-Hauses statt und beginnen pünktlich abends 8 Uhr.

I. Allgemein:

1. Grundsätze bei der chirurgischen Behandlung. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hildebrand-Berlin. 22. Oktober.
2. Ueber lokale und zentrale Schmerzbetäubung bei Operationen. Prof. Dr. Schleich-Berlin. 25. Oktober.
3. Wundgifte, Anti- und Asepsis. Prof. Dr. Graser-Erlangen. 29. Oktober.
4. Wundbehandlung im Kriege. Prof. Dr. Küttner-Breslau. 1. November.

II. Rumpf:

5. Chirurgie der Brustorgane. Prof. Dr. Rehn-Frankfurt a. M. 5. November.
6. Magen- und Darmchirurgie (einschl. Peritoneum). Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Friedrich-Marburg. 8. November.
7. Operationen an Leber, Galle und Pankreas. Geh. San.-Rat Prof. Dr. Körte-Berlin. 12. November.
8. Chirurgie des Harnapparates. Prof. Dr. Kümmell-Hamburg. 15. November.

III. Kopf:

9. Gesichts- und plastische Operationen. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Sonnenburg-Berlin. 19. November.

IV. Nervensystem:

10. Gehirnchirurgie. Kgl. Geh. Rat Prof. Dr. von Angerer-München. 23. November (Sonnabend).
11. Operationen am Rückenmark und den peripheren Nerven. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. F. Krause-Berlin. 26. November.

V. Extremitäten:

12. Behandlung der Frakturen und Luxationen. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bardenheuer-Köln. 29. November.
13. Chirurgische Behandlung von Muskel- und Gelenkerkrankungen. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Helferich-Kiel. 3. Dezember.

VI. Ausblicke in die moderne Chirurgie.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bier-Berlin. 6. Dezember.

Bemerkungen für die Teilnehmer.

1. Berechtigung zur Teilnahme.

Jeder Arzt des Stadtkreises Berlin und der Provinz Brandenburg ist gegen Lösung einer nicht übertragbaren Karte berechtigt, an allen Vorträgen teilzunehmen. Für jede Karte wird eine Einschreibegebühr von M. 2,— erhoben. Diese Einschreibegebühr wird, sofern die Karte aus irgend welchen Gründen unbenutzt bleibt, nicht zurückerstattet.

2. Art der Meldung.

Die Karten, sowie das Verzeichnis der Vorträge sind im Bureau des Kaiserin Friedrich-Hauses für das ärztliche Fortbildungswesen (Schalter für Kartenausgabe) zu erhalten, wo auch nähere Auskunft erteilt wird (nur schriftlich, oder wochentäglich 9—2 Uhr persönlich).

Schriftlichen Bestellungen sind ein frankiertes Kuvert mit der Adresse des Bestellers und die Einschreibegebühr für die gewünschte Karte beizufügen (in Briefmarken zu 5 oder 10 Pfennigen oder durch Postanweisung, nicht in Metallgeld im Kuvert). Alle schriftlichen Bestellungen und etwaige Postanweisungen sind zu richten an: Herrn O. Zürtz, Kaiserin Friedrich-Haus, NW. 6, Luisenplatz 2—4.

Persönliche Meldungen werden wochentäglich von 9 Uhr vormittags bis 2 Uhr nachmittags angenommen.

Telephonische Bestellungen von Karten und Verzeichnissen können nicht berücksichtigt werden.

3. Termine der Meldungen.

a) Beginn der Meldungen am 3. Oktober.
b) Schluß der Meldungen am 1. November.

4. Zuschriften für das Zentralkomitee.

Alle Zuschriften, welche sich nicht auf die Bestellung von Karten und Verzeichnissen beziehen, sind zu richten an das: Bureau des Zentralkomitees, NW. 6, Luisenplatz 2—4 (Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen).

Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen.

W. Waldeyer, Vorsitzender. R. Kutner, Generalsekretär.

Hochschulnachrichten.

Freiburg i. B. Prof. Dr. Hirsch, Direktor der Med. Poliklinik und der Kinderklinik, hat vom preußischen Unterrichtsministerium eine Berufung nach Göttingen zum Direktor der Med. Klinik erhalten, als Nachfolger des nach Berlin berufenen Prof. His.

Göttingen. Dem Privatdozenten für innere Medicin Dr. Staehelin wurde der Professortitel verliehen. Den Roten Adlerorden 4. Klasse erhielt Prof. Verworn (Physiologie). Dem Direktor des pharmakologischen Institutes Prof. Jacobj und dem Direktor der Klinik und Poliklinik für psychische und Nervenkrankheiten Prof. Cramer wurde der Charakter als Geheimer Medicinalrat, den Privatdozenten Waldvogel und Schlittenhelm das Prädikat Professor verliehen.

Kiel. Der ordentliche Professor der Augenheilkunde und Direktor der Augenklinik an der Universität Greifswald, Prof. Dr. Heine, hat den Ruf nach Kiel als Nachfolger Schirmers angenommen.

Münster i. W. Anläßlich des Kaiserbesuches in Münster wurde von dem Lehrkörper der Universität am 29. August vormittags eine Festsitzung abgehalten, in welcher durch den Unterrichtsminister Dr. Holle der folgende Allerhöchste Erlaß bekannt gegeben wurde: Wilhelmshöhe, 22. August 1907. „Nachdem Ich durch Meinen Erlaß vom 1. Juli 1902 bestimmt habe, daß die theologische und philosophische Akademie zu Münster mit Rücksicht auf die Begründung einer rechts- und staatswissenschaftlichen Fakultät in die Reihe der Universitäten eingetreten und demgemäß die Bezeichnung als Universität führt, will Ich dieser Universität in Anerkennung ihrer bisherigen erfolgreichen Wirksamkeit den Namen Westfälische Wilhelms-Universität zu Münster beilegen, in dem Vertrauen, daß sie sich dieser Anerkennung dauernd würdig erweist.“ Nach dem Festakt fand eine Besichtigung insbesondere der neuen Universitätsbibliothek und der medicinischen Universitätsinstitute für Anatomie und Physiologie seitens des Unterrichtsministers statt. — Durch Ministerialerlaß vom 19. August dieses Jahres ist der dirigierende Arzt der inneren Abteilung am städtischen Clemenshospital, Dr. med. Joseph Arneth, zum außerordentlichen Honorarprofessor in der philosophischen und naturwissenschaftlichen Fakultät ernannt worden. Zugleich hat der Minister die Erwartung ausgesprochen, daß Dr. Arneth sich in seiner Stellung als außerordentlicher Honorarprofessor an der Universität Münster in den Wissenschaften, welche Gegenstand des lehrplanmäßigen Studiums sind, durch Vorlesungen und Uebungen betätigen wird. In erster Linie wird es sich dabei wohl um medicinische Vorlesungen und Uebungen in der klinischen Propädeutik handeln, wie sie die Medicinstudierenden im sechsten Semester hören müssen. Damit wäre der erste positive Schritt zur Einrichtung und Weiterentwicklung des medicinischen klinischen Unterrichts getan, nachdem der medicinisch-propädeutische Unterricht bis zur ärztlichen Vorprüfung einschließlich und eine eigene medicinisch-propädeutische Abteilung an der Universität Münster schon seit zwei Jahren bestehen. Für die Abhaltung von Vorlesungen und klinischen Demonstrationen besitzt das Clemenshospital bereits ein größeres Auditorium.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.



Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P. Meißner

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 30. September 1907. Nr. 39.

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage Therapeutische Rundschau und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeil: 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Ueber die Bedeutung der Haut und ihrer Pflege.

Von **Dr. Hans Lungwitz**, Köln a. Rh.

Kein Organ des Körpers ist für das Leben des Individuums unwichtig oder entbehrlich. In jedem Zeitpunkte ist die Beschaffenheit des Organismus den für seine Existenz gegebenen Verhältnissen aufs präziseste angepaßt, und nichts als die Lebensbedingungen wirkt modellierend auf die physiologische und biologische Gestaltung von Organen und Organsystemen. Die Sparsamkeit der Natur, die so überaus verschwenderisch vorgeht, wo es sich um die Erhaltung der Art handelt, rechnet am Individuum fast mit jeder Zelle und läßt schonungslos zu Grunde gehen, was sich in dem beständigen Wechsel der Daseinsbedingungen nicht als tätiges und nötiges Mitglied des Zellstaates erweist.

Obwohl jede Zelle oder doch jeder Zellkomplex für das nach menschlichen Begriffen ideale Funktionieren und Existieren des Organismus unentbehrlich ist, läßt sich doch in Hinsicht auf den Wert jedes Körperteiles für die Führung des Daseins eine Stufenleiter aufstellen, an deren unterem Ende die zur Erhaltung der Art, an deren oberen Staffeln die zur Erhaltung des Individuums dienenden Organe plaziert sind — natürlicherweise; denn im Sinne der Natur gesprochen sind für die Existenz des Individuums die zur Erhaltung des eigenen Lebens nötigen Organe weit wichtiger als die im Dienste der Art stehenden, wie denn auch der Sinn für das eigene Wohlergehen, die elementare Furcht und Flucht vor dem Untergange, d. h. der Egoismus weit ausgeprägter und infolge darauf abzielender Denkarbeit „bewußter" und „absichtlicher" ist als der in jede Zelle physiologisch involvierte Trieb zur Erhaltung der Generation, zur Fortpflanzung.

Ohne Sexualorgane kann das Individuum leben, wie uns die Pathologie beständig in zahlreichen Experimenten vorführt, — zwar nicht ohne Einbuße an Lebenswerten, aber doch — besonders wenn die Therapie unterstützend eingreift — in einer für die Fortexistenz bis zum normalen Abschlusse ausreichenden Intensität, da ja der Stoffwechsel durch den Verlust der Genitalien nur in einer unmaßgeblichen Weise beeinflußt wird.

Was die speziell der Erhaltung des Individuums dienenden Organe angeht, so kann von den paarig angelegten Organen immer das eine außer Funktion gesetzt werden, ohne daß der Körper zu Grunde gehen muß, da das intakt bleibende Zwillingsorgan imstande ist, die Tätigkeit des verlorenen zu übernehmen. Ja, einige Sinnesorgane, wie die Augen oder Ohren, können völlig ausgerottet werden, ohne daß das betroffene Subjekt, die nötige Pflege und Vorsicht vorausgesetzt, unter heutigen Verhältnissen dem Tode zu verfallen braucht, zumal andere Sinne, wie z. B. bei Verlust des Sehens das Gefühl und Gehör, substituierend für das Verlorene eintreten und durch Steigerung der Perzeptions- und Apperzeptionsfähigkeit auf quantitativem Wege den qualitativen Verlust wettmachen. Die Natur hat eben, wenn ich so sagen darf, für alle Fälle Vorkehrungen getroffen, die die Fortsetzung des Lebens auch unter bis zu einem gewissen Grade abnormen Verhältnissen ermöglichen, ja sie opfert im Notfalle willig einen Teil des Organismus, wenn sich nur das Leben des ganzen erhalten läßt*).

Zur Lebenswichtigkeit der Organe proportional steht die Wertschätzung, die wir dem normalen Organe zu teil werden lassen, steht die Sorgfalt der Pflege, die wir dem Kranken zuwenden, ein Satz, der nicht weiter ausgeführt und begründet zu werden braucht. Diese Betrachtungsweise führt zu der auffälligen und merkwürdigen Wahrnehmung, daß ein Organ seit Jahrhunderten mehr oder weniger vernachlässigt worden ist, welches eines der lebenswichtigsten, zugleich eines der gefährdetsten ist, und das insofern eine rühmliche Sonderstellung einnimmt, als es sowohl im Dienste des Individuums wie der Generation steht. Erst wenige Jahrzehnte zählt die Epoche der Hautpflege. Trotzdem dieser Zeitraum genügt hat, eine Fülle von therapeutischen Maßregeln bewährter Art bei Hauterkrankungen zu zeitigen, liegt doch die Pflege der normalen Haut noch sehr im Argen, und die Zeit, in der jedermann jeden Tag sein Bad nehmen kann, steht noch immer im Zeichen der frühesten Morgenröte.

Bedarf denn ein normales Organ überhaupt besonderer Pflege? Hat doch erst die Bedürfnisse schaffende Kultur uns Schwamm und Seife beschert und leben in allen Landen doch Menschen genug, die fast ihr Lebtag keinen Tropfen Wasser an ihren Körper bekommen haben und doch gesund geblieben sind bis zum Ende! Darauf zu antworten lohnt nicht der Mühe, und die Frage ist nur geeignet, zu einem Hinweis auf unsere heutigen Lebensbedingungen aufzufordern, die ein vollständiges oder auch nur nennenswertes Nacktgehen, also ein tägliches Luft- und Sonnenbaden kategorisch verbieten, uns vielmehr zum Tragen einer mehrschichtigen Kleidung nötigen, zu deren Herstellung mehr oder weniger unhygienische Stoffe, ja sogar Leder (Schuhe) und Stahl (Korsett) laut Gesetz der Mode und Sitte verwendet werden; die uns ferner zwingen, tagsüber in einer mit Staub erfüllten Atmosphäre zu leben; die viele verurteilen, in der Berufstätigkeit schwitzend viele Stunden täglich im Fabriksdunst zu verbringen und ihre Haut den Einflüssen von Verunreinigungen aller Art, ja oft genug direkt von schädlichen und giftigen Chemikalien auszusetzen usw. usw.

Das alles und noch vieles mehr sind für den Arzt keine Neuigkeiten, und doch hat man die Hautpflege noch viel zu wenig zur Prophylaxe wie zur Therapie herangezogen, teils weil man ihre Wichtigkeit nicht anerkennt, teils aber weil ihre

*) Vergl. meine Arbeit „Die Heilwirkung des Blutes". Med. Woche, 1906. Nr. 39—41.

Vorschriften vielen, besonders dem Arbeiter, unbequem sind: sie kostet Zeit und Anstrengung, man muß bis zum nächsten Bade vielleicht $^1/_2$ Stunde gehen, während Kneipen in unmittelbarer Nachbarschaft liegen, zu Hause ist keine rechte Gelegenheit zum Baden, nicht einmal zum Waschen des ganzen Körpers u. s. f.

Wir Aerzte müssen vor allem dafür Sorge tragen, daß der Laie nicht so unüberlegt und sorglos seine Haut zu Markte trage, daß er die Haut nicht bloß für eine untergeordnete Hülle des eigentlichen Menschen, der im Innern seine Lage habe, sondern für ein edles, lebenswichtiges Organ halte, das eine peinliche Pflege verdient und erfordert. Es seien hier die beherzigenswerten Worte Raubers eingefügt, die wir im zweiten Bande (pag. 611) seiner „Anatomie des Menschen" lesen:

„Die inneren Organe, so edel sie sind, sind Organe des stofflichen Körperhaushaltes und zwar sowohl des Stoffwechsels wie der Fortpflanzung. Die Außenorgane sind dagegen solche, welche den verschiedenartigsten Reizen der Außenwelt gegenüberstehen und von ihnen in besonderer Weise beeinflußt werden. Es eröffnet sich hier das großartige Gebiet der Sinnesorgane. Sofort nehmen nach dieser gewonnenen Einsicht die Außenorgane gegenüber den inneren einen strahlenden Glanz an. Zu diesen Organen gehört die Haut, die bedeutende Funktionen zu erfüllen hat und ein lebenswichtiges Organ darstellt. Die äußere Haut liefert . . . . . das Geruchsorgan und das Gehörlabyrinth. Teile von ihr werden in das Sehorgan aufgenommen. . . . . . Auch das Gehirn und Rückenmark sind ursprünglich Außenorgane. Sie entstammen dem gleichen Keimblatte wie die Haut, nämlich dem äußeren. . . . . . Man erkennt, die Außenorgane setzen den höheren Menschen zusammen. . . . . . Der höhere Mensch hat außen, der niedrigere innen seine Lage."

In diesen Worten ist auf die Vielseitigkeit der Funktion der Haut hingewiesen; die Physiologie lehrt uns die Haut wegen ihrer Festigkeit und Elastizität, wegen ihrer Polsterung mit dem subkutanen Fettlager, ihres Wassergehaltes, ihrer Undurchdringlichkeit für viele gelöste und gasförmige Stoffe, wegen ihrer Armierung mit Hornhaut, Nägeln, Haaren, ihrer sekretorischen Tätigkeit, ihrer Abschuppung von Epidermis, durch welche die Ansiedelung von Parasiten verhindert wird, ihrer Fähigkeit zur Wundheilung — als Schutzhülle, als Reservemagazin, als Wärmeregulator par excellence, als Absonderungs- und Ausscheidungsorgan, vor allem auch als Sinnesorgan kennen. Nicht genügend betont finde ich die Tätigkeit der Haut als Atmungsorgan. Sowohl Kohlensäure wie Wasserdampf wird in beträchtlichen Mengen durch die Haut abgegeben (Perspiration), und diese Tatsache, der man zwar bei Stoffwechselversuchen, nicht aber im gewöhnlichen Leben Rechnung trägt, ist von so einschneidender Bedeutung, daß allein die Behinderung dieser Funktion, wie experimentell bei Kaninchen durch Verschluß der Hautporen mittels luftabschließender Medien wie Firnis, Oel, Lanolin, Vaselin usw. festgestellt worden ist, von Krankheit und Tod gefolgt ist.*)

Hiermit betreten wir bereits das Gebiet des Pathologischen. Ein großer Teil der Haut kann freilich ohne direkte Gefährdung des Lebens außer Funktion gesetzt werden. Ist aber mehr als die Hälfte der Körperoberfläche vernichtet z. B. verbrannt, so kommt es, gleichgiltig welchen Grad die Verbrennung zeigt, alsbald zu schweren Allgemeinerscheinungen, die fast stets innerhalb der ersten paar Tage zum Tode führen**). Da die äußere Haut in gesunden und kranken Tagen am bequemsten der Inspektion zugänglich ist, ist von jeher die Pathologie der Haut ebenso so viel mehr Gegenstand des Interesses gewesen, wie die Hygiene der Haut vernachlässigt wurde; ja man kam in Gefahr, die Bedeutung der abnormen Hautbeschaffenheit für den Gesundheitszustand weit zu überschätzen. Gab es doch eine Zeit, in der die Psora, die Krätze, für jegliches Leiden verantwortlich gemacht wurde. Bei dem heutigen Stande der pathologischen Forschung muß man sich darüber klar sein, daß in der Tat zwischen dem Zustande der Haut und vielen Krankheiten innige Beziehungen bestehen, insofern als letztere sich an den Veränderungen der Haut häufig erkennen lassen (Ikterus, Oedem, Kachexie, Hyperidrosis usw.), und umgekehrt als Hautkrankheiten, ja schon Vernachlässigung der Hauthygiene ungünstig auf Ernährungszustand und Energieumsatz einzuwirken vermögen. Es würde zu weit führen und den Zweck dieser Zeilen, die nur eine Anregung geben sollen, weit überschreiten, wenn ich die zahlreichen in der Literatur niedergelegten klinischen und experimentellen Erfahrungen von der Beziehung der Hautbeschaffenheit zum Gesamtorganismus auch nur namentlich anführen wollte. Genaue Literaturangaben findet man in v. Noordens Handbuch der Pathologie des Stoffwechsels II, 297 bis 310.

Wir hatten oben gesagt, daß die Haut nicht nur im Dienste des Individuums, sondern auch der Generation stehe, und sind

*) Vergl. v. Noorden, Handbuch der Pathologie des Stoffwechsels II, p. 250 f., wo auch die Geschichte jenes Knaben zitiert ist, der zur Krönungsfeier des Papstes Leo X. als Engel erscheinen sollte und am ganzen Körper vergoldet wurde, in der Nacht vor der Feier aber verstarb.

Vergl. auch B. Tendlau. Ueber angeborene und erworbene Atrophia cutis idiopathica, Virch. Arch. 167, 465. 1902.

**) Zitiert nach Lexer, Allgem. Chirurgie II, pag. 129.

Feuilleton.

Die Rindertuberkulose und der Talmud.

Haben die biblischen und die talmudischen Juden die Rindertuberkulose gekannt und bekämpft?*)

Von **P. Garnault.** (Revue scientifique, 1902, 3 bis 4.)

Diese Frage drängt sich uns heute unabweisbar auf. Kochs berühmte Mitteilung über die Rindertuberkulose mußte den Juden Gelegenheit bieten zu einer dieser Reklamationen, an welche sie, seitdem die Kenntnis der Hygiene verallgemeinert wird, gewöhnt sind. Die Juden-Christen behaupteten für sehr wenige Dinge die ethische und wissenschaftliche Erbschaft, welche uns von den Griechen überkam. Das gilt von den Gesprächen zwischen Moses und Jehova auf den steilen Abhängen des Sinai und des Horeb, für die reinen Traditionalisten; an die Weissagungen von Moses und jenem begeisterten Wahrsager, wie es die jüdischen Propheten waren, für die, welche mit aufgeklärterem und freierem Glauben an den rohen Erzählungen einer kindlichen Tradition festhalten, welchen wir die unschätzbare Wohltat danken sollten, daß wir die zehn Gebote und eine Moralüberlieferung besitzen, welche von der Gottheit direkt ihren Ausgang genommen oder zum wenigsten von ihr eingegeben ist. Ein so vollendeter Gott, ein ebenso bewunderungswerter wie vollkommener Interpret, wie es Moses war, konnten nur eine so gute Richtung innehalten, und aus ihren Unterhaltungen und aus ihren Gedanken ging eines der vollständigsten hygienischen Gesetzbücher hervor.

Bei der Auslegung biblischer Dinge, welche einzig und allein von historischer und anthropologischer Kritik abhängen, welche wir mit derselben Unparteilichkeit, mit demselben freien, vorurteilslosen Geiste behandeln müßten, wie die Rigwedes, oder das ägyptische Buch der Toten, überschreiten die juden-christlichen Traditionalisten an Phantasie das, was man sich vorstellen kann. Man kann z. B. im Univers israelitie vom 10. Mai 1891 einen derartigen Satz lesen, gegen welchen in der folgenden Nummer mit vollem Recht Salomon Reinach protestiert. „Wenn einmal die Wichtigkeit der Ernährung anerkannt ist, begreift man, daß eine Religion, wie die Israels, welche alle Mittel heranzieht, um den Menschen zu vervollkommnen, Nahrungsvorschriften erlassen, der Hygiene einen moralischen Wert zuerkannt hat".

Die tiefe Erkenntnis des Sinnes der antiken Religionen, unter welchen die jüdische Religion sicherlich keine Ehrenstelle

*) Diese Arbeit ist ein Resumé des eingehenden Kapitels über denselben Stoff, welches im II. Teil meines demnächstigen Buches: „Le professeur Koch et la péril de la tuberculose Boäne" und ebenso in den „Archives de Parasitologie" von Blanchard und in den Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris erscheinen wird.



bisher erst auf die Wichtigkeit für das Einzelwesen eingegangen. Die Haut leistet aber ferner gewissermaßen passiv die Funktion eines Geschlechtsorganes. Als solches hat sich denn auch entsprechend der souveränen Stellung der Sexualität die Haut bei allen Völkern der Erde einer besonderen Beachtung erfreut, und wenn nicht besonders vom weiblichen Geschlechte zur Pflege der Schönheit oder besser — da Schönheit ein relativer Begriff ist — der zur Reizung des anderen Geschlechtes befähigten Hautbeschaffenheit ein Arsenal von Mitteln und Mittelchen erfunden und angewendet worden wäre, so würde wohl die Hautpflege eine noch viel geringere Rolle spielen, als sie es getan und tut. Die Pflege der Haut zu kosmetischen Zwecken, die übrigens den Plan der Natur wirksam unterstützt, hat ja doch einen heißbegehrten Lohn, während der Mensch in seiner Lebensführung an die Gesundheit erst dann zu denken pflegt, wenn er sie zu verlieren in Gefahr ist oder sie schon nicht mehr besitzt. Wie eifrig der menschliche Erfindungsgeist unter Mitwirkung des ausgedehntesten Aberglaubens auf der Suche nach Kosmetizis von jeher war, um die Haut nach der jeweiligen Auffassung schön und anreizend zu machen und zu erhalten, um die Spuren des herannahenden Alters zu bannen, davon zeugt die Geschichte der Kosmetik, die in kurzen Zügen auf den ersten 48 Seiten des bekannten Buches von Paschkis dargestellt ist. Noch ist dieser Drang, die Haut nach den Gesetzen der Kosmetik zu behandeln, unvermindert tätig, in erster Linie beim Weibe, und wenn die Frauen aufhörten, eitel zu sein, würde sich wohl die Staatsgewalt der Fürsorge für die Erzeugung von Nachkommenschaft annehmen müssen.

Kosmetisch behandelt werden freilich immer nur die sichtbaren Körperteile, wenigstens vom Gros des Volkes. Da die südlich wohnenden Völker mit Rücksicht auf das Klima einen größeren Teil der Körperoberfläche unbekleidet lassen, müssen sie auch ihre Hautpflege intensiver betreiben. Bei uns hat es schon Schwierigkeiten, die Grundmaßnahme aller Kosmetik: die Reinigung der Haut von Schweiß und Staub auf weitere Gebiete als Gesicht und Hände auszudehnen, und es mag nicht allzuviele Menschen unter uns geben, die sich z. B. täglich die Füße waschen!

Kosmetik und Hygiene stimmen in vielen Maßregeln überein, und es wäre das Ideal, wenn sie in allen übereinstimmen würden. Den Aerzten liegt es ob, schädlichen Kosmetizis den Garaus zu machen und alle diejenigen Mittel und Maßnahmen zur Hautbehandlung anzuordnen, die zugleich oder vorwiegend hygienische Einwirkungen zur Folge haben. Vor allem ist es notwendig, den Segen der Hautpflege viel mehr zu betonen, als es bisher geschehen. Daß es bisher an Begeisterung, ja an Verständnis hierfür bis zu einem gewissen Grade gemangelt hat, liegt an der Schule, in der die Mediziner ausgebildet werden.*) Einmal liegt es dem Kliniker überhaupt fern, über die Pflege der normalen Haut vorzutragen, dieses Thema wird vielmehr im Kolleg über Hygiene meist mit wenigen Worten abgemacht, jedenfalls — infolge Ueberfülle des Stoffes und Mangel an Zeit — nicht derartig betont, daß es den Zuhörern auffällt, wie wenig sie selbst und ihre meisten Mitmenschen für die Gesundheit ihrer Haut besorgt sind. Ferner aber legen die Autoritäten, die Lehrstühle inne haben, oder die Chefärzte von Krankenanstalten, durch deren Urteil zahlreiche junge Aerzte beeinflußt werden, vielfach begreiflicherweise zu geringen Wert auf Hauthygiene und halten alle Maßregeln, in denen Wasser vorkommt, von vornherein für „Naturheilkunde“, also für verwerfliche Pfuscherei. Daß doch die Aerzte von den Kurpfuschern mehr gelernt hätten! Man hätte keinen Kampf mit den Kurpfuschern nötig, wenn man sich die Mühe gemacht hätte, ihre Praktiken zu durchschauen und das Brauchbare sich anzueignen, das Unbrauchbare zu brandmarken. Die souveräne Verachtung tuts nicht. Wir müssen — ohne uns etwas zu vergeben — gestehen, daß manche Maßnahmen von Kurpfuschern, besonders von ergrauten, die Feuerprobe besser bestanden haben als mancher schulmedizinische Vorschlag, und ihre Anerkennung und Aufnahme in die ärztliche Therapie durchgesetzt haben.

Ein Gebiet, in dem die Kurpfuscherei fast unbeschränkt dominiert, ist die Hautpflege. Wir Aerzte müssen noch mehr einsehen lernen, daß sie ein natürliches, dem Bedürfnis des Menschen entsprechendes und von ihm nur aus Bequemlichkeit, aus mangelhafter Gelegenheit, aus Unkenntnis vernachlässigtes Prinzip, daß sie prophylaktisch und therapeutisch nicht zu entbehren ist; wir müssen dem Publikum beibringen, daß wir Kurmethoden von Naturheilleuten gegebenenfalls auch anwenden können, ihm aber noch unendlich viel mehr bieten als der Kurpfuscher, der nichts weiter weiß als eine Spezialität, die meist durch phantastische Garnierung einer allbekannten und längst geübten Methode entsteht.

Was zur Hautpflege nötig ist, brauche ich hier nur kurz anzudeuten. Natürlich Wasser, Licht, Luft. Jeder Gesunde soll täglich seine Ganzwaschung mit kaltem Wasser (Gewöhnung, Abhärtung!), am besten sein Bad mit nachfolgender kühler Douche nehmen. Wer Zeit und Gelegenheit hat — und sie sollten eben da sein —, bade täglich

*) Vergl. v. Ziemßen, Klinische Vorträge, 26. und 27. Vortrag I, pag. 24.

---

verdient, welche nach diesen Richtungen hin wiederstrahlt, ist indessen oft genug überboten worden.

Jedesmal, wenn eine neue wissenschaftliche Entdeckung an das Tageslicht gelangt, endigen die Bemühungen, für diese, wenn auch nicht die Eingebungen, so wenigstens die Andeutungen im Pentateuch wiederzufinden, in eine Art geistiger Grimassen, welche albern wären, wenn sie nicht in den zur Vollstreckung fähigen moralischen Organismen eine so ausgesprochene Verunstaltung verrieten, daß das Schauspiel wirklich peinlich wird. Ich glaube indes nicht, daß in dieser Art Guénean de Mussy ernstlich überboten werden kann. „Moses (sagt dieser improvisierte Exeget, an einer mit Bewunderung von Vigonroux in seinem „Dictionnaire de la Bible“*) zitierten Stelle) hat sich nicht begnügt, die Grundlagen einer sozialen Hygiene festzulegen; er ist in die intimsten Einzelheiten vorgedrungen, welche den Scharfblick seiner Beobachtungen und die Weisheit seiner Vorschriften bewundern lassen. Für die Ernährung gibt er mit Sorgfalt die Tiere an, deren Gebrauch erlaubt sein soll. Jene Anschauung von den parasitären und infektiösen Krankheiten, welche in der modernen Pathologie eine so hervorragende Stelle erworben hat, beherrscht, kann man sagen, alle seine hygienischen Vorahnungen. Er schließt aus der hebräischen Diät die Tiere aus, welche vorzugsweise von Parasiten befallen werden und insbesondere das Schwein. Hase und Kaninchen leiden unter demselben Vorwurf, nach Ceven; sie sind untersagt usw.*).

Man könnte in Nachahmung der Voltaireschen Beweisart, welche wohl ihren Wert hat, entgegnen, daß es Jehovah ein leichtes gewesen wäre, wenn er geglaubt hätte, daß das Schwein eine gute Sache wäre, es von seinen Parasiten (Trichine und Bandwurm) zu befreien; oder noch besser, es nicht damit zu belasten. Wenn dagegen das Schwein eine schädliche Sache ist, so war es sehr einfach, es nicht zu schaffen oder auch auszurotten, nachdem Jehovah seinen Irrtum erkannt hätte, ein kleines Vorkommnis, welches nach der Bibel ihm mehr als einmal ereignet wäre. Aber, werden uns die Gläubigen antworten, da doch einmal das Schwein, der Träger der Trichine und des Bandwurms, uns geblieben ist, müssen wohl sehr gute Gründe Jehovah bestimmt haben so etwas uns zu erhalten. Durch derartige Beweise finden gewöhnlich solche unnützen Diskussionen mit den Gläubigen ihr Ende.

Die antiparasitären und antibakteriellen Vorahnungen, welche Guéneau Moses zuspricht, sind geschaffen, uns zu überraschen; denn Moses hätte von der Hygiene eine höhere Auffassung sich schaffen müssen, als unsere Gelehrten

*) Vigonroux, Dictionnaire de la Bible, I, p. 61.

*) Da es um einen toten Autor sich handelt, und man mich beschuldigen könnte, den Gedanken eines Gegners übertreiben zu wollen, indem ich ihm offenbar wahnsinnige Vorstellungen unterschiebe, werde ich beobachten lassen, ob diese Zitierung zwischen den Anführungsstrichen eine wörtliche ist.

Luft und Sonne. Beim Bade unterlasse man nie, die Haut zur Anregung der Durchblutung, des Stoffwechsels energisch zu frottieren und massieren.

Was für eine Seife der Haut zuträglich ist, ist eine Frage, die das ärztliche Interesse verdient. Seifen sind bekanntlich fettsaure Alkalien, deren Wirkung in einer Quellung, Erweichung, Entfernung von Epithelien sowie in einer Reizung, Rötung und Schwellung des subepidermalen Gewebes besteht. Durch das freie Alkali (meist Karbonat), das die Seifen gewöhnlich enthalten, wird eine Verseifung des Hauttalges bewirkt, wodurch derselbe wasserlöslich wird und mitsamt Schmutz, Schuppen, Haaren usw. leicht von der Haut entfernt werden kann. Eine an freien Alkali zu reiche Seife ist zur Hautpflege nicht verwendbar, da das Alkali dann auch das in den Epidermiszellen enthaltene Fett verseift und zu einer unbeabsichtigten und schädlichen Tiefenwirkung führt. Ueberdies wird stets ein Teil des in der Seife an Fettsäuren gebundenen Alkalis bei der Berührung mit Wasser frei*), besonders wenn das Wasser sehr kalkreich ist (Bildung unlöslicher Kalkseifen). Zum täglichen Gebrauch, besonders für das zarte Geschlecht, eignen sich also die Neutralseifen, die von Alkalikarbonat frei sind, eine Ansicht die Auspitz**) bestätigt, wenn er sagt, daß eine gute Toiletteseife neutral sein müsse; gerade gegen diese Forderung, sagt er weiter, werde von den Fabrikanten am meisten gesündigt, obwohl durch Sorgfalt bei der Herstellung der Alkaligehalt auf ein Minimum gebracht werden könne.

Das Pendant zur alkalireichen Seife ist die überfettete Seife, die von Unna eingeführt worden ist und von der man sich hauptsächlich drei Vorteile versprach: einmal den der Neutralisierung des Alkalis, dann den der Einfettung der Haut unmittelbar nach der Berührung mit der wie Alkalien rauh und spröde machenden Seife, endlich den Vorteil eines größeren Lösungsvermögens für zuzusetzende medikamentöse Substanzen. Leider haben sich die erhofften Vorteile nicht ganz bestätigt, wenigstens nicht die ersten beiden; denn das Alkali geht mit dem Fett nur bei höherer Temperatur die gewünschte Umsetzung ein, und die den Einfluß der Seife auf die Haut mildernde Fettschicht wird beim Abwaschen der Seife von der Haut mit entfernt.

Man benutze also zum Reinigen der Haut neutrale Seife. Am günstigsten wäre es, wenn eine solche Seife zugleich zur Frottage benutzt werden könnte. Um dazu geeignet zu sein, muß sie bestimmte Eigenschaften haben, die zu erkennen gar nicht so einfach ist und die weder der Bimstein- noch der Marmorseife innewohnen. Die Frottage darf die Haut nicht strapazieren, aufreißen oder sonstwie beschädigen; es dürfen nicht etwa Teilchen der Frottierseife an der Haut hängen bleiben oder sich gar in die Haut einstechen; ferner dürfen die Drüsenöffnungen nicht — etwa mit Staub aus der Massagemasse — verstopft, die Haut nicht verschmiert werden; endlich soll die Massage keine Schmerzen verursachen, d. h. das Massagemittel darf nicht scharfe Ecken oder Kanten haben.

Dagegen muß eine brauchbare Massageseife die Haut reinigen, ohne sie auch nur im geringsten zu schädigen, die Drüsenöffnungen freilegen und die Sekretionsprodukte durch sanften, aber wirksamen Druck auf ihrem Wege nach außen fördern und auf diese Weise, wie auch durch Anregung der Durchblutung den Stoffwechsel, die Ernährung der Haut anregen und steigern.

Demnach eignet sich die Bimsteinseife absolut nicht zur Hautpflege, weil die inkorporierten Bimsteinteilchen aus Lava bestehen und nicht durch Wassereinwirkung stumpfkantig gemacht werden können, sondern da die Lavamasse mechanisch gewaltsam verrieben wird, mit scharfen Kanten versehen sind, so daß sie sich leicht in die Haut einstechen und die Epidermis aufschlitzen, also kleine Wunden setzen können, die natürlich, selbst wenn man nicht die Bakterien als die Universalfeinde ansieht, nicht gleichgiltig sind. Ferner entsteht beim Zertrümmern des Bimsteins Bimsteinstaub, der sehr geeignet ist, in die Hautporen einzudringen und die Drüsen zu verstopfen, eine Gefahr, die die Verwendung von Staub, also auch von Marmorstaub (Schleich) zur Hautmassage von vornherein ausschließt. Alle mechanisch von Menschenhänden zertrümmerten Gesteinsmassen sind wegen der scharfen Kanten der Partikelchen aus dem Bereiche der Hautpflege auszuweisen.

Pflanzenfasern in Stückchen zur Seife zuzusetzen, hat keinen Zweck, da sie in Wasser weich werden und nicht mehr reiben, sondern schmieren. Auch mit Luffah gelingt es nur, die Haut zu scheuern und zu drücken, nicht aber zu erschüttern und durch Vibration Ernährung und Funktion anzuregen.

Es gibt nun in der Tat eine Massageseife, die den m. E. zu stellenden Anforderungen in ihrer Zusammensetzung gerecht wird und deshalb verdient, an dieser Stelle erwähnt zu werden; das ist die Sesanseife. Wie mir der Fabrikant auf meine Anfrage mitteilte, wird zur Herstellung Seesand*) verwendet und

*) Harnack, Arzneimittellehre, p. 160 ff.

**) H. Auspitz, Die Seife und ihre Wirkung auf die gesunde und kranke Haut.

*) Der Badegast wälzt sich mit Wonne im Sande des Meeresufers; er würde aber streiken, wenn er sich in gleicher Weise an einem Strand von gemahlenem Bimstein oder von Marmorstaub ergehen sollte!

---

heute erwerben konnten. „Es gibt eine Hygiene“, sagt S. Reinach sehr richtig in einer weiter unten angeführten Publikation, „nur insofern, als die Beziehungen zwischen den Krankheiten und den sie bedingenden Ursachen ausschließlich als natürlich vorausgesetzt werden“. Es gibt keine einzige Bibelstelle, welche man zur Stütze einer solchen Anschauung zitieren könnte. Die Krankheiten sind in ihr immer als eine von Gott gesandte Züchtigung betrachtet, als Strafe für irgend einen Fehltritt oder eine Uebertretung.

Der Gedanke, daß das Verbot der sogen. unreinen Tiere in der Bibel etwas mit einer hygienischen Vorschrift zu tun haben könnte, ebenso übrigens wie die Beschneidung, ist eine jener naiven Auffassungen, welche jeder Anthropologe mit Verachtung zurückweist, welche nur von rückständigen Theologen oder mit Vorliebe von Aerzten aufrecht erhalten wird, welche das Verlangen haben, in den Augen einer wohlwollenden Klientel den Beweis ihrer Orthodoxie zu erbringen! Selbst die katholischen Priester, wenigstens die, welche Unabhängigkeit und kritischen Geist den biblischen Studien entgegenbringen, weisen solche Auslegungen als unannehmbar, plump und verjährt zurück*). Heute scheint alles darauf hinzuweisen, daß W. R. Smith, ebenso wie Fraser und S. Reinach unbedingt recht haben, wenn sie die Erklärung des Fleischverbotes in den totemischen Ueberlieferungen zahlreicher Völkerschaften suchen, deren Zusammenfassung, wie sie nur zu Sauls und Davids Zeiten stattfand, das Volk Israels entstehen ließ. Dies Volk, scheinbar homogen, leitet in Wirklichkeit seinen Ursprung aus den wunderbarsten Quellen ab; und die Ueberlieferung des Exodus, d. h. Wanderung eines ungeheuren, von einer einzigen Familie abstammenden Volkes, welches unter Moses' Führung, einem Bienenschwarm gleich, auf der Suche nach einem Bienenhaus durch die Wüste irrt, ist eine der naiven und kindlichen Auffassungen, übrigens bar jeder historischen Begründung, welche schon längst verschwunden sein würde, wenn nicht so viele Interessen an ihre Erhaltung anknüpfen würden.

Aber da wir bei den Juden seit längst entschwundenen Zeiten das Vorhandensein von Vorschriften konstatieren, welche die Anhänger der Gemeinschaft unter sehr harten Strafen zwangen, nur durch einen Sachverständigen geprüftes Fleisch zu verzehren, so müssen wir uns fragen, ob selbst bei Ausschluß jeder hygienischen Vorstellung, in des Wortes streng wissenschaftlichem Sinne, wie er als Grundlage dieser Maßnahmen sich findet, er nicht wirkliche hygienische Folgen gehabt hat. Im Prinzip und im allgemeinen ist dies nicht zweifelhaft. Man kann außerdem dieselben Ueberlegungen hinsichtlich der totemischen Fleischverbote oder der Beschneidung machen, aber das Ergebnis war niemals vorher zu sehen noch zu wollen, hängt nur von einem reinen Zufall ab. (Fortsetzung folgt.)

*) L'abbé Lorsy, La Religion d'Israel, 1901, 32 bis 34.



zwar nur solcher aus harten Kieselsorten, die im Laufe der Zeit durch das beständige Werfen des Wassers zerrieben sind und ausnahmslos winzig kleine, stumpfkantige Körnchen darstellen. Amorphes, also ev. scharfkantiges Material wird peinlichst vermieden, ferner nur Sand von möglichst gleich großen Teilchen verwendet, das Rohmaterial also vielfach gesiebt und gewaschen. Man kann mit dieser Seife eine sehr kräftige Frottage und Massage in dem angedeuteten Sinne ausüben, ohne im geringsten befürchten zu müssen, die Haut zu strapazieren, zumal die Sandmasse sich ganz gleichmäßig, nicht in Klumpen vom Seifenstück ablöst.

Je intensiver man Sesanseife befeuchtet, desto weicher wird sie und desto weniger kräftig wirkt sie, so daß auch die zarteste Haut bei entsprechender Durchfeuchtung der Seife keinen Schaden leidet. Man kann die mehr oder weniger angefeuchtete Seife direkt zur Massage benutzen oder auch erst auf die Handflächen auftragen und mit diesen die Haut bearbeiten. Demnach vereinigt die Sesanseife die reinigende Wirkung einer guten Toiletteseife mit der die vielseitige Funktion der Haut anregenden Wirkung der Massage und Frottage. Sie verdient es, von ärztlicher Seite nachgeprüft zu werden, zumal sie sicher auch geeignet ist, medikamentöse Zusätze mannigfacher Art aufzunehmen, und eine Beeinflussung der Haut durch derartige Zusätze infolge ihrer reinigenden und massierenden Wirkung viel besser garantiert als eine andere Seife, also für den Dermatologen von besonderem Interesse ist; da ihre Eigenschaften die Desinfektion der Hände usw. wesentlich erleichtern, dürfte diese Seife auch in der Chirurgie Eingang finden.

Auf die einzelnen Maßregeln der Hauthygiene genauer einzugehen, ist hier nicht der Ort. Zweck dieser Zeilen ist, wie oben gesagt, nur der, eine Anregung zu geben, daß die ärztlichen Kreise ihre Aufmerksamkeit mehr als bisher der Hautpflege widmen. Eine eingehende Hautpflege ist schon dem Kinde beizubringen. Sie folgt denselben Prinzipien wie die der Erwachsenen. Gemeinhin badet die Mutter den Säugling alle Tage (sich selbst aber nicht), ist das Kind aber älter geworden, dann wird sonderbarerweise das tägliche Bad oder die tägliche Ganzwaschung weggelassen, während es doch gerade dem heranwachsenden Kinde zur unumgänglichen Gewohnheit gemacht werden sollte. Hier sollten auch die Pädagogen mehr helfen, als sie es tun*). Noch fehlen in den weitaus meisten Schulen, auch in höheren Lehranstalten selbst die primitivsten Vorrichtungen zur Reinlichkeit; nicht einmal eine Gelegenheit, die Hände in den Pausen zu waschen, besonders nach dem Aufsuchen der Aborte, findet man vor. Mit den allmählich schmutzig gewordenen, mit Urin und wohl auch Kotpartikelchen verunreinigten Händen muß der Schüler sein Frühstück anfassen und mit den nun auch noch fettig gewordenen Fingern nach seinen Heften greifen. Daß hier die soziale Fürsorge einzusetzen hat und Einrichtungen schaffen muß, die zur Pflege der Hauthygiene geeignet sind (Schulbäder, Waschvorrichtungen vor allem bei den Aborten usw.), steht außer Frage, wie denn überhaupt das Wort „Reinlichkeit" eine viel höhere Bedeutung in der sozialen Hygiene gewinnen muß, als ihm bisher beigemessen worden ist.

*) Im Burgerstein nnd Netolitzky, Handbuch der Schulhygiene, p. 416, lesen wir folgende Worte, die beweisen, daß es an Verständnis und gutem Willen nicht fehlt. „Von größter hygienischer Bedeutung ist es, daß die Kinder mit den Schulbrausebädern zur Reinlichkeit des Körpers und zur Hautpflege durch die Tat erzogen werden; speziell muß auch auf die Einrichtung solcher Bäder in Lehrerseminaren verwiesen werden (Rorschach, Schweiz). In den Schulen wird, abgesehen von dem erziehlichen Wert und dem unmittelbaren Nutzen für das einzelne Individuum, die Luft im Schulzimmer durch die Bäder um so mehr verbessert, je weniger das Baden der Kinder von Hause aus geschieht. Erfahrungsgemäß wirken die badenden Kinder von selbst bei ihren Eltern dahin, reinliche und eventuell ordentlich geflickte Leibwäsche zu haben. Durch das kühle Abbrausen werden die Kinder ferner bei richtigem Gebrauch gegen Erkältung abgehärtet (Turnen der glatten Hautmuskeln — Du Bois-Reymond). Das kühle Douchen im Sommer hat auch die erfrischende Wirkung der Wärmeentziehung zur Folge." Und pag. 420: „Wie wenig in hochkultivierten Ländern geschieht, wenn nicht die Schule die systematische Körperreinigung erziehend einleitet, wird am besten charakterisiert durch den Satz: „Wir konstatierten als unerhörte Tatsache, daß an den bei weitem größten Teil, abgesehen von Gesicht und Händen, jahraus jahrein kein Tropfen Wasser kommt" (Göttingen). Und doch könnten ja die Eltern auch ohne besonders eingerichtetes wohlfeiles etc. Bad mindestens dafür sorgen, daß die Kinder — gewaschene Füße haben."

Auch für die Hautpflege der Erwachsenen ist noch sehr unvollkommen gesorgt. Bei den alten Völkern spielte das Bad, wie überhaupt die Hautpflege, eine viel größere Rolle, und wenn man auch sagen mag, daß die klimatischen Verhältnisse des Südens eine eingehende Pflege der Haut fordern, so steht doch die wirklich angewandte Hauthygiene in einem für den, wenn auch nur auf guter Gewohnheit beruhenden Reinlichkeitssinn günstigen Verhältnisse zu der notwendigen Körperpflege. Leider hat das Gros unseres Volkes kaum mehr das Bedürfnis nach Hautpflege. Wie viele kommen wohl dazu, etwa zwei- oder dreimal in der Woche ein Bad zu nehmen, und die täglich Badenden machen einen verschwindend kleinen Prozentsatz aus. Für eine eingehende Hautpflege nach hygienischen Prinzipen haben die wenigsten Männer Zeit und Verständnis und überlassen diese „eitle Spielerei" den Damen. Wie viele Aerzte z. B. mag es geben, die täglich auch nur eine Stunde der Hauthygiene zu opfern imstande sind, trotzdem wir wissen, daß — drastisch gesprochen — jede Stunde im Bade vervielfältigt unserer Lebenszeit zugerechnet wird! Für die große Masse des Volkes ergeben sich bei der Durchführung einer vernünftigen Hautpflege viele Schwierigkeiten, zu wenig Volksbäder, weite Entfernung zu diesen und Nähe der Bier- und Schnapslokale, Müdigkeit vom Tagewerk und Wunsch nach Ruhe, schlechte Gewohnheit und von Jugend auf anerzogene Geringschätzung der Hautpflege u. s. f. Derartige Mißstände, die einen Verzicht der großen Masse auf Reinlichkeit begreiflich erscheinen lassen, wären dadurch am einfachsten zu beseitigen, daß, wie in jedem Hause Aborte vorhanden sind, so auch Badeeinrichtungen zum ständigen Inventar des Hauses gehören und es jedem ohne großen Zeitverlust, ohne Geldkosten, ohne Anstrengung möglich ist, sein Bad zu nehmen.

Dringenden, sozusagen elementaren Bedürfnissen ist noch stets abgeholfen worden. Der Mensch ist vernünftig genug, anzuerkennen, daß ein „Necesse est" nie ohne Schaden umgangen werden kann, aber nicht weise genug, jedes „Necesse est" zu erkennen; sonst wäre eine Hautpflege nach hygienischen Grundsätzen längst Lebensbedürfnis. Daß sie noch gering geachtet wird, liegt zu einem guten Teil daran, daß die Medicin bisher fast ohne Hautpflege auszukommen glaubte, ja die Maßregeln der Hautpflege ins Gebiet der Kurpfuscherei verlegte. Etwas besser ist es in letzter Zeit schon geworden. Es gibt jetzt schon viele Aerzte, die ihren Patienten den Segen der Hautpflege nicht vorenthalten, aber es geschieht noch zu wenig, sie zum Allgemeingut zu machen, und darauf abzielende Bestrebungen gehen doch zum größten Teil von Naturheilkundigen aus, da der Arzt in dieser Sache mit Unrecht dem „Minima non curat praetor" bedenklich zuneigt. Das nächste Ziel derartiger Bestrebungen sollte sein, die Verhältnisse so zu gestalten, daß jeder mehrmals in der Woche, am besten täglich sein Bad haben kann, jedenfalls täglich seine Ganzwaschung mit Hautmassage vornimmt, denn vivere necesse est, lavari etiam.

Periodische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift. Nr. 27. 1907.

1. Fehling: **Ueber Koliinfektionen.**

Das bekannteste Krankheitsbild der Koliinfektion im Fortpflanzungsstadium ist das der Pyelonephritis gravidarum; dabei handelt es sich wohl meist um eine aufsteigende Infektion. Der Krankheitsprozeß bleibt gewöhnlich ein lokaler; Uebertritt der Kolibazillen in die Blutbahn erfolgt selten. Die Pyelonephritis in der Schwangerschaft kann unter Umständen sehr bedenklich werden; dauert der fieberhafte Prozeß sehr lange, dann kann spontane Frühgeburt eintreten; in andern Fällen kann man genötigt sein, ohne Rücksicht auf das Kind und im Interesse der Mutter, die Frühgeburt einzuleiten. Während die Infektion der Urethralschleimhaut in der Gravidität sehr leicht möglich ist, ist für gewöhnlich der obere Teil der Vagina und der Zervix gegen

Kolibazillen geschützt. Verf. hat nur zwei einwandfreie Fälle von Kolieinwanderung in die Uterushöhle bei Schwangeren gesehen; dabei kam es zur Frühgeburt; im Herzblut der bald gestorbenen Kinder ließen sich Kolibazillen nachweisen; es ist anzunehmen, daß die in die Uterushöhle eingedrungenen Kolibazillen die Eihäute durchwanderten und vom Fötus mit dem Fruchtwasser verschluckt wurden. Selten kommt es im Wochenbett zu einer Koliinfektion; Verf. sah eine solche nach Hebosteotomie. Bei den zahlreichen Möglichkeiten der Koliinfektion bei Schwangeren ist die Reinigung der Vulva von großer Bedeutung, Reinigung in falscher Richtung kann direkt zur Infektion führen.

2. Einhorn: **Ueber ein Asthmainhalationsmittel.**

Verf. hat das Tuckersche Geheimmittel gegen Asthma, das wegen seiner in vielen Fällen sehr prompten Wirkung von den Patienten sehr gern angewandt wird, einer chemischen Prüfung unterzogen. Als wirksamste Bestandteile darin erwiesen sich die salpetrig-sauren Salze des Kokains und Atropins. Versprayung einer Mischung der beiden Alkaloidnitrite ergab gute Resultate. Stets befriedigende Resultate bei normalem Bronchialasthma wurden mit einer Inhalationsflüssigkeit der Zusammensetzung: Kokainnitrit 1,028%, Atropinnitrit 0,581%, Glyzerin 32,16%, Wasser 66,23% erzielt. Zur Versprayung der Flüssigkeit ist ein guter Oelzerstäuber erforderlich, der in drei Minuten 0,0122 g Flüssigkeit, mithin nur 0,00012 g Kokainnitrit und 0,00007 Atropin verspritzt. Eine Intoxikation durch die stark wirkenden Alkaloidsalze ist dabei ausgeschlossen. Die Inhalationsflüssigkeit ist von der Einhornapotheke, Berlin, zu beziehen, die auch einen geeigneten Sprayapparat liefert.

3. Sudeck, Hamburg: **Ueber die Gefäßversorgung des Mastdarmes in Hinsicht auf die operative Gangrän.**

Die Anastomosen der Darmarterien haben die Eigentümlichkeit, daß sie nicht nur reichlich vorhanden, sondern auch von so starkem Kaliber sind, daß sie in jedem Augenblick die Funktion eines ausgeschalteten Astes übernehmen können. Die Einrichtung der Vollanastomosen besteht aber nur an den beweglichen Darmteilen, nicht an dem unbeweglichen Rektum. Der Mastdarm wird zur Hauptsache durch die Arteria haemorrhoidalis superior ernährt. Ohne Unterbindung und Durchschneidung dieser Arterie läßt sich der Mastdarm nur eine kleine Strecke vorziehen, und für eine hohe Amputation ist die Durchschneidung unerläßlich; diese muß nun vorgenommen werden oberhalb der Einmündungsstelle der letzten Vollanastomose. Für die Operation der Mastdarmkarzinome würde sich daraus der Grundsatz ergeben, in allen Fällen, in denen der Stamm der A. haem. sup. zur Mobilisierung durchschnitten werden muß, diese Durchschneidung von vornherein nach hoher Unterbindung auszuführen. Mit Sicherheit kann das nur durch eine Laparotomie geschehen; mithin würde man auf diesem Wege zur prinzipiellen abdomino-perinealen Methode gelangen.

4. Best, Heidelberg: **Beitrag zur Klinik des Magengeschwürs mit besonderer Berücksichtigung des Pylorospasmus und der Hypersekretion.**

Bei dem überaus wechselnden klinischen Bilde des Magengeschwürs ist das sicherste diagnostische Zeichen das Blutbrechen oder der Nachweis des Blutes im Stuhl. Ohne vorangegangene Blutung wird der Verdacht auf Ulkus berechtigt, wenn die Patienten über heftige Schmerzen klagen, die von einer genau bezeichneten Stelle ausgehend bis in den Rücken ausstrahlen, gleich nach der Nahrungsaufnahme beginnen, oder bei leerem Magen in den frühen Morgenstunden oder nach Genuß von konzentriertem Alkohol besonders heftig werden; dazu kommen dann noch die Klagen über Sodbrennen, Herzwasser, saures Aufstoßen und hartnäckige Stuhlverstopfung; der Appetit ist dabei meistens gut, doch läßt die Angst vor Schmerzen die Patienten meist die Nahrung einschränken. Je nachdem am Rande oder Grunde eines Geschwürs vorwiegend sensible, motorische oder sekretorische Nervenfasern usuriert werden, werden Schmerzen, Krampfanfälle oder Sekretionsanomalien ausgelöst. Der Geschwürsheilung können eine Reihe hemmender Einflüsse entgegentreten, Atonie, Luftschlucken. Diejenigen Geschwüre, die der internen Therapie am meisten Trotz bieten, sind die am Pylorus sitzenden. Verf. gibt eine Reihe von Krankengeschichten, die alle das gleiche, typische Krankheitsbild zeigen: einerseits Pylorospasmus und Magensaftfluß (von den Franzosen als Krisen bezeichnet), andrerseits motorische Insuffizienz und Magenerweiterung (Ischochymie nach Einhorn); bald tritt mehr die Pylorusstenose, bald mehr die Magenerweiterung und der Saftfluß in den Vordergrund; die Grundursache für den ganzen Circulus vitiosus ist ein Geschwür am Pylorus, das diesen teilweise verengt und bei Spasmus vollständig verschließt. Diese Pylorusgeschwüre können durch innere Mittel wohl gebessert, aber nicht geheilt werden. Die Patienten können sich oft lange Zeit behelfen, sind aber immer auf die Hilfe der Magensonde angewiesen und zur größten Vorsicht und Enthaltsamkeit verurteilt, sie müssen immer gewärtig sein, daß durch irgend eine geringfügige Ursache ein neuer Anfall ausgelöst wird. Eine Heilung kann hier nur die Operation (Gastroenterostomie) bringen.

5. Ziegler, Wildbad: **Die Frühdiagnose der Lungentuberkulose mittels der Kochschen Tuberkulinprobe in der ärztlichen Praxis.**

Verf. empfiehlt aufs wärmste für den praktischen Arzt die Tuberkulinprobe als dankbarstes Mittel, um in zweifelhaften Tuberkulosefällen die richtige Diagnose mit absoluter Sicherheit zu stellen. Die Vornahme der Einspritzungen kann der praktische Arzt selbst übernehmen, eine Verlegung des Patienten in ein Krankenhaus ist nicht nötig. Ungeeignet für probatorische Tuberkulininjektion sind Patienten mit Fieber und ausgedehnten Erkrankungen; ist eine Hämoptoe vorangegangen, so empfiehlt es sich, mit der Einspritzung vier Wochen zu warten. Während der Dauer der Einspritzungen hat der Patient im Bett zu liegen. Die Temperatur ist in zweistündigen Messungen an drei aufeinanderfolgenden Tagen vorher festzulegen; ist Auswurf vorhanden, so ist seine 24stündige Menge vor der Einspritzung zu messen; eine genaue Untersuchung der Lungen, des Kehlkopfs, des Leibes, des Urins ist vor der Injektion vorzunehmen. Alsdann wird morgens die erste Dosis, 0,1 mg, subkutan injiziert; es folgt regelmäßige Temperaturmessung zweistündlich; am nächsten Tage Untersuchung der Lungen, des Leibes, Urins. Ist keine Reaktion aufgetreten, so wird am übernächsten Tage eine neue Injektion von 0,4 mg vorgenommen, wieder mit folgender Temperaturmessung, Untersuchung etc. Die Frage, ob eine spezifische Reaktion nach einer der betr. Dosen aufgetreten ist, ist zu bejahen, wenn die Temperatur an demselben oder am nächsten Tage sich zu irgend einer Zeit um 0,5° gegen die Tage vorher erhoben hatte. Eine wertvolle Unterstützung erfährt die Beurteilung der positiven Reaktion durch das Auftreten weiterer Symptome: durch das Auftreten von Geräuschen über der Lunge, die vorher nicht vorhanden waren, oder durch eine Vermehrung von solchen, die schon kontrolliert waren; durch das Auftreten von Schmerzen im Kehlkopf oder Heiserkeit; durch Auftreten von Eiweiß oder Blut im Urin; im Leib auftretende heftige Schmerzen können durch vorhandene Darmgeschwüre oder geschwollene tuberkulöse Mesenterialdrüsen hervorgerufen werden. Zu unangenehmen Zwischenfällen gehören sehr hohe Reaktionen; sie pflegen aber meistens schnell abzuklingen; bleibt das Fieber länger bestehen, so kann man am vierten bis fünften Tage Antipyretika geben. Betreffs des Eintretens und der Dauer der Reaktion ist zu bemerken, daß in den meisten Fällen, wenn die Injektion morgens erfolgte, die Reaktion ihren Höhepunkt noch am Abend erreichte; in andern Fällen erfolgte sie erst am nächsten Tage, meistens ist die Temperatur 12 bis 24 Stunden nach Beginn der Reaktion wieder normal.

6. Isserlin, München: **Die diagnostische Bedeutung der Assoziationsversuche.**

Verf. gibt eine Uebersicht über die Leistungen diagnostischer Assoziationsstudien; auf manchen Gebieten sind die Untersuchungen in befriedigender Weise mit gutem Erfolge fortgeschritten, während andere Aufgaben noch völlig der Bearbeitung harren. Wertvoll ist vor allem, daß die Kenntnis der Assoziationen Gesunder in umfassendem Maße gewonnen ist, nach den Untersuchungen von Aschaffenburg, Jung, Riklin sind die wichtigsten Differenzen und Typen festgelegt; inwiefern die Art der Vorstellungsverknüpfung sich mit dem Lebensalter ändert, haben für die Jugend Ziehen, für das Alter Rauschburg und Balint untersucht. Verf. berichtet kurz über von ihm ausgeführte Untersuchungsreihen, die eine genauere Erkenntnis der Assoziationen



im manisch-depressiven Irresein erstreben. Sonst ist von den Psychosen bisher kaum ein einziges Gebiet bis zu befriedigender Klärung bearbeitet; am wenigsten ist die Dementia praecox mit Untersuchungen bedacht; auch die Verhältnisse bei der Hysterie und Epilepsie bedürfen trotz mannigfacher Bearbeitung noch weiterer Klärung. Zum Schluß verweist Verf. noch auf die Möglichkeit der Verwendung des Assoziationsexperimentes in der forensischen Praxis für die Entlarvung von Verbrechern.

7. Potpeschnig, München: **Ernährungsversuch an Säuglingen mit erwärmter Frauenmilch.**

Der Vorzug der natürlichen Nahrung dürfte wesentlich in dem Gehalte der Milch an besonderen Nutzstoffen begründet sein, welche die zelluläre Verdauung des Säuglings fördern, aber in wirksamer Form nur innerhalb der Spezies übertragbar sind. Vieles spricht dafür, daß diese Nutzstoffe der Einwirkung höherer Temperaturen unterliegen, namentlich die Erfahrungen bei der Kälberaufzucht; aber auch den Menschen betreffend liegen Angaben vor, daß bei Erhitzung der Muttermilch auf 100° die Gewichtskurve ceteris paribus sich verflachte. Diese bei Verfütterung gekochter artgleicher Milch gemachten Beobachtungen sind aber durchaus nicht als sicherer Beweis für die Bedeutung hitzeunbeständiger Nutzstoffe für die Ernährung anzusehen, da beim Kochen der Milch eine tiefgreifende Veränderung vieler Bestandteile statt hat. Von Interesse erscheint es, festzustellen, ob eine Erwärmung der Milch auf minder hohe Temperaturgrade, die mit eingreifenden chemischen Veränderungen des Substrates nicht einhergehen, gleichfalls den spezifischen Nutzwert der artgleichen Nahrung beeinträchtigt; mit anderen Worten handelte es sich darum, zu prüfen, ob jene Nutzstoffe, die anscheinend „koktolabil" sind, d. h. beim Erhitzen auf 100° zerstört werden, auch „thermolabil" im Sinne der Terminologie Ehrlichs sind, d. h. bei Erwärmung auf 55 bis 60° unwirksam werden, eine Eigenschaft, die einer bestimmten Klasse biologisch wirksamer Substanzen zukommt. Die Versuchsanordnung war folgende: Zwei gesunde, frühgeborene Kinder von einem Monat wurden einer bestimmten Amme zur Ernährung an der Brust zugeteilt; nachdem das Gedeihen der Kinder an der Brust der ihnen zugewiesenen Amme sichergestellt war, spritzte diese die nötige Tagesmenge Milch ab, die in Flaschen gefüllt und an die Kinder verfüttert wurde. Ein bei dieser Ernährungsart eintretender leichter Gewichtsverlust war nur vorübergehend. Es wurde dann die abgedrückte Milch durch 30 Minuten im Wasserbade auf 60° C erwärmt und verfüttert. Die Gewichtskurve zeigte weiterhin denselben Anstieg wie früher, die Stühle blieben gleich homogen, Befinden und Turgor der Kinder blieben gleich gut, es blieb also jede Schädigung oder jeder erkennbare Ausfall von Nutzen während der durch 17 Tage fortgesetzten Ernährung mit auf 60° erhitzter Frauenmilch aus. Die Annahme, daß bei natürlicher Ernährung thermolabile Nutzstoffe im Spiele sind, ist durch diese Versuche nicht widerlegt. Die Kinder mußten bald nach dem Versuch plötzlich abgestillt und künstlich ernährt werden; auch dieser Nahrungswechsel hatte keinen Absturz der Gewichtskurve und keine irgend bemerkenswerte Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens zur Folge. Die beiden Versuchskinder gehörten in jene Klasse der Säuglinge, welche die Muttermilch samt ihren Nutzstoffen entbehren können. Die gestellten Fragen dürften erst durch analoge Ernährungsversuche an Säuglingen entschieden werden, welche mit künstlicher Nahrung nicht zu gedeihen vermögen, welche zur Heterodystrophie neigen.

8. Sauer, Nürnberg: **Absprengung von Wirbeldornfortsätzen durch Muskelzug.**

Verf. berichtet über drei Fälle von Absprengung eines Wirbeldornfortsatzes, die sich objektiv durch ausgesprochene Druckempfindlichkeit, abnorme Beweglichkeit, Krepitation, einmal auch durch das Röntgenbild mit Sicherheit nachweisen ließ. Eine direkte Gewalt hatte nicht eingewirkt, ebensowenig eine extreme Ueberbiegung der Wirbelsäule nach hinten; da die Verletzung im Anschluß an eine heftige Muskelaktion auftrat — zweimal beim Heben einer schweren Last vom Boden, einmal bei einer Schleuderbewegung — so ist die Annahme gerechtfertigt, daß die Dornfortsätze durch Muskelzug abgerissen wurden. Bei den in Rede stehenden Aktionen mußten die Muskelgruppen, die das Schulterblatt nach hinten an die Wirbelsäule ziehen, in kräftige Kontraktion gebracht werden; als solche kommen in Betracht der M. cucullar., rhomboid. maj. und min.; der Zug derselben wird am stärksten wirksam an den Dornfortsätzen, an denen beide Muskelgruppen gemeinsam entspringen, siebenter Hals- bis sechsten Brustwirbel. Die Feststellung einer solchen Fraktur der Dornfortsätze ist, wenn man das Augenmerk auf diese Verletzung richtet, nicht schwierig. Die anamnestische Angabe des Patienten, daß er bei einer starken Muskelanspannung der Arme einen stechenden Schmerz zwischen den Schulterblättern verspürt habe, weist darauf hin; der spontane Schmerz wird oft nicht genau lokalisiert, auch der Druckschmerz beim Betasten oft mehr in die Muskulatur zu beiden Seiten der Wirbelsäule als in die Dornfortsätze verlegt. Abnorme Beweglichkeit und Krepitation ist nicht immer nachzuweisen. Eine besondere Therapie ist bei diesen kleinen Absprengungen unnötig und aussichtslos; in den ersten Tagen empfiehlt sich Bettruhe in Rückenlage, später leichte Massage; eine knöcherne Vereinigung der Fragmente wird selten eintreten; bindegewebige Fixierung oder Bildung einer Pseudarthrose wird die Regel sein, ohne daß dem Verletzten daraus ein bleibender Nachteil erwächst. Immerhin wird durch eine derartige Verletzung die Arbeitsfähigkeit lange Zeit vollkommen aufgehoben.

9. Kliemberger, Königsberg: **Pyozyaneusinfektion der Harnwege mit hoher Agglutininbildung für Pyozyaneusbazillen und Mitagglutination von Typhusbakterien.**

Bei einem Patienten, der wegen Blasenkatarrh in Behandlung kam, fanden sich im Harn neben Blut und Eiter ziemlich zahlreiche gram-negative Bazillen, und zwar feine und lange neben sehr feinen kurzen Stäbchen; in den Kulturen wuchsen B. pyozyaneus sowie eine der Gruppe des B. lactis aerogenes nahestehendes Kurzstäbchen. Das Blutserum des Kranken wurde auf ein bakterizides Vermögen gegenüber den eigenen Pyozyaneusbazillen und auf seinen Agglutiningehalt geprüft. Ein wesentliches bakterizides Vermögen war nicht zu konstatieren. Dagegen agglutinierte das Krankenserum den eigenen Pyozyaneusstamm in der ungewöhnlichen Höhe von 1 : 40000. Es wurden dann zwölf verschiedene fremde Pyozyaneusstämme zur Untersuchung herangezogen: dieselben zeigten geringe kulturelle Differenzen; größere Unterschiede ergaben sich bei Prüfung ihrer Agglutininbindung gegenüber dem Krankenserum; einzelne Stämme wurden in demselben oder fast gleichen Maße beeinflußt, wie der aus dem Patienten gezüchtete Stamm, andere Stämme dagegen überhaupt nicht agglutiniert; an morphologisch-kulturelle Verschiedenheiten waren solche Unterschiede nicht geknüpft. Das Bestehen der Doppelinfektion gab Veranlassung, das Blutserum des Kranken außer seinem Gehalt an Pyozyaneusagglutinin auch auf seinen Gehalt an andern Agglutininen zu untersuchen. Der zur Gruppe des B. aerogenes lactis gerechnete Stamm wurde vom eigenen Serum in doppelter Höhe als von Normalserumkontrollen agglutiniert. Weiter ergab sich der bemerkenswerte Befund, daß Typhusbazillen durch das Krankenserum stark agglutiniert wurden; daß es sich hierbei um Mitagglutination handelte, ließ sich durch weitere Versuche zeigen. Der Nachweis eines Agglutinins für Pyozyaneus, das bindende Gruppen bezw. Partialagglutinine auch für Typhus besitzt, ist mit diesen Beobachtungen erbracht.

10. Radmann, Laurahütte: **Ein therapeutischer Versuch bei epidemischer Genickstarre.**

Um auf anderem Wege als durch Seruminjektion die Reaktion des Körpers gegen Meningokokken zu erhöhen, ging Verf. von der Tatsache aus, daß bisher durch Impfungen bezw. Injektionen von Kulturen unter die Haut bei Tieren keine Genickstarre erzeugt worden ist, sondern nur durch Injektion in den Duralsack; danach muß angenommen werden, daß das subkutane Gewebe für die Ansiedlung von Meningokokken ungeeignet ist; man kann also vermuten, daß, wenn diese wenig empfänglichen Teile gezwungen werden, Meningokokken zu verarbeiten, nicht nur eine Lokalreaktion der Gewebe die eingeführten Meningokokken unschädlich machen wird, sondern auch der Ueberschuß der Lokalreaktion dem Gesamtorganismus zu gute kommen wird. Da die Reinkulturen der Meningokokken sehr hinfällig und bezüglich ihrer Virulenz verschieden sind, so hat Verf. als Injektionsmaterial die eigene Zerebrospinalflüssigkeit der Kranken benutzt. Bei zwei in dieser

Weise behandelten Kranken traten keine lokalen Reizerscheinungen ein, die Krankheit ging in Heilung über. Da die Unschädlichkeit des Verfahrens damit erwiesen, empfiehlt es Verf. zur weiteren Prüfung.

11. Merkel, Nürnberg: **Therapeutische Mitteilungen.**

I. Secacornin-Roche, ein neues Sekalepräparat.

Das Präparat kommt in Fläschchen zu 20 g und in sterilen, zugeschmolzenen Phiolen zu 1 ccm zur subkutanen Injektion in den Handel; 1 ccm entspricht 4 g Secale cornut. Verf. empfiehlt es als das bequemste und zuverlässigste Sekalepräparat für die geburtshilfliche Praxis 1. prophylaktisch bei Leitung der Nachgeburtsperiode, um Atonien nach raschen Geburten, bei starker Ausdehnung der Gebärmutter, Wehenschwäche, bei Placenta praevia, Narkose hintanzuhalten; 2. zur Bekämpfung bereits eingetretener Atonien; 3. prophylaktisch zur Beförderung der Involution im Wochenbett, sowie zur Bekämpfung von langdauerndem Wochenfluß, 4. nach jeder Fehlgeburt zur Beförderung der Involution.

II. Novaspirin in Geburtshilfe und Gynäkologie.

In der Gynäkologie ist es in erster Linie bei inoperablem oder rezidivierendem Uteruskarzinom als schmerzstillendes Mittel zu verwenden; 0,5 bis 2,5 pro die brachte Verf. mehrmals vorzügliche Erfolge. Glänzend bewährte sich Novaspirin bei den Menstrualkoliken junger Mädchen; beim geringsten Ziehen im Kreuz oder andern Prodromalerscheinungen der beginnenden Menstruation, auch bei Brechreiz, in Dosen von 1,0 verabreicht, hemmte es jede weitere schwere Kolik; höchstens mußte nach mehreren Stunden noch 0,5 nachgegeben werden. Heftige Koliken, wie sie sich nach intrauterinen Aetzungen öfters einstellen, ließen sich durch Dosen von 1 g, in einem halben Glas Madeira gelöst, prompt beheben. In der Geburtshilfe ist das Novaspirin von guter Wirkung gegen die schmerzhaften Nachwehen, zwei- bis dreimal täglich 0,5 g einige Tage gegeben, sichern ein schmerzloses Wochenbett; die Rückbildung des Uterus oder das Kind wird dadurch in keiner Weise beeinträchtigt.

12. Weikard, Neu-Ulm: **Zur Kasuistik der Ptomainvergiftungen.**

Von einer siebenköpfigen Familie erkrankten sechs Personen gleichzeitig an schweren Vergiftungserscheinungen, Leibschmerzen, Brechdurchfall, Benommenheit, Schwindelgefühl, Temperatursteigerung, Pulsbeschleunigung, Mattigkeit; Erholung trat nach etwa achttägiger Krankheit ein. Es ergab sich, daß alle, mit Ausnahme der gesund gebliebenen Person, von einem Pudding genossen hatten, zu dessen Bereitung Eiweiß, das seit einigen Tagen übrig geblieben war und in einem schlecht gelüfteten, kein Eis enthaltenden Eisschrank aufgehoben worden war, benutzt wurde. Die Untersuchung ergab, daß sich in diesem ein sehr giftiges Ptomain gebildet haben mußte. Die Reindarstellung desselben aus den Ueberresten des Puddings gelang nicht, doch ergaben damit angestellte Tierversuche seine hohe Giftigkeit. Verf. macht besonders auf die Gefährlichkeit der Aufbewahrung von Speisen in nicht mit Eis beschickten, schlecht gelüfteten Eisschränken aufmerksam.

13. Dennig, Stuttgart: **Theodor von Jürgensen.** Nekrolog.

Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 26. 1907.

1. Straßburger, Bonn: **Ueber den Einfluß der Aortenelastizität auf das Verhältnis zwischen Pulsdruck und Schlagvolumen des Herzens.**

Verf. hat früher bei Mitteilung eines Verfahrens zur Bestimmung des diastolischen Druckes des Blutes ausgeführt, daß die kombinierte Messung des systolischen und diastolischen Druckes den Einblick in den Kreislauf des Menschen wesentlich zu erweitern vermag, insbesondere daß der Abstand zwischen Maximal- und Minimaldruck, den er Pulsdruck nennt, als ein Maß für die relative Größe des Schlagvolumens des Herzens angesehen werden kann. Das gilt allerdings nur, wenn neben andern die Voraussetzung erfüllt ist, daß der Elastizitätsmodus der Arterienwand sich bei verschiedenen Druckhöhen nicht wesentlich ändert; dies gilt aber nur für mittlere Druckschwankungen. Verf. hat nun weitere Untersuchungen angestellt über die Volumveränderungen der menschlichen Aorta bei verschiedenen Höhen des Innendrucks und bei verschiedenen Altersstufen Versuche, die sowohl über die Richtung als über die Größe der Veränderung, welche der Volummodul der Aorta erleidet, Aufklärung geben sollen und so eine Korrektur ermöglichen, welche die Divergenz zwischen Pulsdruck und dem daraus zu erschließenden Proportionalwert des Schlagvolumens beseitigt. Die an einer größeren Zahl von Aorten vorgenommenen Volumeichungen ergaben, daß bei gleichbleibendem Schlagvolumen trotz verschiedener Höhe des Blutdruckes der „Blutdruckquotient", i. e. das Verhältnis von Pulsdruck zu Maximaldruck, unverändert bleibt, woraus sich ableiten läßt, daß überhaupt der Blutdruckquotient das relative Maß für die Größe des Schlagvolumens gibt. Weitere Untersuchungen galten dem Verhältnis von Volumen und Volumenzunahme, wenn die Aorten verschiedener Personen, insbesondere von Leuten verschiedener Altersstufen, bei gleichem Innendruck verglichen wurden. Das Volumen der Aorta alter Leute zeigte sich nicht nur bei niedrigem, sondern auch bei hohem Druck beträchtlich größer als das junger Menschen. Die Volumenzunahme bei gleicher Druckdifferenz war am größten in der Jugend, zeigte in den 40er Jahren eine Verringerung, um im höheren Alter bis auf etwa die Hälfte des ursprünglichen Wertes zu sinken. Aber auch im Alter und bei sklerotischen Aorten kann die Volumenzunahme ebenso groß wie in der Jugend sein; dies gilt für Gefäße mit großem Gesamtvolumen; ihre Dehnbarkeit ist zwar gering; infolge ihrer Größe genügt aber schon eine verhältnismäßig leichte Dehnung der Wand, um einen Volumzuwachs zu ermöglichen, der ebenso groß sein kann, wie bei kleinen, dafür aber sehr dehnbaren Aorten. Ohne die regelmäßig auftretende Größenzunahme des Gefäßes im Alter würde durch die Abnahme der Dehnbarkeit bewirkt werden, daß der Volumenzuwachs bei Drucksteigerung noch viel erheblicher eingeschränkt würde, als es so schon der Fall zu sein pflegt. In der Erweiterung der Gefäße sieht Verf. daher geradezu einen kompensatorischen Vorgang, eine Annahme, die der Anschauung von Thoma über die Entstehung der Arteriosklerose gerade entgegengesetzt ist. Wenn Blutdruck und Druckschwankung im Alter zu wachsen pflegen, um einen Ausgleich anzubahnen, so sind doch die Unterschiede in der Fähigkeit, ihr Volumen zu vergrößern, bei den einzelnen Aorten so verschieden, daß von einem auch nur annähernd vollkommenen Ausgleich nicht die Rede sein kann. Es ergibt sich die biologisch wichtige Anschauung, daß ebenso wie die Funktion anderer Organe im Leben nach Ueberschreitung des Höhepunktes sinkt, auch die Blutversorgung des Körpers abnimmt und der Kreislauf sich verlangsamt. In einem Teil der Fälle erfolgt Kompensation entweder durch starke Größenzunahme der Aorta oder durch erhebliche Vermehrung der Herzarbeit; dann nimmt das Schlagvolumen wieder zu, und die großen Druckschwankungen, die in der Aorta in letzterem Falle entstehen, führen zu dem hohen als Greisenpuls bezeichneten Puls. In vielen andern Fällen ist aber der Ausgleich unzureichend; dann macht das Herz, welches bei jungen Leuten auf vermehrte Anforderungen mit entsprechend erhöhter Arbeit und Hypertrophie antwortet, kaum den Versuch, den Defekt auszugleichen und stellt sich endgültig auf ein kleineres Schlagvolumen ein. Entsprechend der Verschlechterung des Kreislaufes im Alter nimmt die Leistungsfähigkeit des Menschen ab. Dem bekannten Satz, daß man so alt ist wie seine Arterien, kann man wohl hinzufügen: der Mensch ist insbesondere auch so alt wie seine Aorta, resp. so alt wie seine Aorta und sein Herz.

2. Ewald: **Idiopathische spindelförmige Erweiterung der Speiseröhre.**

Verf. berichtet über einen derartigen Fall, bei dem die Diagnose intra vitam gestellt wurde, die durch die Obduktion in jeder Weise bestätigt wurde; die diagnostischen Momente werden eingehend erläutert. Bezüglich der Aetiologie zeigt der Fall, daß die idiopathischen Dilatationen der Speiseröhre durch zwei konkurrierende Momente hervorgerufen werden, einen Spasmus der Kardia und eine paretische Erschlaffung der Wand der Speiseröhre bei gleichzeitiger Hypertrophie ihrer Muskulatur.

3. Grünberg, Berlin: **Milchsekretion nach Kastration.**

Bei 14 von 21 Fällen trat nach der Entfernung der Ovarien als Folgeerscheinung der Kastration eine Sekretion der Mamma



ein, die entweder kolostrumartig oder direkt milchähnlich war. Diese Sekretion der Brustdrüsen nach Entfernung der Ovarien tritt unabhängig davon auf, ob es sich um Mehrgebärende oder um Nulliparen handelt, unabhängig von dem Alter der Patientinnen, wenn sie sich nur in dem generationsfähigen Alter befinden; auch unabhängig davon, ob die Ovarien ganz gesund sind oder im höchsten Grade pathologisch verändert. Daß in diesen Fällen die Sekretion der Brustdrüsen wirklich von der Entfernung der Ovarien abhängt, dafür spricht, daß bei anderen Operationen, wo nur der Uterus ohne Ovarien oder nur ein Ovarium exstirpiert wurde, keine Sekretion der Mamma zu beobachten war. Die qualitative und quantitative Beschaffenheit des Sekrets war individuell verschieden; bei einzelnen Patientinnen spritzte schon auf leichten Druck das Sekret in weitem Bogen aus vier bis fünf Milchgängen in der Brustwarze; bei einer Patientin gelang es sogar ohne Mühe, in wenigen Minuten 20 ccm milchähnlicher Flüssigkeit aus beiden Brüsten auszudrücken; bei den meisten zeigten sich auf Druck nur Tropfen an den Warzen, und zwar konnte meist die makroskopisch verschiedenartige Beschaffenheit — kolostrum- oder milchähnlich — bei derselben Brustwarze aus den verschiedenen Milchgängen beobachtet werden; gewöhnlich zeigten sich in den ersten Tagen der Sekretion Kolostrumtropfen, dann Milchtropfen. Mikroskopisch wurden im Ausstrichpräparat dieselben Bilder gefunden wie in dem Brustdrüsensekret überhaupt. Der Beginn der Sekretion fiel gewöhnlich in die dritte Woche post operationem oder später; in einigen Fällen versiegte die Sekretion schon nach wenigen Tagen oder Wochen, in andern blieb sie eine Reihe von Monaten im Gang.

4. Joseph, Berlin: **Die allgemeine Therapie der Geschlechtskrankheiten.**

Fortbildungsvortrag.

5. Hauschild, Breslau: **Ueber „Euferrol", ein neues Eisenpräparat.**

6. Groedel, Nauheim: **Abgang des eitrigen Wurmfortsatzes per rectum bei eitriger Peritonitis.**

Der betr. Patient erkrankte plötzlich mit den Symptomen allgemeiner Peritonitis, die wohl durch Ruptur einer bis dahin gut abgesackten, vollständig symptomlos verlaufenen Perityphlitis entstanden war. Von einem sofortigen operativen Eingriff wurde bei dem Alter des Patienten (62 Jahre), bestehendem Diabetes, Arteriosklerose, hochgradiger Insuffizienz des Herzens mit Stauung in der Lunge, Leber, Nieren, allgemeiner Schwäche, abgesehen. Der Krankheitsverlauf zeigte unregelmäßiges Fieber; zeitweilig traten heftige Diarrhöen auf; vom zehnten Tage an gingen eine größere Anzahl Kotsteine ab; am sechzehnten Tage wurde im Kot der etwa 8 cm lange Wurmfortsatz gefunden; danach wurde reichlich Eiter mit den Fäzes entleert; unter rapider Abnahme der Kräfte erfolgte am vierundzwanzigsten Tage der Exitus.

7. Zuelzer, Potsdam: **Das orthopädische Stuhlband.**

Eine Bandage, die einen geschwächten Körper während des Sitzens gerade zu halten hat, muß die Brust freilassen, die Schulter zurückdrängen, den eingefallenen Brustkasten möglichst vordrängen, dem Kopf freie Bewegung lassen, daß sich die Augenachse parallel der Schriftlinie stellen kann; die Konstruktion muß einfach und leicht anwendbar sein. Das „orthopädische Stuhlband" soll diese Bedingungen erfüllen; es besteht aus einem Kissen, das in Schulterblatthöhe des sitzenden Kindes an der Stuhllehne befestigt wird und als Stützpunkt dient, um die Schultern mit einem besonders konstruierten Bande, das über die Schultern gelegt und unter den Armen hindurchgezogen wird, nach hinten zu ziehen.

8. Zernik, Steglitz: **Neue Arzneimittel, Spezialitäten und Geheimmittel.**

Besprochen werden: Vinopyrin, Dr. Schäfers Antisanguin, Epilepsiepillen, Lammapulver, Faskolsalbe, Faskolhämorrhoidalkapseln, Goitre Cure, Lytrol, Liqueur du Dr. Laville.

9. Rietschel, Charlottenburg: **Heizung und Lüftung in Krankenhäusern.**

(Schluß aus Nr. 25.)

Verf. kommt zu dem Ergebnis, daß alle hygienischen und technischen Forderungen, die an die Heizung und Lüftung der Krankenräume zu stellen sind, zur Zeit in vollkommenster Weise erfüllt werden, für die örtliche Erwärmung durch Warmwasserheizung, für die Lüftung durch Ventilatorenbetrieb und Erwärmung der Luft an Warmwasser- oder Dampfheizkörpern, sämtliche Anlagen unter Annahme von Dauerbetrieb.

Wiener klinische Wochenschrift. Nr. 17. 1907.

1. Chvostek: **Beiträge zur Lehre von der Tetanie.**

Chvostek kommt zu folgenden Schlüssen: Das Tierexperiment zeigt, daß die Entfernung der Epithelkörper mechanische Uebererregbarkeit der motorischen Nerven bedingt. Die Tetanie des Menschen, für die wir aus mehrfachen Gründen einen Funktionsausfall der Epithelkörper zu supponieren gezwungen werden, weist konstant dieselbe mechanische Uebererregbarkeit auf. Diese, in erster Linie das Fazialisphänomen, ist das konstanteste und in den meisten Fällen das einzige Symptom der latenten Tetanie. Die Zugehörigkeit auch jener Fälle mit nur isoliertem Fazialisphänomen zur Tetanie erweist die Abnahme der Häufigkeit dieser Fälle gleichzeitig mit der Abnahme der Tetanie in Wien und das gleichsinnige Schwanken der Häufigkeit in Monaten, in welchen Tetanie häufiger oder seltener angetroffen wird. Die Zugehörigkeit einzelner solcher Fälle zur Tetanie und ihre Unabhängigkeit von nervösen Störungen zeigt die Inkongruenz der Intensitätsschwankungen dieses Phänomens mit den Schwankungen in der Intensität der übrigen nervösen Erscheinungen. In weitaus den meisten Fällen von deutlichem Phänomen lassen sich überdies bei Berücksichtigung der Anamnese usw. Erscheinungen finden, die ihre Zugehörigkeit oder nahe Verwandtschaft zur Tetanie dartun. Aber selbst für jene seltenen Fälle, in welchen ein solcher Zusammenhang nicht zu erkennen ist, ist die Erklärung durch eine Beeinträchtigung der Funktion der Epithelkörper bei der Art der primären Affektion, der Lage derselben und in Rücksicht auf die nahen Beziehungen, in welchen die Blutdrüsen zueinander stehen, am einwandfreiesten und plausibelsten zu geben. Hierher gehören die Fälle von Fazialisphänomen bei Erkrankungen der Schilddrüse und operativen Eingriffen an denselben, die Fälle von Fazialisphänomen bei Tuberkulose und diejenigen bei Chlorose, Genitalaffektionen der Frauen, Menstruation usw. Endlich sprechen in diesem Sinne die Beobachtungen, durch welche bei isoliertem Fazialisphänomen direkte Veränderungen an den Epithelkörpern nachgewiesen werden können. Verf. glaubt daher zu der Annahme berechtigt zu sein, daß die mechanische Uebererregbarkeit der Nerven, in erster Linie das Fazialphänomen, ein leicht nachweisbares und gewichtiges Symptom der Erkrankung der Epithelkörper ist, ein feines Reagens, das eine Funktionsstörung dieser Organe anzeigt.

Der Wert dieses Phänomens wird nicht durch den Umstand beeinträchtigt, daß vielleicht ein oder das andere Mal, jedenfalls extrem selten, ein deutliches Fazialisphänomen gefunden werden kann, für das eine andere Ursache nachzuweisen ist, wenn wir darauf Rücksicht nehmen, daß kein einzelnes Symptom für irgend eine Affektion pathognomisch ist. Es wird auch nicht beeinträchtigt, wenn bei einer Anzahl von Fällen durch Beklopfen unter dem Processus zygomaticus leichtes Zucken im Lippenrot hervorgerufen werden kann, denen Veränderungen im Nervensystem oder an den Muskeln zu Grunde liegen, in welchen Fällen wir wohl überhaupt kaum von einer pathologischen Erscheinung, von einer gesteigerten mechanischen Uebererregbarkeit sprechen können, wenn wir darauf Rücksicht nehmen, daß nur deutliche Fazialisphänomene zu irgend welchen Schlüssen berechtigen.

Daraus ergibt sich, daß Verf. dem Standpunkt nicht beipflichten kann, daß dem Fazialisphänomen allein keine Bedeutung für die Diagnose der Tetanie zukomme, daß dieses Symptom gegenüber den übrigen Tetaniesymptomen von minderem Werte sei. Die mechanische Uebererregbarkeit der Nerven ist ein konstantes Symptom der Tetanie, wenigstens ebenso konstant wie das Erbsche und Trousseausche Phänomen. Verf. kann sich keines Falles entsinnen, bei dem die Erscheinung vermißt wurde. Wird das Fazialisphänomen einmal vermißt, so ist der eine oder der andere Nerv übererregbar. Das genannte Phänomen ist das konstanteste, sehr häufig das einzige Symptom in den Latenzperioden der Tetanie. Die höchsten Grade sah Verf. nur bei Tetanie, das Phänomen in dieser Intensität genügt zur Sicherung der Diagnose.



Auch die nächste Stufe sah Verf. nur bei Tetanie oder Erkrankungen, die in dieselbe Gruppe gehören. Wenn solche nicht hierher gehörige Fälle vorkommen, so müssen sie wenigstens extreme Seltenheiten sein. Bei 840 untersuchten einschlägigen Fällen konnte das Phänomen in dieser Intensität nicht beobachtet werden. Aber selbst den mittleren und leichten Graden (v. Frankl-Hochwardt, 2, 3) muß ein Wert für die Diagnose zugesprochen werden, wenn wir uns einerseits die Konstanz des Symptomes bei Tetanie und die Seltenheit selbst dieser Grade bei anderweitigen Affektionen vor Augen halten. Wenn eine Person von 250 nicht Tetaniekranken ein Phänomen dritten Grades, und eine Person von 500 Kranken ein Phänomen zweiten Grades aufweist, so sind das an und für sich schon gewiß keine Zahlen, die den Wert dieses Symptomes ernstlich beeinträchtigen können und die Auffassung rechtfertigen, daß dem Fazialisphänomen keine Bedeutung für die Diagnose zukomme.

2. Schlesinger: **Klinische Beobachtungen über den Wiener Abdominaltyphus.**

Sch. faßt seine Beobachtungen dahin zusammen:

Der Wiener Typhus weicht in den letzten Jahren oft von dem allgemein bekannten Bilde, den Schulfällen, ab. Besonders hervorhebenswert sind: die häufige Verspätung der Roseola bis in die Rekonvaleszenz hinein, das Auftreten atypischer Roseola und der plötzliche Beginn mit Schüttelfrost in vielen Fällen. Weiter ist zu betonen, daß Herpes labialis und Schweiße nicht zu den ganz seltenen Vorkommnissen des Wiener Typhus gehören. Hohe Pulsfrequenz ist nicht selten und ihr Auftreten nicht immer ominös. Das typhöse Aussehen fehlt den meisten gepflegten Kranken. Der Milztumor ist oft auffallend groß und derb. Atypische kurze und namentlich ambulatorische Typhen sind nicht sehr selten; ungewöhnliche Symptome werden relativ oft beobachtet. Die Gefährlichkeit des Wiener Typhus ist leider eine erhebliche. Im Interesse der gesamten Bevölkerung wäre dringend zu wünschen, daß neue, namentlich serotherapeutische Heilbestrebungen vollen Erfolg finden möchten.

3. Hecht, Wien: **Vorschlag einer klinischen Prüfung der Fettresorption.**

Die meist für klinische Zwecke geübte Bestimmung des Verhältnisses vom Fettgehalt zum Trockenkot ist recht unzuverlässig. Nur die Bestimmung der Fettausnutzung ist ein brauchbarer Maßstab für die Beurteilung der Fettresorption. Die quantitative Bestimmung des gesamten in drei Tagen entleerten Kotfettes ist besonders bei Patienten in der frühesten Kindheit mit großen Schwierigkeiten verbunden, so daß diese zeitraubende Methode kaum Anspruch auf allgemeinere Verbreitung machen kann. Verf. macht deshalb folgenden Vorschlag: Man setzt den Patienten auf sozusagen fettfreie Kost und bestimmt nun in einer beliebigen Stuhlportion den relativen Fettgehalt des Stuhles auf Trockenkot bezogen. Dann gibt man fetthaltige Nahrung von bekanntem Fettgehalte und analysiert nun diejenigen möglichst quantitativ aufgefangenen Stuhlgänge, in denen man nach dem makroskopischen Aussehen Verdauungsrückstände der fetthaltigen Nahrung vermuten kann. Ihre Zugehörigkeit zu dieser Mahlzeit stellt sich eventuell auch bei der Analyse heraus, indem sie einen höheren relativen Fettgehalt aufweisen. Hierauf sinkt derselbe wieder ab, wenn auf die fetthaltige Nahrung wieder fettfreie gefolgt ist. Das Plus an ausgeschiedenem Fett gegenüber dem bei fettfreier Nahrung im Stuhl gefundenen kann man nun als das aus der fetthaltigen Mahlzeit in Verlust gegangene Fett ansehen und auf das Nahrungsfett beziehen, um die Ausnutzung desselben zu berechnen. Eine genaue Abgrenzung des Stuhles ist bei diesem Vorgehen nicht nötig. Es handelt sich nur um etwa zwei bis drei Stuhlgänge und man bekommt fast das gleiche Resultat, ob man einen Stuhl der fettfreien Vor- oder Nachperiode hinzugibt oder nicht.

4. Wagner von Jauregg: **Gutachten der Wiener medicinischen Fakultät.**

Alt-Weiberliebe, Sadismus, fraglicher Lustmord. (Zum Referat ungeeignet.)

Vermischtes.

Berlin. Dem Generalstabsarzt der Armee, Prof. Dr. Schjerning ist der Rang als Generalleutnant erteilt worden.

Berlin. Prof. Dr. Staehelin, Oberarzt der medicinischen Klinik in Göttingen, folgt zum 1. Oktober seinem Chef Prof. His in gleicher Eigenschaft an die I. medicinische Klinik der Charité.

Berlin. Das Bureau des Hygiene-Kongresses wird am 14. September in das Reichstagsgebäude verlegt. Die Zahl der Anmeldungen beläuft sich jetzt auf nahezu 3000, darunter nicht weniger als 200 offizielle Delegierte.

Berlin. Die Generalversammlung des Deutschen Vereins für Volkshygiene tagt Freitag den 20., Sonnabend den 21. und Sonntag den 22. September 1907 hierselbst, und zwar findet Freitag den 20. September nachmittags 5 Uhr Geschäftssitzung für die Mitgliederversammlung im Kaiserin Friedrich-Hause, Luisenplatz 2—4, statt. Sonnabend den 21. September, vormittags 11 Uhr ist die öffentliche Versammlung im Kaiserin Friedrich-Hause. 1. Begrüßungsreden. 2. „Kolonisation in der Heimat". Von Herrn Ober-Medicinalrat Professor Dr. Gruber-München. 3. „Die Hygiene und die Frauen". Von Frau Kommerzienrat H. Heyl-Berlin. 4. „Die erzieherischen Aufgaben auf dem Gebiete der sozialpolitischen Gesetzgebung". Von Herrn Geh. Med.-Rat Dr. Roth-Potsdam. 5. Besichtigung der Ausstellungen im Kaiserin Friedrich-Hause. Sonntag den 22. September: Besichtigung der Lungenheilstätte Belzig.

Halle a. S. Am 7. September feierte der berühmte Otiater Geh. Medicinalrat Dr. Schwartze seinen 70. Geburtstag.

Göttingen. Prof. Dr. Hirsch, Direktor der medicinischen Poliklinik zu Freiburg, ist als Ordinarius für innere Medicin und Direktor der medicinischen Klinik berufen.

Biarritz. Der IV. Kongreß für Klimatotherapie und Stadthygiene wird hierselbst vom 20. bis 25. April 1908 unter dem Präsidium des Professors Pitres (Doyen der Fakultät von Bordeaux) stattfinden. Die folgenden Fragen werden behandelt: 1. Heilungsanzeigen des Seeklimas bei Neurasthenie. Ref.: Professor Regis-Bordeaux. 2. Die kombinierte Wirkung des Seeklimas und der Natriumchlorürkur bei Drüsentuberkulose. Ref.: Dr. Richardière-Paris. 3. Die Seekur und die Natriumchlorürkur bei der Rhachitis. Ref.: Professor Denucé-Bordeaux. 4. Die Hygienestadtbureaus und die Gesundheitsregeln in den Klimastationen. Ref.: Dr. Mosny-Paris. 5. Klimatologie des Golfs von Gascognien. Ref.: Dr. Camino-Hendaye. Auskunft erteilt Dr. Gallard, Generalsekretär, in Biarritz.

Freiburg i. B. Es besteht der Plan, hier eine Denkmalbüste von Adolf Kußmaul zu errichten in Erinnerung an die im September 1867 auf der Naturforscherversammlung zu Frankfurt a. M. zuerst mitgeteilte Sondenbehandlung Magenkranker, sowie als Ausdruck des Dankes für die großen Verdienste, welche sich Kußmaul in den Jahren 1863 bis 1876 als Leiter der Freiburger Klinik um die Neugestaltung und den Ausbau des Krankenhauses erworben hat. Der Aufruf wird Ende Oktober erfolgen.

Bad Elster. Sanitätsrat Dr. med. Karl August Hermann Helmkampff ist zum Geheimen Sanitätsrat ernannt. — Die Teilnehmer der vom 15. bis 21. September in Dresden tagenden 79. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte sind von der Königl. Badedirektion für den 22. September zu einem Besuche Bad Elsters eingeladen worden.

Kopenhagen. Der Führer der diesjährigen ärztlichen Studienreise Prof. Glax und der Generalsekretär Dr. Oliven wurden vom König in Audienz empfangen.

Berlin. Bei Gelegenheit des XIV. Internationalen Hygienekongresses wird Professor George Meyer eine sozial-hygienische Sonderausstellung aus seinen Sammlungen im Kaiserin Friedrich-Hause veranstalten.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.



Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P. Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 7. Oktober 1907. **Nr. 40.**

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne vorherige Genehmigung nicht gestattet. — Nachdruck der Rundschau und der Mitteilungen ist nur mit Quellenangabe gestattet.

Originalien.

Aus der Klinik für Ohren-, Hals- und Nasen-Krankheiten der Kiewer Universität am Kiewer Militär-Hospital.

Abszesse des Gehirns infolge von Ohreneiterung.

Von Privatdozent **N. P. Trofimow,**
Vorstand der Klinik.

Im Mai 1905 habe ich in der Gesellschaft der Kiewer Aerzte einen Patienten demonstriert, der nach der Operation der Eröffnung eines Gehirnabszesses genesen war. Im Dezember ~~1906 habe ich~~ in der Physikalisch-Medicinischen Gesellschaft an der Kiewer Universität einen zweiten Patienten demonstriert, der durch dieselbe Operation geheilt wurde. In Anbetracht des außerordentlichen Interesses, welches derartige Fälle darbieten, und zwar erstens, weil sie überhaupt sehr selten sind, zweitens, weil die Diagnose der Gehirnabszesse sehr schwer, bisweilen überhaupt unmöglich ist, und schließlich drittens, weil die Technik der Operation selbst noch strittig erscheint, habe ich beschlossen, über zehn Fälle von Hirnabszeß zu berichten, welche ich ganz oder teilweise zu beobachten Gelegenheit hatte.

Trotzdem bereits zur Zeit des Hippokrates ein Zusammenhang zwischen Ohreneiterungen und Gehirnabszessen bemerkt worden war, wobei der aus dem Ohre fließende Eiter nach den Ansichten der damaligen Zeit als übler Stoff galt, der aus dem Gehirn abgeht, ist die Ausarbeitung der Lehre der Gehirnabszesse eine Errungenschaft der letzten zehn Jahre. Morgagni war der erste, der die Ansicht von der Möglichkeit eines Abganges von Eiter aus dem Gehirn durch das Ohr hat fallen lassen; auf eine wissenschaftliche Basis wurde die Frage der Gehirnabszesse von dem Engländer Hulke, dann von Bergmann, sowie von einer Reihe anderer mehr oder minder hervorragender Forscher gestellt. So ist in Frankreich eine erschöpfende Monographie unter dem Titel „Thérapeutique chirurgicale des maladies du crane" aus der Feder von Sebilleau im Jahre 1898 erschienen. In Rußland hat sich mit dieser Frage Prof. A. S. Tauber beschäftigt, und zwar in seinem „Lehrbuch der Chirurgie des Gehirns", welches im Jahre 1898 erschienen ist. Eine der vollständigsten Darstellungen von der Lehre der Gehirnabszesse ist die Monographie des Rostocker Prof. Koerner „Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter", welche im Jahre 1902 in dritter Auflage erschienen ist. In dieser Monographie ist fast die gesamte einschlägige Literatur gesammelt, und infolgedessen muß ich stets die Ansicht eines so autoritativen Forschers wie Koerner zitieren. Der Engländer Pitt hat auf 9000 Sektionen, die er in den Jahren 1869 bis 1888 im Guy-Krankenhause ausgeführt hatte, im ganzen 56 Hirnabszesse gefunden, wobei 18 die Folge eines überstandenen Ohrenleidens waren. Treitel fand in der Berliner Charité auf 6000 Sektionen 21 Hirnabszesse, von denen sieben otitischen Ursprungs waren, d. h. ein Drittel der Gesamtzahl der Hirnabszesse, welche auf dem Sektionstisch beobachtet wurden, waren durch Ohreneiterung bedingt. Die am Krankenbette gemachten klinischen Beobachtungen geben gleichfalls reichliches einschlägiges Material. So konnte Koerner in seiner Arbeit 268 Mitteilungen über Hirnabszesse sammeln, von denen 137 in Genesung übergegangen sind. In den Jahren 1903 und 1904 fand ich in der zugängigen Literatur die Beschreibung einiger weiterer Fälle, die in die Statistik von Koerner noch nicht aufgenommen sind. Diese Fälle mögen hier in aller Kürze zitiert sein.

1. Kuile. Abszeß in der linken Regio temporalis bei einem 15jährigen Mädchen. Die Patientin wurde auf Grund nicht vollständig bestimmter Indikation operiert. Nachträglich entwickelte sich Albuminurie. Mitgeteilt in der Gesellschaft der Niederländischen Aerzte zu Rotterdam. Erschienen in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde.

2. A. Knapp (New-York). Zeitschrift für Ohrenheilkunde, XLII. Abszeß des Kleinhirns (flocculus) mit Durchbruch in das 4. Ventrikelchen. Drei Operationen. Bei der ersten wurde ein Cholesteatom entfernt, bei der zweiten das Labyrinth bloßgelegt; nach der dritten Operation trat der Tod infolge von Entzündung der Hirnhäute ein. Verfasser hebt in seiner Mitteilung die besondere Wichtigkeit der Lumbalpunktion für die Diagnose hervor.

3. Fließ. Eingekapselter, linksseitiger Abszeß des Kleinhirns von der Größe einer großen Haselnuß. Zu Lebzeiten bestanden folgende Symptome: Kopfschmerzen, Erbrechen, Lähmung des linken Gesichtsnerven und Kontraktur des Nackens. Alle diese Symptome weisen auf Abszeß des Kleinhirns hin. Die Lumbal-Punktion blieb ohne Resultat. Der Patient starb während der Narkose. (Sitzung der Berliner Otologischen Gesellschaft vom 9. Dezember 1902.)

4. Heine. Abszeß in der Regio temporalis. Operiert in der Klinik des Prof. Lucae dreimal wegen Eiterretention. (Mitgeteilt auf dem Kongreß der Deutschen Ohrenärzte zu Wiesbaden im Jahre 1903.)

5. Blau (Görlitz). Abszeß in der Regio temporalis. Nach radikaler Trepanation entwickelten sich bei chronischem Eiterfluß aus dem Ohre Hirnerscheinungen. Durch Punktion der zuvor freigelegten harten Hirnhaut wurde Eiter gewonnen. Genesung.

6. Postumus Meyjes. Abszeß in der Regio temporalis bei einem 6jährigen Knaben. Eiterfluß aus dem Ohre seit $1\frac{1}{2}$ Jahren. Temperatur 36,0, Puls 55. Herabhängen der Wand des Ohrganges. Bei der Operation fand man einen perisinualen Abszeß und einen Fistelgang im tegmen tympani, aus dem Eiter in reichlicher Quantität floß. Genesung. (Mitgeteilt in der Jahresversammlung der Gesellschaft der Niederländischen Aerzte im Jahre 1902.)

7. Frey. Zwei Fälle. 1. Rechtsseitiger Abszeß in der Regio temporalis bei einem 25jährigen Manne, der an chro-

nischem Eiterfluß aus beiden Ohren und Cholesteatom gelitten hat. 2. 35jähriger Patient. Seit der Kindheit Eiterfluß aus dem rechten Ohre: radikale Trepanation nach Politzer. An demselben Tage Hirnerscheinungen. Die Punktion der Regio temporalis ergibt ein negatives Resultat. Nach Freilegung des Sinus und der hinteren Schädelgrube fand man Granulationen — und einen Abszeß in der rechten Hälfte des Kleinhirns von der Größe einer großen Haselnuß. Nach der Operation Glykosurie. Genesung. (Mitgeteilt in der Versammlung der Berliner Otologischen Gesellschaft vom 30. Juni 1902.)

8. A. Sikkel. Abszeß im Kleinhirn bei chronischem Eiterfluß (seit vier Jahren) bei einem 16jährigen Knaben. Bei der Operation wurde der Abszeß durch den Fistelgang eröffnet; Drainage. Tod am 12. Tage nach der Operation. (Mitgeteilt in der Gesellschaft der Niederländischen Aerzte.)

Im Jahre 1906 hat A. S. Zebrowski in den „Medicinischen Annalen des Ujasdow-Hospitals zu Warschau“ drei Fälle von Abszeß des Gehirns beschrieben. In zwei Fällen, in denen es sich um Abszesse in der linken Regio temporalis gehandelt hat, wurde am Gehirn operiert; der eine Patient starb, der andere genas. Im dritten Falle, in dem der Abszeß in der linken Regio frontalis lag, wurde die Operation nur am Warzenfortsatz ausgeführt. Der Patient starb.

Von den 268 von Koerner gesammelten Fällen gehören nur vier russischen Aerzten, und zwar Prof. A. A. Kadjan, Th. Th. Voß (Riga), Th. Th. Wulff, St. Petersburg 1897.

Indem ich zur ausführlicheren Schilderung des klinischen Bildes der Symptome, des Verlaufes und der Ausgänge der Hirnabszesse übergehe, muß ich vor allem bemerken, daß der Prozentsatz der Genesungen bei Abszessen, die in den großen, Hemisphären lagen, 50,5, bei Abszessen, die im Kleinhirn lagen 52,8 beträgt, d. h. mehr als die Hälfte der diagnostizierten und rechtzeitig operierten Hirnabszesse wird geheilt. Spontane Heilungen, wenn auch solche von Koerner erwähnt werden, sind selten, exklusiv, und es unterliegt keinem Zweifel, daß die operative Intervention bei Hirnabszessen eine große Errungenschaft der ärztlichen Kunst der letzten Zeit ist.

Hirnabszesse otitischen Ursprungs sind am häufigsten in der Regio temporalis lokalisiert, wo sie nach der Koernerschen Statistik zweimal so häufig vorkommen als im Kleinhirn. Bei Kindern werden vornehmlich Temporal-Abszesse beobachtet. Die zweite Stelle nehmen ihrer Frequenz nach die Kleinhirnabszesse ein, während in der Regio occipitalis und in anderen Abteilungen des Gehirns Abszesse sehr selten angetroffen werden. Gewöhnlich liegt der Abszeß in der Nähe des erkrankten Teiles des Warzenfortsatzes und zwar häufiger rechts als links. Die Eiterung, welche sich im Mittelohr entwickelt hat, geht auf die Zellen des Warzenfortsatzes über und kann die harte Hirnhaut erreichen und eine Erkrankung derselben herbeiführen. Von hier aus können die pyogenen Bakterien leicht in das Gehirn eindringen und hier die Bildung eines Abszesses hervorrufen. Somit erscheint es durchaus natürlich, daß die Hirnabszesse in der Nähe des erkrankten Knochens liegen. Bei der Trepanation des Warzenfortsatzes gelingt es nicht selten, einen Fistelgang zu entdecken, der in die Höhle des Hirnabszesses führt. Die entzündlich affizierte harte Hirnhaut ist fast stets mit der Oberfläche des Gehirns verlötet, und zwar an derjenigen Stelle, wo der Abszeß dem erkrankten Knochen am nächsten liegt. Die Hirnsubstanz, welche den Abszeß von der harten Hirnhaut trennt, zeigt durchweg nur kaum die Dicke von einigen Millimetern, während sie bisweilen vollständig fehlt. Koerner führt Zahlen an, welche die Häufigkeit der einzelnen Form der Hirnscheidewand, welche den Abszeß von der harten Hirnhaut trennt, charakterisieren: in 42% ist in der harten Hirnhaut eine Fistel vorhanden, in 15% ist der Abszeß vom Knochen nur durch die harte Hirnhaut getrennt und in 43% ist das Hirngewebe erhalten und nur in mehr oder minder bedeutendem Grade verändert.

Nach Mac-Ewen geht die Bildung des Hirnabszesses folgendermaßen vor sich: Der Eiter zerstört das tegmen tympani, und der Infektionsstoff dringt durch die harte Hirnhaut in eine der Hirnfurchen, wo er sich den Gefäßen der weichen Hirnhaut entlang ausbreitet. In der Tiefe des Sulcus bedingt derselbe die Bildung eines zirkumskripten Abszesses, wobei das benachbarte Bindegewebe natürlich in Mitleidenschaft gezogen wird. Es ist von Interesse, daß die statistische Zusammenstellung der in der Literatur vorhandenen Fälle auf die Seltenheit des gleichzeitigen Bestehens von Thrombophlebitis und Hirnabszeß hinweist, was augenscheinlich gegen die Bildung des letzteren durch Verschleppung von Partikelchen des Thrombus spricht.

Die Natur der Mikroorganismen, welche die Bildung von Abszessen im Gehirn bewirken, ist sehr wenig untersucht, und infolgedessen sage ich Herrn Dr. M. Moskalew, der sich der Mühe unterzogen hat, den von mir aus einem Hirnabszeß gewonnenen Eiter bakterioskopisch zu untersuchen, meinen ver-

Feuilleton.

Die Rindertuberkulose und der Talmud.

Haben die biblischen und die talmudischen Juden die Rindertuberkulose gekannt und bekämpft?

Von **P. Garnault.** (Revue scientifique, 1902, 3 bis 4.)

(Fortsetzung.)

In der uns ganz besonders beschäftigenden Frage handelt es sich vorzugsweise darum, zu wissen ob in praxi die in der Bibel oder dem Talmud enthaltenen Verordnungen, die anerkannten Kommentare von Gelehrten oder Rabbiner das Ziel hatten, die gläubigen Juden vor Ansteckung durch Rindertuberkulose zu bewahren, und ob in dem Falle, wo es wirklich versucht wurde, das Ziel hat erreicht werden können.

Obwohl die Ansteckung der Erwachsenen durch Fleisch und Milch trotz der gegenteiligen Versicherungen Kochs eine absolut sichere Tatsache ist, können wir bisher keine genaue Angabe machen hinsichtlich der Zahl derartiger Fälle bei Erwachsenen, wie sie alljährlich erfolgen. Nicht ebenso steht es bei Kindern. Sicher muß man mit 10:1000 jährlich die Opfer der Rindertuberkulose berechnen, welche durch milchtuberkulose Kühe angesteckt sind, welche fast unmittelbar zu Grunde gehen oder auch von einer der latenten Tuberkuloseformen befallen bleiben.

Die vollständigsten und sichersten Angaben kommen aus England und sind uns von einem sehr hervorragenden Hygieniker, Sir Richard Thome Thome*), geliefert. Er sagt uns, daß seit 45 Jahren die Sterblichkeit der Erwachsenen infolge von tuberkulösen Erkrankungen im allgemeinen eine Herabsetzung von 27,9 % erfahren hat, daß die Lungenphthise allein um 66 % sich vermindert hat, während dagegen die Sterblichkeit infolge von Tuberkulose bei Kindern im Laufe des ersten Lebensjahres um 21,7 % gestiegen ist. Sir Thome zögert nicht, diese ungeheure Sterblichkeit, und darin scheint er unbedingt recht zu haben, auf die Milch tuberkulöser Kühe zu beziehen, welche nach ihm (und ich habe guten Grund, diese Zahl als noch unter der Wirklichkeit zu betrachten) eine Zahl von 525000 auf 2000000 aufweisen.

Die Herabsetzung der Tuberkulose bei Erwachsenen in England beruht, abgesehen von der glücklichen, diesem Lande ganz besonders eigenen Einrichtung von Hospitälern für Tuberkulöse, auf der Erhöhung der Löhne, auf der Verbesserung der allgemeinen hygienischen Verhältnisse in den Proletarierfamilien. Alle diese Gründe haben günstig auf die Tuberkulose im Kindesalter rückwirken müssen; keinem darf für jene Erhöhung der Sterblichkeit die Schuld zugeschoben werden. Diese Sterblichkeit, abhängig von einer besonderen Ursache, welche nur die Rindertuberkulose darstellen kann in einem Lande, wo

*) Thome, Sir R. T., The Harben Lectures Tac administrative central of tuberculosis. (Abss. in.) Med. Press and Circular, 1899. N. S. LXVII, 121 und 287; J. State M. Lond. 1898, VI., 531; 1899, VII., 61.





onen.

bietet das Arhovin

e*) mehr als die Balsamica?

orruft, werden durch Arhovin gelindert. 2) Dadurch, dass es
gt es dazu bei, ein Uebergreifen des Prozesses auf die
Eine Reihe namhafter Autoren haben den Eindruck ge-
enkaffektionen und Endocarditiden erheblich seltener
Allgemeinbefinden der Patienten wird bei Arhovin-
durch die Arbeits- und Leistungsfähigkeit erhalten.
als Tripperkranken verrät) tritt bei Arhovin,
chem Magen gegeben werden, selbst dann,
nkt war.

Gonorrhoe des Mannes ist es eine
it 5 prozentigem Arhovinöl reichlich
utzen; er wünscht dieser Methode

über die bisherigen Methoden
Jrethritus anterior et posterior,
behandelt, ohne irgend eine
0,25 g Arhovin und täglich
n Schlage änderte sich das
Symptome bis zu einem
n Heilung erzielt. (Fall

ßner (D. Medizinische

ngs, die 5 schweren
ichteren mit Resten
exzessive, selbst
us. Die Miktion
rer schädigten.
schwand die
der voll-

Schwel-
wirkliche
lokal mit
eide und

Arhovin
ohl wie
lauernd

von
thral-
hüten.
ieben

bindlichsten Dank. Die Resultate dieser Untersuchung werden weiter noch mitgeteilt.

Strittig bleibt bis auf den heutigen Tag die Frage der Höhe der Frequenz der Bildung von Abszessen bei chronischem Eiterfluß aus dem Ohre einerseits, und bei akutem Eiterfluß andererseits. Während die ältere Statistik von Grunert die Frequenz der Abszesse bei chronischem Eiterfluß aus dem Ohre mit 91% angab, geben sie die späteren Arbeiten nur mit 75% an. Dieser Umstand ist für die Diagnose von Abszessen, namentlich bei Kindern, von großer Bedeutung, bei denen eine einfache eiterige Entzündung des Warzenfortsatzes das Bild von Hirnabszeß vortäuschen kann.

Der Inhalt der Hirnabszesse ist Eiter von verschiedener Konsistenz oder Jauche. In der Mehrzahl der Fälle ist der Abszeß von dem benachbarten Hirngewebe durch eine Kapsel von verschiedener Dicke getrennt. In einigen Fällen war die Kapsel so fest, daß man sie nur mit Mühe mit der Sonde zerreißen konnte.

Als Ausgang der Gehirnabszesse kann (wie bereits erwähnt) allerdings nur selten Usur der Schädelknochen und Durchbruch des Abszesses nach außen mit spontaner Heilung in Betracht kommen; der gewöhnliche Ausgang ist jedoch der Tod, wenn nicht, wie Bergmann sagt, das Messer des Chirurgen rechtzeitig eingreife.

Koerner unterscheidet im Verlaufe des Hirnabszesses vier Stadien, und zwar 1. das Initial-Stadium, welches sich nur durch unbestimmte Erscheinungen von Allgemein-Erkrankungen, wie Temperatursteigerung, Kopfschmerzen, bisweilen Erbrechen, d. h. durch Erscheinungen, welche auch nicht im geringsten charakteristisch sind, und welche auch bei einfacher eitriger Mittelohrentzündung beobachtet werden, dokumentiert. Dieses Stadium hält gewöhnlich nur einige Tage an; 2. das latente Stadium, welches auch nicht die geringste Veranlassung gibt, bei dem Patienten das Vorhandensein einer ernsten im Gehirn lokalisierten Erkrankung zu vermuten. Der Patient klagt über leichten Kopfschmerz, über Gefühl von Schwere im Kopfe, und über unbedeutende abendliche Temperatursteigerungen, was aber die Aufmerksamkeit des Patienten nicht besonders erregt, und auch vom Arzt nicht besonders beachtet wird; das 3. manifeste und 4. terminale Stadium verlaufen unter Erscheinungen von Leptomeningitis. Die für Hirnabszeß charakteristischen Symptome können mehr oder minder bedeutende Wahrscheinlichkeitsgrade erst im dritten, manifesten, Stadium erreichen. Die sich dabei entwickelnden Symptome teilt Koerner in folgende drei Gruppen ein:

1. Störungen des Allgemeinbefindens, wie Fieber, Appetitlosigkeit, erdfahle Gesichtsfarbe, fortschreitender Kräfteverfall, schwerer allgemeiner Habitus des Kranken. Man muß bemerken, daß bei Hirnabszessen statt einer Steigerung der Temperatur nicht selten subnormale Temperaturen beobachtet werden, was auch ich bei einem meiner operierten Patienten beobachten konnte. In solchem Falle weist die eintretende Temperatursteigerung auf eine beginnende Komplikation, beispielsweise auf Leptomeningitis hin.

2. Allgemeine Hirnerscheinungen und Erscheinungen von Hirndruck, die sich durch Kopfschmerzen, häufig unerträglichen Schmerz bei Beklopfung des Kopfes, dokumentieren; derartige, an einer bestimmten Stelle stets konzentrierte Schmerzen können bis zu einem gewissen Grade als Indikator für die Lokalisation des Abszesses im Gehirn dienen. Dann folgen: Uebelkeit und Erbrechen bei Fehlen von anderen Störungen von seiten des Magen-Darmtraktus, Kopfschwindel, Schlaffheit, Schläfrigkeit, Konvulsionen bei Kindern, Neuritiden der Gesichtsnerven und schließlich Verlangsamung des Pulses. Gewöhnlich sind bei weitem nicht alle von den soeben aufgezählten Symptomen vorhanden. Ein mehr oder minder großer Teil derselben kann überhaupt fehlen, während die übrigen, wie Kopfschmerzen, Erbrechen, sehr schwach ausgesprochen sein können.

3. Lokale Hirnerscheinungen in Form von sogenannten Herderscheinungen, zu denen Koerner rechnet: Taubheit auf dem gesunden Ohre (das akustische Zentrum für das entgegengesetzte Ohr liegt in der Regio temporalis), Sprachstörungen, und zwar Aphasien verschiedener Art, wie amnestische Aphasie, Wort-Taubheit, dann Ataxie und Schwindel bei Erkrankungen des Kleinhirns. Hierher gehören auch reflektorische Erscheinungen als Folge des Druckes des Abszesses auf die innere Kapsel in Form von Paresen der Extremitäten, Hemianästhesie, Hemiopie, Kontraktur des Nackens bei Erkrankungen des Kleinhirns. Von den Kopfnerven wird am häufigsten der N. okulomotorius in Mitleidenschaft gezogen, wobei sich Ptosis und Mydriasis entwickeln; selten wird der N. abducens und der N. facialis affiziert. Paralyse des N. facialis kann hervorgerufen werden 1. durch Druck der Knochenwandungen auf den Nerv selbst, 2. durch Druck des im Kleinhirn befindlichen Abszesses auf die Eintrittsstelle des Nerven in den sogenannten porus acusticus internus, 3. durch Druck des im Kleinhirn befindlichen

---

man häufig die Kinder zum Säufer erzieht und wo man ihnen gern rohe Milch reicht, ist dadurch in Wirklichkeit viel höher, als Thomes Schlüsse anzeigen Die Steigerung der Sterblichkeit des Kindesalters in England durch Tuberkulose ist eng verknüpft mit der parallelen Steigerung der Rindviehtuberkulose, für welche man verschiedene Ursachen kennt.

Man sieht nebenbei, wie furchtbar die Verantwortlichkeit derjenigen ist, welche wie Koch, entgegen aller wissenschaftlichen Wahrscheinlichkeit, uns sagen, daß keine Schutzmaßregeln gegen die tuberkulöse Milch zu ergreifen notwendig sind, und derjenigen, welche bei der Ueberwachung der öffentlichen Gesundheit überzeugt von dieser Gefahr, andauernd in vollständigster Untätigkeit bleiben. Hundert von tausend jährlich muß man in der zivilisierten Welt als Opfer des Kindesalters auf die tuberkulöse Milch rechnen. Dank der mehr und mehr verbreiteten Verwendung ausgewählter Rassen, und auch dank anderer Gründe, wächst die Rindertuberkulose unaufhörlich und kann in gewissen Gegenden 60 % erreichen.

Hinsichtlich der Frage der Ansteckung durch Milch, des Hauptinfektionsweges, findet man weder in der Bibel, noch im Talmud, ebenso wenig wie in den Werken der alten Medicin Aegyptens, Griechenlands und des Mittelalters auch nur ein Wort, welches uns zu glauben gestatten dürfte, weder daß man davon Kenntnis gehabt, noch daß eine Verordnung, auch in völlig unbewußter Form, Menschen oder Kinder davor hat behüten können. In diesem Punkte gibt es gar keinen Zweifel, man darf absolut sicher sein, ohne in eine Debatte eintreten zu brauchen.

Was die Milch betrifft, so läßt auch keine Stelle der Thorah oder Gesetzes, d. h. des Mosaischen, sei es nun im Deuteronomium oder im Priesterkodex, eine Besprechung der Frage zu. Ich würde ohne langen Aufenthalt darüber hinweggehen, wenn ich mich hier nicht gegenüber gewissen Autoren befände, welche, obwohl sie in keiner Hinsicht die Ehre einer wissenschaftlichen Kritik verdienen, doch bekämpft werden müssen. So plump oder naiv ihre Irrtümer sind, sie bleiben in der Oeffentlichkeit, welche nicht das für ihre Beurteilung nach dem wahren Wert ausreichende Belehrungsmaterial besitzt. Da sagt Moreau*): „Die Phthise des Rindviehes scheint im ganzen Altertum bekannt gewesen zu sein und die ersten Gesetzgeber haben das Fleisch dieser Tiere verboten; das mosaische Gesetz erklärt dieses Fleisch für unrein (Leviticum, Buch III, Kap. 22)". Die Art, wie dieser Autor die Bibel zitiert, beweist allein schon, daß er sie niemals in Händen gehabt hat. Aber das beweist auch, daß er diese Behauptung, von welcher jedes Wort einen groben Irrtum enthält, einfach einer Quelle entlehnt hat, welche Moreau vorzieht, nicht anzuführen, um sich ohne Zweifel das Verdienst der Entdeckung zu wahren. Wenn wir Kap. 22 Vers 22 des Leviticum prüfen, um welchen es sich offenbar handelt, so sehen wir, daß von den hebräischen Ausdrücken, welche dort zur Bezeichnung der die Opfer unwürdig zum Gottesdienst machenden Krankheiten gebraucht, und gewöhnlich übersetzt werden mit: Warze, Räude oder Krätze, also ersichtlich äußere Krankheiten bezeichnen, in keinem Falle irgend einer, direkt oder indirekt

*) Moreau, Prophylaxie de la tuberculose d'origine alimentaire, Thèse de Paris, 1894, p. 76.

Abszesses auf den Pons Varolii, 4. bei Abszeß des Lobus frontalis kann durch Druck auf die Capsula interna Paralyse des N. facialis hervorgerufen werden, und schließlich kann ein im Pons Varolii lokalisierter Abszeß, der bis jetzt allerdings sehr selten beobachtet wurde, gleichfalls Paralyse des N. facialis zur Folge haben. Paralyse des N. trochlearis ist bis jetzt überhaupt nicht beobachtet worden.

(Fortsetzung folgt.)

Vom XIV. internationalen Kongress für Hygiene und Demographie.

Vom 22. bis 29. September tagte in Berlin der XIV. internationale Kongreß für Hygiene und Demographie. Dieser Kongreß gestaltete sich zu einem der imposantesten Ereignisse auf dem Gebiete der wissenschaftlichen Versammlungen überhaupt. Etwa 4000 Vertreter der Wissenschaft und Technik waren aus aller Herren Länder zusammengeeilt, um in nutz- und fruchtbringendem Meinungsaustausch die sozial so ungemein wichtige Frage der Hygiene und Demographie einer weiteren Klärung entgegenzuführen. Es würde natürlich bei dem beschränkten Raum nicht möglich sein, auch nur annähernd eine Uebersicht über die geleistete Arbeit zu geben, wir begnügen uns daher damit, in ganz zwangloser Folge einige für die Praktiker wichtige Vorträge in konzisen Referaten wiederzugeben. Dieses ist uns um so eher möglich, als, dank der vortrefflichen Kongreßleitung, jeder Referent der auf das Programm des Kongresses gesetzten Vorträge gehalten war, seine Ausführungen in kurz gefaßten Schlußsätzen gedruckt den Teilnehmern zur Verfügung zu stellen.

Wir beginnen die Reihe der Mitteilungen mit dem wichtigen Thema:

Das Fürsorgewesen für Säuglinge.

Der erste Referent, Geh. Ober-Med.-Rat Dr. Dietrich-Berlin, gelangte bei seinem Referat zu folgenden Schlußsätzen.

1. Die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre (Säuglinge) macht einen wesentlichen Teil der Gesamtsterblichkeit aus, so daß ihre Schwankungen auch die Höhe der Gesamtsterblichkeit beeinflussen. In Deutschland umfaßt die Säuglingssterblichkeit ein Drittel aller Gestorbenen. Die hohe Kindersterblichkeit ist ein wirtschaftliches und nationales Unglück, weil zahlreiche volkswirtschaftliche Werte alljährlich unter erheblicher Belastung der Betroffenen zwecklos geschaffen und vorzeitig wieder vernichtet werden und weil die Ursachen der hohen Kindersterblichkeit zugleich die Widerstandsfähigkeit der überlebenden Säuglinge herabsetzen und die Kraft der Nation in ihrem Nachwuchs schwächen. Diese nationale Gefahr gewinnt noch dadurch an Bedeutung, daß die Zahl der Geburten von Jahr zu Jahr abnimmt; sie legt den öffentlichen Faktoren im Staate die Pflicht auf, geeignete Fürsorgemaßnahmen zum Schutze der Säuglinge zu treffen.
2. Eine unerläßliche Voraussetzung der Säuglingsfürsorge ist die sorgfältige Ermittlung aller tatsächlichen Verhältnisse, besonders der Daseinsbedingungen und der Sterblichkeit der Kinder. Die Beziehungen der Kindersterblichkeit zur Jahreszeit, zur Ernährung, Pflege, ärztlichen Versorgung, zum Klima, zu Stadt und Land, zur Ehelichkeit und Unehelichkeit, allgemeinen Lebensführung, Beschäftigungsweise der Eltern, der Einfluß der Wohnungen und sonstiger für die Hygiene wichtigen Verhältnisse, die Bevölkerungsdichtigkeit und die Geburtenhäufigkeit müssen für den Staat, einen Bezirk oder eine Gemeinde klargestellt sein. Nur so wird es möglich sein, die Ursachen für das mangelhafte Gedeihen der Kinder und mit ihnen zugleich die richtigen Maßnahmen zur Abhilfe zu finden.
3. Je nach dem Umfang und der Eigenart der Maßnahmen, welche erforderlich werden, ist die öffentliche Fürsorge für die Säuglinge eine allgemeine oder eine besondere. Jene will die Gesamtheit der Kinder schützen und allen Bevölkerungsklassen, die von ihr Gebrauch machen wollen, zu gute kommen, diese richtet ihre Tätigkeit auf diejenigen Säuglinge, welche obdachlos, elternlos oder sonst unmittelbar fürsorgebedürftig sind.
4. Die allgemeine Fürsorge wirkt durch Belehrung und durch praktische Maßnahmen.

   Da der Mangel an ausreichenden Kenntnissen über eine zweckmäßige Ernährung und Behandlung der Säuglinge die Hauptursache für die großen Schädigungen der Kinderwelt ist, hat sich die Belehrung der Bevölkerung im wesentlichen hierauf zu richten. Sie erfolgt
   a) durch Merkblätter, Broschüren und sonstige Drucksachen aufklärenden Inhaltes, welche durch die Standesbeamten, Hebammen, Aerzte und andere beteiligte Personen verbreitet werden;
   b) durch mündliche Belehrung seitens der Kreisärzte, Aerzte, besonders auch der Impfärzte gelegentlich des Impfgeschäftes, der Hebammen, Wochenpflegerinnen, Gemeindepflegerinnen,

---

auf Perlsucht oder Lungenschwindsucht der Rinder bezogen werden kann*).

Im Talmud sagt uns der Mischna ohne weitere Erklärung im Buch Chulin, gegen Ende des II. Jahrhunderts der gewöhnlichen Zeitrechnung verfaßt: Wenn ein Organ, Lunge, Luftröhre, Magen, Herz, perforiert ist, oder Mißbildungen aufweist, so ist das Fleisch der Tiere nicht erlaubt, es ist terepha**). Man findet in der Gemara (5. Jahrhundert der Zeitrechnung) Seite 47 und 48 einen Kommentar dieser Stelle. In diesem Kommentar sind genannt Anschoppung (atoum), Tumoren (Asemaline) der Lungen und Verwachsungen der Lungen mit der Brustwand. Trotzdem die Anschoppung Eiter (mongla) enthält, wird das Fleisch nicht terepha oder ungeeignet zur Nahrung erklärt, wenn keine Perforation vorliegt. Die Tumoren sind offenbar cystische Gebilde, namentlich Echinokokken, welche bis in die letzten Jahre von den Tierärzten selbst mit tuberkulösen Tumoren verwechselt wurden.

Unter den Tumoren, deren Vorhandensein nicht das Verbot des Fleisches nach sicht zieht, werden zwei Arten unterschieden: Randi und tinari; doch finden wir im Talmud keinen Kommentar für diese beiden Ausdrücke. Tinari scheint sich zu beziehen auf das hebräische Tour, Stein und wird Tumoren hart wie Stein bezeichnen; Randi könnte sich beziehen auf das griechische χόνδυ (Schnitt), woher χονδύλη tumor kommt, oder auf das hebräisch Rad, Krug und dem gleichlautenden chaldäischen Wert***).

Dieser Meinung ist Haï Gaon aus Bagdad, gestorben 1038. Raschi (gestorben 1105) gibt folgenden Kommentar. Die Randi sind große, weiche Tumoren; die Tinari sind auch große Tumoren, aber hart wie Stein. Man findet sie häufig in den Lungen unserer Tiere; ihre Färbung gleicht nicht der der Lungen, sondern der des Eiters.

Maïmonides sagt: Wenn in der Lunge Taschen oder Blasen mit Luft, reinem Wasser oder einer wie Honig zähen Flüssigkeit gefüllt oder gar aus einer trockenen oder selbst wie Stein harten Masse sich finden, so ist der Gebrauch des Tieres erlaubt, das Fleisch ist koscher; findet man aber eine stinkende Masse, ist die Verwendung des Fleisches verboten. Defekte und Durchbohrungen ziehen allemal dies Verbot nach sich†).

*) Der Ausdruck „Perlsucht“, Perlkrankheit ist der deutsche, heute am häufigsten zur Bezeichnung der Rindviehtuberkulose angewandte Ausdruck. Die pathologisch-anatomischen, diese Krankheit charakterisierenden Bildungen werden mit Perlen verglichen, deren Aussehen sie in der Tat haben. Der französische Ausdruck zeigt, daß man bei uns sie am liebsten mit Aepfel vergleicht.

**) Wir kennen völlig die Unterscheidungen zwischen koscher, erlaubt und terepha und rebela, als Nuancen des Verbotes; um die Angelegenheit nicht zu komplizieren, wenden wir nur den ersteren der beiden letzten Ausdrücke an.

***) Steinschneider, Schlachtregeln in arabischer Sprache. Geigers jüdische Zeitschrift II., 1866, Nr. 310. Diese Ausdrücke sind nicht genannt im „Griechische und Lateinische Lehnwörter im Talmud“. Midrach und Targum von Sam. Kraus, 2. Th. Berlin, 1899.

†) Maïmonides, Regulae mactaterius, cap. 7, in Manuferte ou Yadha-Hazaka.

(Fortsetzung folgt.)



Aufsichtsdamen der Haltekinder usw. gelegentlich der Ausübung ihrer Berufstätigkeit.

Hierzu ist erforderlich, daß der Unterricht in der Kinderheilkunde auf den Universitäten in entsprechender Weise ausgestaltet wird, daß die Hebammen und das Pflegepersonal ausreichend unterrichtet werden, und daß die Presse andauernd mit geeigneten Informationen versehen wird;

c) in öffentlichen Vorträgen mit Hilfe von geeigneten Sachverständigen und, soweit es angeht, mit Hilfe von Wohlfahrtsvereinen;

d) in öffentlichen Darstellungen in der Form von wandernden oder dauernden Museen für Säuglingspflege;

e) in besonderen Kursen für junge Mädchen und Frauen, in den oberen Klassen der Mädchenschulen, beim Unterricht in der Hauswirtschaft, beim Kochunterricht, in Jungfrauen- oder Arbeiterinnenvereinen, Volksküchen, Fabrikheimen, Fabrikkrippen usw.

5. Die praktischen Maßnahmen der allgemeinen öffentlichen Fürsorge haben davon auszugehen, daß die Sterblichkeit der Kinder in den ersten Wochen des Lebens und hier wieder bei den künstlich ernährten Kindern am größten sei; sie haben sich daher

a) auf die Förderung der Geburts- und Wochenbettshygiene und auf die allgemeine Wiedereinführung des Stillgeschäfts zu erstrecken. Das gute Befinden der Mutter ist ein wichtiger Faktor in dem Leben des Säuglings, mit der Mutter wird die beste Pflegerin und zugleich die Nahrungsspenderin des Kindes geschützt.

Hier kommt in erster Linie die Verbesserung der Ausbildung und der materiellen Lage der Hebammen in Betracht, deren Bedeutung für die Geburtshygiene allgemein feststeht. Für das Wochenbett müssen besondere Pflegerinnen ausgebildet und, wenn erforderlich, ebenso wie die Bezirkshebammen als Bezirkswochenpflegerinnen angestellt werden. Für die weniger bemittelte Bevölkerung sind Gemeindewochenpflegestationen einzurichten, in denen Wochenpflegekörbe mit den nötigsten Gebrauchsgegenständen für das Wochenbett, erforderlichenfalls auch mit Wäsche und Kleidungsstücken zum Ausleihen an bedürftige Wöchnerinnen bereitgehalten werden. Eine wirksame Hilfe sind ferner die Hauspflegerinnen, die den Wöchnerinnen während des Wochenbettes die Hausarbeit abnehmen und zweckmäßig von den Gemeinden oder Gemeindeverbänden ausgebildet, angestellt und fortdauernd überwacht werden;

b) für das Werden und Gedeihen des Kindes ist die Fürsorge für die Mutter eine ausreichend lange Zeit vor und nach der Geburt von der größten Bedeutung, besonders da, wo die häuslichen Verhältnisse die Durchführung der Geburts- und Wochenbetthygiene erschweren oder unmöglich machen. In Frankreich ist man daran gewöhnt, die Frauen der weniger bemittelten Bevölkerungsklassen in Gebäranstalten zu entbinden. Die Begründung von Gemeindeentbindungsanstalten und Wöchnerinnenheimen ist ein wesentlicher Faktor in der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit;

c) aus denselben Gründen ist der gesetzliche Schutz der schwangeren Frau und der Wöchnerin in Beziehung auf ihre Erwerbstätigkeit mehr als bisher auszugestalten;

d) würden die Kinder nach der Entlassung der Mutter aus den Entbindungsanstalten oder aus der Wöchnerinnenpflege in den ersten Monaten ihres Lebens ohne ärztliche oder sachverständige Beratung gelassen, so würde damit ihr Gedeihen in den meisten Fällen in Frage gestellt; deshalb sind Einrichtungen zu treffen, in denen die Mütter oder Angehörigen der Kinder über alle Fragen der Ernährung und Pflege der Säuglinge Rat erhalten und die Kinder von Zeit zu Zeit dem Arzte vorstellen können. Solche Einrichtungen („Fürsorgestellen“) sind nach Art der französischen „consultations de nourissons“ bereits in zahlreichen deutschen Städten von den Gemeinden getroffen worden. Sie sind ein sehr wichtiges Mittel zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, da sie im hohen Maße der Belehrung dienen nicht nur für die Mütter, sondern auch für schwangere Frauen, welche sich über ihre Vorbereitung zur Geburt, zum Wochenbett und zum Stillgeschäft ärztlichen Rat erholen können, und da es durch sie möglich ist, die natürliche Ernährung zu erhalten und zu fördern.

6. Bei aller Fürsorge für die natürliche Ernährung darf nicht übersehen werden, daß zur Zeit, besonders in den Großstädten, ein großer Teil der Säuglinge künstlich ernährt wird. Die allgemeine öffentliche Fürsorge muß daher darauf gerichtet sein, die Schädigungen, welche die künstliche Ernährung mit sich bringt, so viel wie möglich zu beseitigen und eine gute Kindermilch zu beschaffen. Hierzu ist die Verschärfung der Beaufsichtigung des Milchverkehrs seitens der zuständigen Behörden, eine sorgfältige Kontrolle der städtischen Viehhaltungen und des Marktmilchverkehrs durch Tierärzte und hygienisch vorgebildete Beamte unerläßlich. Auch ist die Uebernahme der Milchproduktion seitens der Gemeinden ins Auge zu fassen, um eine hygienisch einwandfreie Milch in den Verkehr bringen zu können. Ferner ist für die richtige Behandlung der Milch, insbesondere für die Abtötung der pathogenen Keime in städtischen Milchküchen Sorge zu tragen. Die Milch ist hier in mehreren Mischungen, gegen angemessene Bezahlung, an Minderbemittelte zu einem ermäßigten Preise und an Arme unentgeltlich abzugeben.

Die Milchabgabestellen sind am besten mit den Fürsorgestellen zu verbinden. Der richtige Gebrauch der Milch ist zu kontrollieren.

7. Da es in zahlreichen Familien unmöglich ist, den erkrankten Säuglingen die erforderliche Pflege und Behandlung zu teil werden zu lassen, so müssen namentlich in den großen Stadtgemeinden besondere Säuglingskrankenanstalten oder Säuglingsabteilungen in den allgemeinen Krankenanstalten begründet werden, in denen auch für die Darreichung von Muttermilch Sorge zu tragen ist. Wo die Oertlichkeit es gestattet, sind nach dem Vorschlag Schloßmanns für die warmen Sommermonate Säuglingsanstalten auf dem Wasser (Fluß-, Seeanstalten) einzurichten.

8. Die besondere Fürsorge für die obdachlosen, elternlosen und sonst fürsorgebedürftigen Säuglinge beginnt mit dem Eintritt der Fürsorgebedürftigkeit, meist mit der Entlassung der Mutter aus der Entbindungsanstalt. Die Kinder sind in geeigneten Anstalten, Kinderasylen, unterzubringen, ohne daß die Aufnahme von einer Legitimation abhängig gemacht wird, damit die Zeit der Obdachlosigkeit und die dadurch bedingten gesundheitlichen Schädigungen vermieden werden. Das germanische System ist deshalb in dieser Richtung hin im Sinne des romanischen zu verbessern. Die Feststellung der Zahlungspflichtigen sowie der sonstigen Verhältnisse der Aufgenommenen erfolgt erst nach der Aufnahme, der Zusammenhang mit den Angehörigen ist zu erhalten. Das ungarische System des Schutzes der verlassenen Kinder, d. h. der Aufbau der gesamten öffentlichen Säuglings- und Kinderfürsorge auf dem Kinderasylprinzip ist anzustreben.

9. Die Fürsorge für die elternlosen und unehelichen Kinder ist durch die Einrichtung der Generalvormundschaft wirksamer zu gestalten. Der Verheimlichung und Verschleppung von lästigen Säuglingen ist seitens der zuständigen Behörden mit der größten Strenge entgegenzutreten. Die Beaufsichtigung der aus dem Kinderasyl entweder zu ihren Müttern oder zu Pflegemüttern entlassenen Kinder hat durch eine besondere Behörde einheitlich zu erfolgen.

10. Alle Maßnahmen der allgemeinen und besonderen Säuglingsfürsorge sind seitens der Gemeindebehörde oder seitens eines Gemeindeverbandes einer Zentralstelle für Säuglingsfürsorge zu übertragen. Diese leitet die Belehrung über die Notwendigkeit der natürlichen Ernährung, über die Gewinnung, Verarbeitung und Aufbewahrung einer guten Kindermilch und über alles sonst für Mutter und Angehörige Wissenswerte. Ihr liegt auch die Aufsicht über die Fürsorge- und Milchabgabestellen, über die Säuglingsanstalten und über die öffentlichen sowie über die privaten Milchproduktionsstellen ob, sie hat entweder unmittelbar oder durch Unterorganisationen,

welche an die Säuglingsfürsorgestellen angeschlossen werden können, die gesamte Milchversorgung, die Unterbringung obdachloser Wöchnerinnen und Kinder, endlich auch die Kontrolle der Ziehkinder auszurichten und zu überwachen.

Sitzungsberichte.

K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 21. Juni 1907.

Eigener Bericht.

v. Eiselsberg demonstrierte einen Fall von Cardiospasmus, der durch lange Zeit einen Oesophagusdivertikel vorgetäuscht hatte und schließlich durch operative Behandlung (retrograde Sondierung) geheilt wurde.

Tandler erörterte im Anschluß an den von Erben gezeigten Fall von simulierter Paraplegie der unteren Extremitäten den Mechanismus der Kniegelenkfunktion bei forzierter Beugung. Tandler wies nach, daß eine Streckung des Knies auch ohne aktive Muskelwirkung erfolgen kann.

Algyogy zeigte einen 40jährigen Mann mit rechtsseitiger Parese des Mundfazialis, Abduzens und Schlucklähmung, sowie linksseitiger Extremitätenparese; er nimmt als Ursache eine rechtsseitige Herderkrankung infolge Thrombose der Vertebralarterien an.

Kaufmann sprach über Kontraktionsphänomene am Magen auf Grund experimenteller und anatomischer Untersuchungen. Dieselben ergaben, daß der Fundusanteil des Magens von dem gegen den Pylorus gelegenen Antrumanteil verschieden ist und von letzterem durch Muskelkontraktion wasserdicht abgeschlossen werden kann.

Stöck zeigt Präparate, aus denen hervorgeht, daß Lebercirrhose auf tuberkulöser Basis entstehen kann.

Sitzung vom 28. Juni 1907.

Eigener Bericht.

Haberer stellt eine Frau vor, bei welcher er einen narbigen Verschluß der D. choledochus nach Cholelithiasis operativ beseitigt hat.

Bondi demonstrierte Gefrierschnitte, welche die Verfettung der Magen- und Darmschleimhaut bei Phloridzindiabetes zeigen. Bisher war nur die Verfettung von Leber, Milz und Niere bei Phloridzindiabetes bekannt.

H. Schur und Wiesel berichten über den chemischen Nachweis von Adrenalin im Blutserum von Nephritikern. Bisher war nur die Tatsache bekannt, daß das Serum Nierenkranker mydrialisch wirke. Solches Serum wurde mit Essigsäure angesäuert und mit Alkohol gefällt, das eingeengte Filtrat ergab dann mit Eisenchlorid die charakteristische Adrenalinreaktion.

Goldreich bespricht den Sektionsbefund eines Falles von Streptokokkeninfektion im Anschluß an Angina.

Stöck demonstriert ein anatomisches Präparat, welches die Zerstörung des Hisschen Bundes im Herzen durch ein Gumma zeigt.

Preleitner erstattet einen Bericht über die Frequenz der Lungenverätzungen und einen Vorschlag zu deren Verhütung. Er beantragt ein gesetzliches Verbot des Kleinverschleißes der Lauge.

L. Stern hält einen Vortrag über das Wesen der Erinnerungsbilder.

Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkunde in Wien.

Sitzung vom 13. Juni 1907, letzte Sitzung vor den Ferien.

Eigener Bericht.

Porges demonstriert eine neue Methode zur Bestimmung des Pulsdruckes.

Infeld zeigt Präparate zweier Fälle von Herderkrankung der Vierhügelgegend. In beiden Fällen handelte es sich um Tuberkel in der Vierhügelgegend, welche Diagnose schon bei Lebzeiten gestellt worden war.

Schlesinger demonstriert Präparate von Abdominaltyphus mit schweren letalen Magenblutungen

Horner zeigt Präparate eines in den linken Bronchus durchgebrochenen Oesophaguskarzinoms.

Schrötter und Weinberger demonstrieren anatomische Präparate eines Falles von Bronchostenose einfacher Schrumpfung von Lymphdrüsen.

H. v. Schrötter stellt einen Mann vor mit einem Fleckenepithelkarzinom des rechten Bronchus.

Decastello und Kienböch sprechen über die Radiotherapie der Leukämie. Bei der myeloiden Form wird bedeutende Besserung erzielt. Bei der lymphatischen Leukämie sind die Besserungen nicht so in die Augen fallend, die Wirkung der Radiotherapie beruht in erster Linie auf direkter Zerstörung der Parenchymzellen in den bestrahlten hyperplasierten leukozytenbildenden Apparaten mit davon abhängiger Verminderung der Leukozytenbildung und Toxinproduktion. Daneben ist auch noch eine Erweichung auf nicht direkt bestrahlte Herde zu bemerken. Eine nierenreizende Nebenwirkung der Röntgentherapie wurde niemals beobachtet.

L. Freund bestätigt diese Erfahrungen und hält eine Kombination von Röntgenbehandlung mit der Arsenbehandlung für besonders wirksam. W. H.

Periodische Literatur.

Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 27. 1907.

1. Aufrecht, Magdeburg: **Der gegenwärtige Stand der Lungenschwindsuchtsfrage.**

Verf. gibt eine eingehende Uebersicht über die jüngeren Untersuchungsergebnisse bezüglich des Weges, den die Tuberkelbazillen von der Außenwelt bis zu den Lungen einschlagen. Daraus erhellt, daß der einzig gesicherte Weg von den Halsorganen, insbesondere den Tonsillen bezw. von Hautverletzungen über die Drüsen hinweg zu den Lungen führt. Von den Drüsen aus kann der Tuberkelbazillus nur in die Lungengefäße gelangen und an ihrer Endausbreitung sein deletäres Werk vollbringen. Der Weg führt also zu den Stellen, von denen nach den anatomischen Untersuchungen des Verf.s der käsige Lungentuberkel ausgeht. Die Inhalationstheorie der Lungentuberkulose bezw. Lungenphthise hält Verf. danach nicht mehr für haltbar.

2. Rothschild, Soden: **Die mechanische Disposition der Lungenspitzen zur tuberkulösen Phthise.**

Verf. verteidigt die von ihm vertretenen Anschauungen über die mechanische Disposition der Lungenspitzen zur Phthise besonders gegenüber Hart. Das hervorstechendste Merkmal des Thorax paralyticus ist die Flachbrüstigkeit; die normale Wölbung der Brust fehlt; als Ursache dieser Difformität ist die Exspirationsstellung des Thorax anzusehen; diese wiederum wird bedingt durch eine Abflachung des Sternalwinkels, des von den Vorderflächen des Corpus und Manubrium sterni gebildeten Winkels. Dieser, unter normalen Verhältnissen ungefähr 16° betragend, wird durch den Bewegungsmechanismus der ersten Rippe, die ihre Drehbewegung auf das Manubrium überträgt, bei der Inspiration verstärkt, bei der Exspiration abgeflacht. Durch den in seiner Größe variablen Sternalwinkel erfährt der anterio-posteriore Durchmesser bei der Inspiration eine wesentliche Verlängerung, wodurch den unmittelbar unter der oberen Brustapertur gelegenen Lungenteilen eine freiere Ventilation gesichert ist; von einer ausgiebigeren Lüftung dieser Lungenteile aber haben die unmittelbar sich anschließenden Lungenspitzen den größten Vorteil. Der Sternalwinkel der Phthisiker kann nun in dreierlei Form pathologisch verändert sein: 1. Bei der großen Mehrzahl der Schwindsüchtigen findet sich derselbe erheblich abgeflacht, häufig ganz aufgehoben, als sicheres Zeichen des bei dieser Krankheit in einem pathologischen Exspirationszustande sich befindlichen Brustkorbes. 2. Ist es zur Verknöcherung der Manubriumkorpusverbindung und damit zur äußersten Beeinträchtigung der Erweiterungsfähigkeit des Thorax gekommen, so bildet sich gewöhnlich an Stelle des normalen Zwischenknorpels eine pyramidenförmige Exostose, die, von der



Brusthaut überzogen, den Eindruck eines an dieser Stelle vorspringenden Winkels macht, die aber mit der eigentlichen Sternalwinkelneigung absolut nichts zu tun hat. Verf. nennt diese für die Phthise pathognomische Knochenwucherung „Angulus Ludovici". 3. In seltenen Fällen kommt es mit der Entwicklung eines vikariierenden Emphysems der unter dem Sternum gelegenen Lungenteile, insbesondere des Lungenrandes zur tatsächlichen, der Inspirationsstellung entsprechenden Drehung des Handgriffes nach hinten. Der hierdurch entstehende verstärkte Sternalwinkel hat jedoch nicht in der Schrumpfung der Lungenspitzen, sondern in der emphysematösen Auftreibung der noch lufthaltigen Teile derselben seine vollständige und einzige Erklärung.

3. Hart, Berlin: **Die Manubriumkorpusverbindung des Sternum und die Genese der primären tuberkulösen Phthise der Lungenspitzen.**

H. führt aus, daß die Lehre Rothschilds jeder positiven anatomisch-physiologischen und vor allem pathologischen Grundlage entbehrt. Er hebt besonders hervor: 1. Eine ausgiebigere Bewegung des Manubrium gegen das Corpus sterni, besonders auch eine winklige Beugung besteht nicht; entgegen der Behauptung Rothschilds ist die Bildung eines echten Gelenks selten und findet sich gewöhnlich nur im höheren Alter als wahre Alterserscheinung. 2. Eine Verknöcherung der Verbindung zwischen Manubrium und Corpus sterni bei jugendlichen Phthisikern, besonders auch eine solche in Form von pyramidenförmigen, eine Winkelstellung der Knochen vortäuschenden Exostosen läßt sich nicht nachweisen. Die Verknöcherung ist, abgesehen von seltenen Fällen einer falschen embryonalen Sternalanlage, ausschließlich eine Alterserscheinung, deren Parallelgehen mit andern derartigen Erscheinungen oft zu beobachten ist. 3. Es läßt sich nachweisen, daß bei tuberkulöser Lungenphthise in vielen Fällen eine auffallende Lockerung der Manubriumkorpusverbindung besteht.

Die Untersuchungen H.s, die eine Bestätigung der von Freund vertretenen Anschauungen gebracht haben, gipfeln dahin, daß eine erblich übertragbare, infantilistische Entwicklungshemmung der ersten Rippe oder ihrer Knorpel eine Formveränderung und Stenose der oberen Thoraxapertur herbeiführt, die zur Entstehung einer tuberkulösen Spitzenphthise bei jugendlichen Individuen disponiert. Sie ermöglicht und begünstigt nicht nur die Ansiedlung der Tuberkelbazillen, sondern schädigt auch das Gewebe in seiner Widerstandsfähigkeit. Bei älteren Individuen scheinen Verknöcherungsprozesse des ersten Rippenknorpels eine wichtige Rolle zu spielen. Die Disposition ist nicht nur eine mechanische, sondern auch eine funktionelle.

4. Hansemann: **Einige Bemerkungen über die Stenose der oberen Brustapertur und ihre Beziehung zur Lungenphthise.**

H. übt vom anatomischen Standpunkt Kritik an einigen Punkten der Rothschildschen Ausführungen und bemängelt besonders die Exostosen, die sich bei der Verknöcherung des Manubrium und Corpus sterni entwickeln sollen, weiter deren Bezeichnung als Angulus Ludovici und schließlich das kollaterale Emphysem des oberen Lappens.

5. Lissauer, Berlin: **Die Manubriumkorpusverbindung des Sternums und ihre Beziehungen zur Genese der tuberkulösen Lungenphthise.**

Verf. hat die Hartschen Untersuchungen nachgeprüft und bestätigt gefunden; er kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Das Manubrium ist mit dem Corpus sterni durch Synchondrose verbunden und nicht imstande, größere winklige Bewegungen auszuführen. 2. Es gibt keine Verknöcherung der Manubriumkorpusverbindung als ätiologischen Faktor der tuberkulösen Lungenphthise. Es gibt bei der Phthise keinen stärker ausgeprägten Angulus Ludovici durch vikariierendes Emphysem der unter dem Sternum gelegenen Lungenabschnitte.

6. Bence, Budapest: **Experimentelle Beiträge zur Frage der Nierenwassersucht.**

Die Ergebnisse werden folgendermaßen zusammengefaßt:

1. Beim Kaninchen genügt zur Erzeugung von hochgradigem Höhlenhydrops die Exstirpation beider Nieren, wenn das Tier nach dem Eingriff eine gewisse Zeit weiterlebt, und wenn sein Wasserverlust durch eine entsprechende Wasserzufuhr auf natürlichem Wege annähernd ersetzt wird.

2. Der Uranvergiftung kommt keine derartig extrarenale Wirkung zu, welche das Ergebnis dieses Versuches merklich beeinflussen würde.

3. Da der Höhlenhydrops auch ohne Gewichtszunahme, sogar bei beträchtlichem Gewichtsverlust bei beschränkter Wasserzufuhr, ja auch bei einer vollkommenen Wasserentziehung zur Entwicklung gelangen kann, beweisen die Versuche, daß bei der Genese der Wassersucht ein Faktor wirksam ist, welcher die Verteilung des Wassers zwischen Gewebe, Blut und Gewebsspalten verändert.

7. Mayer: **Ueber das Vorkommen von Gallensäuren in der Frauenmilch.**

Eine Wöchnerin, die ihr vier Wochen altes und gut gedeihendes Kind selbst stillte, bekam im Anschluß an einen Darmkatarrh einen Ikterus; wenige Tage nach den ersten Anzeichen desselben fing das Kind an zu brechen; auch am folgenden Tage brach es heftig; es mußte abgesetzt werden und erholte sich dann rasch wieder. In der abgespritzten Milch der Frau ließen sich geringste Spuren von Gallenfarbstoff, dagegen in reichlicherer Menge Gallensäuren, von denen die Taurocholsäure die Glykocholsäure an Menge überwog. Bei erneuter Untersuchung nach einer Woche ließen sich weder Gallenfarbstoff noch Gallensäuren nachweisen; das Kind wurde wieder angelegt, erbrach nicht mehr und gedieh aufs beste; dabei war die Mutter nach wie vor ikterisch, die Gelbfärbung der Haut hatte noch zugenommen, und der Harn enthielt große Mengen Gallenfarbstoff. Entgegen den bisherigen Beobachtungen, ist danach das Vorkommen von Gallensäuren in der Milch ikterischer Frauen gesichert; allerdings nur im ersten Stadium des Ikterus, was im Einklang mit den Ergebnissen der Analyse des Harns steht, in dem auch nur im Anfang eines hepatogenen Ikterus geringe Mengen Gallensäuren nachzuweisen sind.

8. Mohr: **Zur Pathologie und Therapie des alveolären Lungenemphysems.**

Die anatomischen Veränderungen beim alveolären, substantiven Lungenemphysem bestehen in Alveolarektasie mit Rarefikation des Lungenparenchyms. Bezüglich der Pathogenese dieser Veränderungen stehen sich zwei Auffassungen gegenüber: eine rein mechanische, welche als primäre Veränderung die Erweiterung der Lungenalveolen durch erhöhten, dauernden inspiratorischen oder exspiratorischen Druck annimmt, und eine dynamische Auffassung, welche primäre Veränderungen des Lungengewebes voraussetzt, wodurch dieses für den normalen oder erhöhten Atemdruck weniger widerstandsfähig wird. Neben dem durch primäre Schädigung der Lungen hervorgerufenen Emphysem kann aber auch, was zuerst Freund betont hat, ein Emphysem der Lunge durch eine primäre Veränderung des knöchernen Thoraxskeletts hervorgerufen werden. Solche Veränderungen findet man besonders bei alten Leuten, bei denen die Rippenknorpel verkalken und dadurch für das Atmungsgeschäft weniger tauglich werden. Dies ist wahrscheinlich die Ursache der Entstehung des senilen Lungenemphysems. Aber auch bei jugendlichen oder im mittleren Lebensalter stehenden Individuen kommen Veränderungen der Rippenknorpel vor, die zunächst nicht denen bei der gewöhnlichen Verkalkung im höheren Alter gleichen. Ein oder mehrere Rippenknorpel, auf der einen Seite oder auf beiden, allmählich oder in rascher Folge, werden verdickt, aufgetrieben, vergrößert: im Inneren treten Prozesse auf, die zur Auffaserung, stellenweisen Einschmelzung des Knorpels, schließlich zur Verhärtung und Verkalkung führen. Die Folge sind charakteristische Umgestaltungen des Brustkorbes, die Freund als partiell fortschreitende und totale starre Dilatation des Thorax bezeichnet hat. Die ihre Gestalt ändernden Rippenknorpel verändern auch ihre gewöhnliche, für den normalen Ablauf der Atmung günstige Stellung; sie geraten in eine inspiratorische Stellung; die Stellungsanomalie der Knorpel zieht solche der Rippen und des Sternums nach sich. Die Rippen geraten in Inspirationsstellung, das Sternum wird nach vorn und in seinem oberen Tei



nach aufwärts getrieben. Die Spannung, unter der Rippenringe wie Sternum stehen, wird stärker. Schließlich resultiert die faßförmige Gestaltung des dauernd in Inspirationsstellung fixierten Thorax. Das Zwerchfell wird aus seiner normalen Kugelform in eine mehr oder weniger stark abgeflachte Kegelform übergeführt, der Thoraxraum dadurch auch nach der Zwerchfellseite hin vergrößert. Bei der exzessiven, pathologischen, allgemeinen Erweiterung des Brustkorbes wird die Spannung der Lunge eine unverhältnismäßig große, so daß schließlich das pathologische Emphysem resultiert. Da die Spannungszunahme, welche die Lunge betrifft, sich vorwiegend und zunächst an den Lungenrändern bemerkbar macht, so findet man bei diesem auf starrer Dilatation des Thorax beruhenden Emphysem die ersten und hauptsächlichsten emphysematösen Veränderungen an den vorderen Lungengrenzen. Bei den verschiedenen Entstehungsweisen des Emphysems verhält sich die Lunge physikalisch verschieden. Die durch starre Dilatation emphysematös gewordene Lunge fällt nach der Oeffnung des Thorax noch zusammen, verhält sich also wie die Lunge beim Altersemphysem; Freund faßt diese Thoraxveränderungen auch als prämaturen Senilismus auf; das nicht auf primärer Thoraxstarre beruhende alveoläre Lungenemphysem dagegen bewirkt, daß die Lunge bei Eröffnung des Thorax in ihrem aufgeblähten Zustand erhalten bleibt. Die erstere ist noch imstande zu atmen, während bei der zweiten die Dehnung so stark geworden ist, daß die Lunge passiv nicht mehr zusammenfällt. Die Erkennung der primären starren Dilatation ist nicht schwer, wenn man sich an die charakteristische, äußerlich erkennbare Umformung und Mißgestaltung der Rippenknorpel, ferner an die vorwiegend an den vorderen Lungenrändern lokalisierte emphysematöse Veränderung des Lungengewebes hält und zur Kontrolle des Zwerchfellstandes die Röntgenuntersuchung zu Hilfe nimmt. Das auf starrer Dilatation beruhende Emphysem stellt eine scharfe therapeutische Indikation. Da die Lunge bei dieser Form des Emphysems ihre Elastizität bis zu einem weiten Maße behält, so ist die Möglichkeit, diese Lunge dem normalen Atemgeschäft zurückzugeben, vorhanden, wenn das sich der normalen Respirationsbreite entgegenstellende Hindernis, welches der starre Thorax bietet, beseitigt wird. Freund hat zur Mobilisierung des Thorax die Durchschneidung der erstarrten und erkrankten Rippenknorpel vorgeschlagen, in der Voraussetzung, daß dadurch die fixierten Rippen wieder beweglich werden. Diesen therapeutischen Eingriff hat Freund selbst einmal mit befriedigendem Erfolge vornehmen lassen. Verf. berichtet dann über einen weiteren Fall seiner Beobachtung; hier wurden nicht nur aus dem Knorpel, sondern aus der angrenzenden Rippe kleine Stückchen exzidiert, erst auf der einen, nach einiger Zeit auf der andern Seite. Der Erfolg war ein überraschend guter. Die Atmung wurde prompt erleichtert, der Husten verringerte sich, die Anfälle von Dyspnoe hörten auf, der Katarrh auf den Lungen ging zurück und der Thorax gewann eine ausgiebige respiratorische Beweglichkeit.

Wiener klinische Wochenschrift. Nr. 18. 1907.

1. Rach und Wiesner, Wien: **Weitere Mitteilung über die Erkrankung der großen Gefäße bei kongenitaler Lues.**

Verf. fanden in einer Reihe neuen Materiales — 27 Fälle — eine Bestätigung der früher erhobenen Befunde an den Hauptgefäßstämmen (Aorta, Art. pulmonalis) kongenital-luetischer Kinder, die in Zellinfiltraten und Zellwucherungen im Bereich der Adventitia und in den benachbarten Schichten der Media, sowie in Obliteration der Vasa vasorum, um welche hauptsächlich die genannten Veränderungen gruppiert sind, bestehen. Die Zellanhäufungen, soweit sie aus Rundzellen bestehen, sind zusammengesetzt vornehmlich aus mononukleären kleinen und großen Lymphozyten und nur spärlichen polynukleären Zellen. Bei älteren Prozessen finden sich mitunter reichliche Mengen junger Bindegewebszellen, durch welche die äußeren Partien der Gefäßwand eine Verbreiterung erfahren; bei einer Reihe von Fällen konnte auch an den elastischen Lamellen der äußeren Mediaschicht ein körniger Zerfall beobachtet werden. Als neues histologisches Detail fand sich an einer Stelle des Gefäßquerschnittes der Aorta descendenz eine intimawärts gelegene kleine Plaque, die aus lockerem, feinfibrillären Bindegewebe aufgebaut und im Vergleich zur Umgebung merklich zellärmer war. Diese Plaque wölbte sich gegen das Lumen sowie gegen die äußeren Mediaschichten leicht vor und gehörte unverkennbar den innersten Mediaschichten an. Ein Beweis also, daß die Erkrankungsprozesse nicht immer auf die äußeren Wandbezirke beschränkt bleiben, sondern auch die mittlere Gefäßhaut eine eingreifendere Veränderung erfahren kann. Die Schwere der Veränderungen in den großen Gefäßen entspricht nicht immer der Schwere der übrigen Organerkrankungen. Man kann daher sagen, daß die Erkrankung der Hauptgefäßstämme und die sonstigen Organerkrankungen bei kongenitaler Lues voneinander abhängig sind, so daß auch erstere als selbständige „Organerkrankungen“ anzusehen sind. Die Erkrankungen der großen Gefäße bei kongenital-luetischen Kindern, die in den ersten Lebenstagen resp. -wochen sterben, gehören zu den relativ häufigen Teilerscheinungen dieser Allgemeinerkrankung (59 bis 67,4%). Es ist daher wahrscheinlich, daß eine Reihe von „juvenilen Arteriosklerosen“, für welche ein ätiologisches Moment nicht festgestellt werden kann, auf kongenitaler Lues beruht. Spirochaeten waren niemals in den erkrankten Aorten und Pulmonalarterien mittels der Silberimprägnation nachzuweisen; es handelte sich um vier Fälle, die dafür in Betracht kamen. Nur ganz vereinzelte Spirochaeten fanden sich, und diese ausnahmslos im Lumen von Blut- resp. Lymphgefäßen, die aber entfernt von den Erkrankungsherden im Bereich des periadventitischen Gewebes verliefen, so daß ein Zusammenhang zwischen den lokalen Erkrankungen und diesen Spirochaetenbefunden wohl kaum bestehen dürfte. Die Untersuchung dieses Materials mit Dunkelfeldbeleuchtung war stets negativ. Nur einmal ließen sich im Schabsaft aus der Art. pulmonalis bei Dunkelfeldbeleuchtung typische Spirochaeten nachweisen; in diesem Falle ergab auch das Levaditipräparat typische Spirochaeten.

2. Weil, Prag: **Ueber den Lues-Antikörpernachweis im Blute von Luetischen.**

Die von Wassermann und Bruck modifizierte Bordetsche Komplementfixationsmethode wurde schon mehrfach erfolgreich zum diagnostischen Antikörpernachweis verwendet. Das Hauptergebnis war die Auffindung von Luessubstanzen und Luesgegenkörpern in luetischen Krankheitsprodukten und Krankheitsprozessen. Das Prinzip der Methode besteht darin, daß das Luesantigen (Pallidasubstanz), welches im Extrakte luetischen Gewebes vorhanden ist, beim Zusammentreffen mit dem Luesantikörper (Blut von Luetikern), nach dem Mechanismus Rezeptor-Ambozeptor, Komplement bindet. Es gelingt so einerseits mit sicher luetischem Antigen Luesantikörper, andrerseits mit Luesambozeptor Luesantigen nachzuweisen. Vom theoretischen Standpunkt lassen sich aber manche Bedenken gegen die mit dieser Methode zu tage geförderten Entdeckungen äußern. Durch den Nachweis von Luesantikörpern in der Zerebrospinalflüssigkeit wäre die Tabes und die progressive Paralyse eine direkt luetische Erkrankung geworden, doch ist es nie geglückt, die Spirochaeta pallida in der Zerebrospinalflüssigkeit aufzufinden. Marie und Levaditi erwähnen, daß der normale Extrakt mit der Zerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern, ohne allein Komplement zu absorbieren, konstant Komplement bindet, wenn er in höherer Konzentration als der luetische Extrakt angewendet wird. Vom Standpunkt der Komplementfixationstheorie ist dies vollkommen unverständlich. Es ist möglich, daß ein luetischer Extrakt mit normalem Serum Komplement bindet, da ja im Blute normale Antikörper auch gegen Lues vorhanden sein können, nicht möglich aber ist ein normalerweise vorhandenes Luesantigen in normalen Organen. Im luetischen Extrakte und Serum müssen die Bedingungen zur Präzipitation vorhanden sein, welche selbstverständlich durch die Pallidasubstanz und Pallidaantikörper bedingt spezifischer Natur sein können. Nach Verf.s Ansicht kann aber auch eine Eiweißpräzipitation vorliegen, wobei Zellsubstanzen aus dem Extrakte und Serumeiweiß aufeinander einwirken. Versuche von Pohl u. a. haben diese Verhältnisse zu klären gesucht. Nach Verf.s Ansicht müßte es gelingen, aus nicht luetischen Geweben, welche eine stärkere Extraktionsmöglichkeit gestatten, Stoffe zu extrahieren, welche mit luetischen Seren die Reaktion von Wassermann und Bruck mit allen ihren Eigentümlichkeiten und denselben quantitativen Verhältnissen geben. Er benutzte zu seinen Versuchen Extrakte, die von einer Mammageschwulst, eines Myxo



fibrosarkoms und einer Drüsenmetastase eines Rundzellensarkoms der Niere stammten. Aus diesen Versuchen, die in Tabellen dargestellt sind, geht hervor, daß es gelingt, mit Extrakten aus Tumoren und Seren von Luetikern genau dieselben Reaktionen zu erzielen, die Wassermann und Bruck mit dem Extrakte aus luetischem Gewebe erzielt haben; Tumorextrakt und Luesblut gaben eine Reaktion, die nach Art eines Bindungsvorganges Komplement verbraucht. Weitere Versuche legten den Gedanken nahe, daß die wirksame Substanz im luetischen Extrakte nicht die Pallidasubstanz ist, sondern extrahiertes Zelleiweiß oder andere Gewebsstoffe, welche durch Kochen nicht nur die Fähigkeit, präzipitiert zu werden, sondern auch die Eigenschaft der Komplementbindung verlieren; denn die Versuche bewiesen die Kochbeständigkeit der bakteriellen Extrakte und gegenteiliges Verhalten der nicht bakteriellen präzipitablen Substanzen. Es ist deshalb der Gedanke nicht von der Hand zu weisen, daß die Reaktion auf Luesantikörper möglicherweise nur eine Reaktion auf gelöste Gewebsbestandteile ist.

3. Hasenfeld, Berlin: **Die Heißluftbehandlung in der Gynäkologie.**

Der Heißluftbehandlung in der Gynäkologie haben sich viele Autoren zugewandt. Welcher Apparat der beste ist, darüber sind die Meinungen geteilt; der Polano-Klappsche scheint der vorteilhafteste zu sein. Ueber die Art der Anwendung, die Höhe der Temperatur und die Dauer der Sitzungen ist man sich ebenfalls nicht einig. 60 bis 150 Grad sind angewandt, die Dauer schwankt zwischen 15 Minuten und 1½ Stunden. Fälle von oberflächlicher Verbrennung sind dabei vorgekommen. Nach dem Bade ist eine Einwicklung in wollene Decken erforderlich. Die Wirkung dieser Methode zeigt sich in starker Rötung der Haut und Schweißsekretion, die Frauen fühlen ein leichtes Prickeln auf der Haut, das bald spontan zurückgeht. Ein feuchtes Tuch legt man dagegen auf die Stirn. Pulsbeschleunigung tritt ein, vorhandene Schmerzen hören bald auf, Durstgefühl macht sich bemerkbar. Aus dem Zervix entleert sich viel schleimiges Sekret. Auffallend bei längerem Gebrauch ist die Besserung im subjektiven Befinden, Appetit und Körpergewicht nehmen zu, während die objektiven Veränderungen langsamer eintreten. Bei schwächlichen Patienten sind unangenehme Nebenwirkungen Müdigkeit, Herzklopfen, Augenflimmern, Brechreiz. Als Indikationen gelten chronische, steinharte Beckenexsudate, para- und perimetritische Exsudate, Adhäsionen, Hämatokelen, entzündliche Schwellungen der Tuben und Ovarien, nach Kehrer auch adhäsive Beckenperitonitis, schmerzhafte Netzadhäsionen nach Laparotomien, Bauchdeckenfisteln infolge Fadeneiterung. Angewandt ist diese Methode auch bei Amenorrhöe, bei infantilen Formen der inneren Genitalien, bei Narben und Adhäsionen, die von der Entbindung herrühren.

Hervorgehoben wird ihr diagnostischer Wert bei Entscheidung, ob es sich um ein Infiltrat des Beckenbindegewebes oder eine Adnexentzündung handelt; sie kann als vorbereitende Therapie an Stelle heißer Kataplasmen bei Exsudaten, die zu eitriger Einschmelzung führen, benutzt werden. Ein Vorteil besteht darin, daß das fortwährende Herummanipulieren an den Genitalien, die Irritation und die damit verbundene Schädigung des Nervensystems vermieden wird. Ist nach drei- bis vierwöchentlicher Behandlung ein Erfolg nicht erkennbar, so ist es zwecklos, noch länger konservativ zu behandeln.

Als Kontraindikationen gelten frische Entzündungen, Gegenwart von Eiter in den Adnexen, alle tuberkulösen Prozesse an den Genitalien, Fieber, hochgradige Herzfehler, stark erkranktes Gefäßsystem, das Vorhandensein von uterinen Blutungen.

Eine Reihe von Autoren berichten über günstige Erfolge dieser Methode bei den oben erwähnten Indikationen; Polano hat einen Fall von Gonorrhöe der Adnexe in kurzer Zeit damit geheilt, Polano und Bürger je einen von Aktinomykose der Bauchdecken. Nur Fleischmann äußert sich folgendermaßen: Es schwinden ja bei der Behandlung oft überraschend schnell die Infiltrate, die z. B. einen Tumor umgeben, die Patientinnen erholen sich zusehends bei richtiger Nebenbehandlung; sobald sie aber wieder ihre Arbeit aufnehmen, so kehren die alten Beschwerden wieder. Und davon werden die Patientinnen dann erst durch die Beseitigung des Eiterherdes geheilt. Verf. beschreibt eingehender die Anwendung der heißen Luft als Dusche, die statt der Heißwasserspülung anzuwenden ist, und einen von Rudolph dafür konstruierten Apparat in Trompetenform aus Metall. Der verjüngte Teil, der durch Asbest von den übrigen getrennt ist, besteht aus Holz. Der Spekularteil ist ebenfalls mit Holz bekleidet und kann mit einem Milchglasspekulum verbunden werden. Auf diese Weise kann der Apparat eingeführt werden, ohne daß der Spekularteil heiß wird. Eine Heißluftkammer spart man bei diesem Apparat, da der Spekularteil durch eine Wand in eine obere und untere miteinander verbundene Etage geteilt ist. Verf. berichtet dann eingehend über Versuche mit dieser Methode an der Poliklinik der Charité in Berlin. Er bestätigt im wesentlichen die Angaben anderer Autoren. Die Erfolge sind befriedigend; insbesondere hat sich die Kombination von Heißluftbehandlung mit der vaginalen Belastungstherapie in Beckenhochlagerung bewährt, und zwar am besten bei chronischen parametritischen Exsudaten mit chronischen Adnextumoren. Die Zahl der Sitzungen betrug im Durchschnitt 10, die höchste Zahl 52, die kleinste 5. Die Behandlung dauerte im Durchschnitt zwei Monate, im kürzesten Falle drei Wochen, im längsten viereinhalb Monate.

4. Bergmeister, Wien: **Ein Konturschuß entlang der Orbita.**

Die 1 cm lange, mehr lineare, von einem elliptischen Verbrennungshof umgebene, verklebte Einschußstelle befindet sich ¾ cm oberhalb der linken Augenbraue. Außen unten, etwa 15 mm vom Limbus entfernt, ist die ziemlich große, unregelmäßige Ausschußöffnung in der Conjunctiva bulbi, die bis in den Fornix reicht. In dem untersten Wundwinkel, größtenteils unter der Konjunktiva, läßt sich ein Fremdkörper nachweisen, der noch die Form eines Revolverprojektils erkennen läßt. Die Kornea ist klar, in der Vorderkammer bis zur Mitte frisches Blut, Iris grünlich verfärbt, mit dem Augenspiegel kein rotes Licht, Sklera unverletzt. Es handelte sich um einen Konturschuß aus nächster Nähe entlang dem äußeren Orbitalrand ohne Perforation der Bulbuskapsel.

Vermischtes.

Berlin. In Verbindung mit dem XIV. Internationalen Kongreß für Hygiene und Demographie war zum ersten Male in der Reichshauptstadt die reichhaltige und eigenartige Sammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums im Reichstagsgebäude öffentlich ausgestellt.

Dresden. Die 79. Naturforscherversammlung in Dresden hat Sonntag, den 15. September, abends 8 Uhr, ihren Anfang genommen. Eine große Anzahl von Teilnehmern versammelte sich zu einer zwanglosen Begrüßung in den Räumen der Ausstellungshalle. Ebendaselbst fand Montag Vormittag die feierliche Eröffnung der Versammlung statt. Der 1. Geschäftsführer Herr Geh.-Rat E. v. Meyer begrüßte kurz die Versammlung. Darauf erteilte er dem sächsischen Kultusminister, Herrn v. Schlieben, das Wort, der der Versammlung die Grüße des am persönlichen Erscheinen verhinderten Königs von Sachsen überbrachte und die Versammlung im Namen der sächsischen Staatsregierung willkommen hieß. Ihm folgte Geh.-Rat Beutler, Oberbürgermeister von Dresden, der der Freude der Dresdener Bürgerschaft über die Wahl Dresdens als Tagungsort Ausdruck gab und die Versammlung im Namen der Dresdener Bevölkerung begrüßte. Dann folgten Ansprachen des Rektors der Universität Leipzig, Geh. Rats Curschmann, der als Vertreter der Universitas litterarum die Gesellschaft, welche die Gesamtheit der Naturwissenschaften und Medicin vertritt, herzlichst willkommen hieß. Für die technischen Hochschulen Sachsens sprach Geh. Rat Bardenheuer; für die Dresdener Aerzteschaft Hofrat Hänel; für die Gesellschaft für Naturkunde und Erdkunde Geh.-Rat Helm. Allen Rednern dankte der derzeitige Vorsitzende der Gesellschaft, Herr Geh.-Rat Naunyn, der nach den verstorbenen Mitgliedern gewidmeten Erinnerungsworten die Versammlung für eröffnet er-

klärte. — Als erster Punkt auf der Tagesordnung der ersten allgemeinen Sitzung stand der Bericht der Unterrichtskommission der Gesellschaft, der von den Herren Grützner-Halle und Klein-Göttingen erstattet wurde.

Wien. Die internationale Tuberkulose-Konferenz hat vom 19.—21. Septbr. hierselbst getagt. Es sprachen u. a. Geh.-Rat. B. Fränkel über Tuberkulose der oberen Luftwege, Geh.-Rat Orth über die Infektionswege der Tuberkulose.

Berlin. Die Freie Vereinigung der medicinischen Fachpresse hielt ihre Generalversammlung am 24. Septbr. unter Vorsitz von Professor Posner im Kaiserin-Friedrich-Hause ab. Gegenstand der Verhandlungen bildete zunächst die weitere Ausgestaltung der Autorenliste bezw. das Vorgehen gegen solche Autoren, welche erwerbsmäßig bezahlte Artikel für chemische und sonstige industrielle Institute liefern. Herr Kutner berichtete über das Verhältnis der Fachpresse zu den wissenschaftlichen Kongressen und stellte verschiedene, einstimmig akzeptierte Thesen zu dessen künftiger Regelung auf. Herr Schwalbe berührte in seinem Referat über einige Mißstände in der medicinischen Fachpresse, u. a. die sogen. Reklameartikel und das Inseratenwesen; auch seine Vorschläge wurden gebilligt. Auf Antrag von Herrn Posner empfahl die Generalversammlung die Einführung der Schreibweise für medicinische Fremdwörter nach dem vom Verein Deutscher Ingenieure herausgegebenen Regelbuch. Endlich wurde beschlossen, die internationale Delegiertenkonferenz zum nächsten Frühjahr nach Berlin einzuladen. Der neugewählte Vorstand besteht aus den Herren Posner als Geschäftsführer, Schwalbe als stellvertretendem Geschäftsführer, Adler-Wien, Brandenburg-Berlin, Bum-Wien, Deahna-Stuttgart, Spatz-München.

Berlin. Gelegentlich des Hygiene-Kongresses fand hier die Begründung eines internationalen Komitees für ärztliche Studienreisen statt, an welcher Vertreter der verschiedensten Nationen teilnahmen. Zum Ehrenpräsidenten wurde Exzellenz v. Leyden, zum Vorsitzenden Geheimrat v. Renvers, zu Schriftführern die Herren Prof. Kutner und Dr. Oliven erwählt.

Berlin. Es geht uns folgender Aufruf für die Begründung einer Robert Koch-Stiftung zur Bekämpfung der Tuberkulose zu: Am 24. März waren 25 Jahre verflossen, seitdem Robert Koch seinen Vortrag über die Tuberkulose gehalten und die Entdeckung des Tuberkelbazillus bekannt gegeben hat. Der Gedenktag dieser für die Erforschung der gesamten Infektionskrankheiten, insbesondere aber für das Verständnis und die Bekämpfung der Tuberkulose überaus bedeutungsvollen Veröffentlichung soll den Anlaß bilden, eine Robert Koch-Siftung zur Bekämpfung der Tuberkulose ins Leben zu rufen. Durch diese Stiftung soll dem genialen Meister der Bakteriologie ein dauerndes Zeichen der Anerkennung für seine hervorragenden Arbeiten geweiht werden. Die Stiftung soll der Förderung wissenschaftlicher Arbeiten und in dieser Weise auch praktischen Bestrebungen zur Bekämpfung der Tuberkulose dienen. Denn wie große Fortschritte auch in der Verhütung und Heilung der Tuberkulose dank der von Robert Koch erfundenen bezw. angebahnten Methoden errungen sind, so fallen doch noch alljährlich Hunderttausende (in Deutschland i. J. 1905 rund 122 000) der furchtbaren Krankheit zum Opfer, und unablässig müssen deshalb die Anstrengungen, die Krankheits- und Sterblichkeitsziffer dieser Volksseuche zu vermindern, fortgesetzt werden.

Es ist eine Ehrenpflicht jeder Nation, ihre Dankbarkeit den Männern zu beweisen, die ihren Ruhm und ihr Ansehen unter den Völkern vermehrt haben. Diese Pflicht gilt in vollem Maße gegenüber Robert Koch, einem der größten Forscher aller Zeiten, der der Menschheit unvergängliche Dienste geleistet und der medicinischen Wissenschaft unverwelkliche Lorbeeren errungen hat. An jedermann geht daher unser Aufruf, nach seinen Kräften beizusteuern, um eine dieses Mannes und seiner Verdienste würdige Stiftung zu errichten. Wir geben uns der Hoffnung hin, daß unser an das deutsche Volk gerichtete Appell einen reichen Erfolg erzielen wird, ähnlich dem dankbaren Tribut, den die Franzosen ihrem Pasteur, die Engländer ihrem Lister in edler Opferwilligkeit dargebracht haben. **Die Namen der Spender werden der Stiftungsurkunde einverleibt werden. Die Verwaltung der Stiftung soll einem Kuratorium übertragen und durch Statuten geregelt werden. Spender von höheren Beiträgen (mindestens 10 000 Mk.) werden als Donatoren der Stiftung dauernd geführt und erhalten eine besondere Vertretung im Kuratorium. Auch bleibt es den Statuten vorbehalten, Bestimmungen dahin zu treffen, daß „Stipendien der Robert Koch-Stiftung“ geschaffen werden, die den Namen von hervorragend verdienten Donatoren tragen. Geldsendungen werden unter der Adresse des Schatzmeisters des Komitees an das Bankhaus S. Bleichröder, Berlin, Behrenstraße 63, erbeten. Nähere Auskünfte erteilt der Schriftführer des Komitees, Prof. Schwalbe, Berlin, Am Karlsbad 5.**

Das Komitee.

Vorsitzender: Dr. von Studt, Königl. Preuß. Staatsminister. Stellvertretender Vorsitzender: Wirkl. Geheimer Rat Althoff, Berlin. Schriftführer: Prof. Dr. Schwalbe, Herausgeber der Deutschen medicinischen Wochenschrift, Berlin. Schatzmeister: Dr. Paul von Schwabach, Generalkonsul, Berlin. Freiherr von und zu Bodmann, Großherzoglich Badischer Minister des Innern, Karlsruhe i. B. Geh. Reg.-Rat Dr. von Böttinger, Mitglied des preußischen Abgeordnetenhauses, Elberfeld. Dr. Braun, Großherzoglich Hessischer Minister des Innern, Darmstadt. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Bumm, Präsident des Kaiserl. Gesundheitsamts, Berlin. Graf Henckel Fürst von Donnersmarck, Wirkl. Geh. Rat, Mitglied des Staatsrates und des Herrenhauses, Neudeck. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ehrlich, Direktor des Instituts für experimentelle Therapie, Frankfurt a. M. Geh. Rat Prof. Dr. Fiedler, ehem. Leibarzt Se. Maj. des Königs von Sachsen, Dresden. Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Förster, Direktor im Kultusministerium, Berlin. Prof. Dr. B. Fraenkel, Geh. Med.-Rat, Berlin. Prof. Dr. Gaffky, Geh. Ober-Med.-Rat, Direktor des Instituts für Infektionskrankheiten, Berlin. Graf von Hohenthal und Bergen, Königl. Sächsischer Minister des Innern, Dresden. Graf von Hutten-Czapski, Mitglied des Herrenhauses, Berlin. General-Oberarzt Dr. Ilberg, I. Leibarzt Se. Maj. des Kaisers u. Königs, Berlin. Prof. Dr. Kirchner, Geh.-Ober-Med.-Rat, Vortr. Rat im Kultusministerium, Berlin. Kirschner, Oberbürgermeister, Berlin. Kammerherr von der Knesebeck, Vize-Oberzeremonienmeister Se. Maj. des Kaisers u. Königs, Berlin. Graf von Lerchenfeld-Koefering, Kgl. bayr. außerordentl. Gesandter und bevollm. Minister, Berlin. Prof. Dr. von Leyden, Wirkl. Geh. Rat, Berlin. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Löbker, Vorsitzender des Deutschen Aerztevereinsbundes, Bochum. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Löffler, Direktor des Hygienischen Instituts, Greifswald. Graf von Oppersdorf, Mitglied des Herrenhauses und des Reichstages, Schloß Oberglogau. Dr. von Pischek, Königl. Württemberg. Minister des Innern, Stuttgart. Dr. Graf von Posadowsky-Wehner, Staatsminister, Berlin. Dr. Rapmund, Reg.- und Geh. Med.-Rat, Vorsitzender des Deutschen Medicinal-Beamtenvereins, Minden. Viktor Herzog von Ratibor, Fürst von Corvey, Prinz zu Hohenlohe-Schillingsfürst, Berlin. Prof. Dr. Schjerning, Generalstabsarzt der Armee und Chef des Sanitätskorps, Berlin. Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Schmidt, Vortrag. Rat im Kultusministerium, Berlin. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Senator, Vorsitzender der Berliner med. Gesellschaft, Berlin. Dr. jur. Eduard Simon, Kommerzienrat, Berlin. Geh. Reg.-Rat Freiherr von Stein, Vortrag. Rat im Reichsamt des Innern, Berlin, und zahlreiche andere Vertreter der Wissenschaft und des politischen Lebens.

Die deutsche Armee-, Marine- und Kolonial-Ausstellung in Berlin wurde nach 4 monatlicher Dauer am 15. Sept. geschlossen. Wie uns soeben berichtet wird, ist von der Jury den Brennabor-Werken, Brandenburg a. H. für ihre vorzüglichen Leistungen auf dem Gebiete des Fahrradbaues die höchste Auszeichnung, nämlich die goldene Medaille zuerkannt worden.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Medicinische Woche

Herausgegeben von

R. Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80. Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion: Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81. Dr. P. Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 14. Oktober 1907. Nr. 41.

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage Therapeutische Rundschau und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Aus der Klinik für Ohren-, Hals- und Nasen-Krankheiten der Kiewer Universität am Kiewer Militär-Hospital.

Abszesse des Gehirns infolge von Ohreneiterung.

Von Privatdozent **N. P. Trofimow**,
Vorstand der Klinik.

(Fortsetzung.)

Als unmittelbare Ursache des Todes kommen bei Hirnabszessen in Betracht: Druck auf das Gehirn (Hydrops der Ventrikelchen) mit Stillstand der Atmung unter Erscheinungen von tiefem Koma oder von Krämpfen infolge des Druckes. 2. Durchbruch des Abszesses nach den Gehirnventrikelchen und Entwickelung von Meningitis. 3. Durchbruch in die arachnoidalen Räume. In beiden letzteren Fällen stellen sich gewöhnlich plötzlich Erscheinungen von Leptomeningitis ein: Erbrechen, Puls über 100 Schläge in der Minute, Bewußtlosigkeit, mehr oder minder ausgedehnte Krämpfe, hochgradige Rötung der Konjunktiven, Erweiterung der Pupillen und nach meinen Beobachtungen plötzlicher Sprung der Temperatur in die Höhe. Das Bild der allgemeinen Erkrankung der Hirnhäute ist ziemlich charakteristisch, und jeder, der einmal Gelegenheit hatte, dieses Bild zu beobachten, wird später diese Komplikation des Hirnabszesses mit Leichtigkeit erkennen. Im allgemeinen ist die Diagnose der Hirnabszesse mit großen, bisweilen unüberwindlichen Schwierigkeiten verknüpft. Hirnabszesse werden dort diagnostiziert, wo sie nicht vorhanden sind, und andererseits findet man auf dem Sektionstisch Hirnabszesse, die zu Lebzeiten sich in keiner Weise manifestiert hatten. Besonders leicht kann in der Kinderpraxis ein Irrtum unterlaufen, da bei Kindern selbst einfache eitrige Entzündungen des Warzenfortsatzes stürmische Hirnerscheinungen zeitigen können. In solchen Fällen muß man exspektativ vorgehen, und zwar den Warzenfortsatz gründlich reinigen und das Resultat der operativen Intervention abwarten. Bleiben die Hirnerscheinungen bestehen und geht die Temperatur nicht zurück, so muß man eine tiefer liegende Krankheit suchen.

Bei der Differential-Diagnose der Hirnabszesse muß der Arzt die Summe aller bei dem betreffenden Patienten bestehenden Symptome genau erwägen, weil jedes dieser Symptome im einzelnen auch bei anderen Krankheiten beobachtet werden kann. Ich spreche schon garnicht von den Störungen des Allgemeinbefindens, welche der Ausdruck von verschiedenartigen Erkrankungen sowohl infektiöser, wie auch nicht infektiöser Natur sein können; aber auch selbst solche Symptome, wie Hirndruck, werden nicht nur bei Hirnabszessen, sondern auch bei Hirngeschwülsten, bei Hydrops der Ventrikelchen und bei extracerebralen Prozessen, beispielsweise bei Abszessen, welche jenseits der harten Hirnhaut liegen, angetroffen. Von großer Bedeutung sind die lokalen Erscheinungen, welche auf eine bestimmte Lokalisation des pathologischen Prozesses hinweisen, jedoch geben nur die sorgfältigste Untersuchung sämtlicher bestehenden Symptome und die klinische Beurteilung derselben das Recht, sich mehr oder minder bestimmt über das Wesen der Erkrankung auszusprechen. Dabei ist der Hinweis Koerners nicht außer Acht zu lassen, daß Hirngeschwülste fast niemals mit Hirnabszessen kombiniert sind, und somit ist bestehender Eiterfluß aus dem Ohre ein wichtiges Moment für die Differential-Diagnose. Eine Ausnahme bilden die sogenannten Tuberkulome des Gehirns im Kindesalter, welche im Gehirn gleichzeitig mit Abszessen vorkommen können; jedoch kommen Tuberkulome gewöhnlich in multipler Form vor und verursachen Erscheinungen von multipler Erkrankung des Gehirns.

Sobald die Diagnose auf Hirnabszeß gestellt ist, muß man seine ungefähre Lokalisation zu bestimmen suchen, damit man bei der Operation weiß, wohin das Messer zu richten ist. Koerner macht in dieser Beziehung auf folgende wichtige Momente aufmerksam: Im Kindesalter kann man eher eine Erkrankung des Frontal-Lappens voraussetzen; Sprechstörungen und Erscheinungen von Paralyse des N. oculomotorius (Ptosis der oberen Augenlider und Erweiterung der Pupillen) sprechen gleichfalls dafür, daß der Prozeß im Frontal-Lappen lokalisiert ist; demgegenüber sind Paralyse des N. facialis, Kontraktur des Nackens, Kopfschwindel und Ataxie für Kleinhirn-Abszesse charakteristisch.

Nachdem wir nun sorgfältig die Anamnese des Patienten kennen gelernt und die vorhandenen Symptome erwogen haben, kann man mit mehr oder minder bedeutendem Grade von Wahrscheinlichkeit die Krankheit diagnostizieren. In vielen Fällen kommen wir jedoch aus dem Reich von Vermutungen nicht heraus. Aber auch dann müssen wir, wie Koerner und mit ihm die Bezoldsche Schule zu München und die Mehrzahl der hervorragenden Ohrenärzte annehmen, nach einem Abszeß fahnden, sobald irgend welche Zeichen vorhanden sind. Die entgegengesetzte, von Prof. Bergmann im Jahre 1889 ausgesprochene Ansicht, wonach man bei Hirnabszessen nur dann operieren müsse, wenn Chancen für den günstigen Ausgang der Operation vorhanden sind, d. h. wenn die Lokalisation des Abszesses selbst festgestellt ist, hat ihre Bedeutung verloren. Koerner steht mit seinem Ausspruch „Auf mehr Zeichen warten heißt auf mehr Leichen warten" auf einem zutreffenderen Standpunkt.

Die erste Operation des Gehirnabszesses wurde im Jahre 1768 von dem französischen Arzte Moraud, dann 80 Jahre später von Roux und hierauf im Jahre 1886 von Schede ausgeführt. Alle diese Fälle endeten mit Genesung, weil auf den äußeren Hautdecken des Kopfes Fistelgänge vorhanden waren, und infolgedessen den Chirurgen der Weg zur Eröffnung des Abszesses sozusagen vorgezeichnet war.

Zugleich mit Schede hat Hulke drei Fälle von Hirn-

abszeß beschrieben, welche keine Ausgangsöffnung hatten, und in welchen er die Diagnose auf Grund des klinischen Krankheitsbildes gestellt hatte. Man hat somit diesem Autor das Verdienst zuzuschreiben, den Grundstein zur richtigen Diagnose der Hirnabszesse gelegt und die entsprechende Behandlung in Form von operativer Eröffnung dieser Abszesse festgestellt zu haben.

Die Operation kann in dreierlei Weise ausgeführt werden: 1. der Chirurg geht direkt an die Stelle des proponierten Abszesses heran, indem er sich einen Weg durch die Pars squamoso des Schläfenbeins oder des Hinterhauptbeines bahnt; 2. er dringt in die Abszeßhöhle durch Eröffnung des erkrankten Warzenfortsatzes und Bloßlegung des anliegenden Hirnteiles; 3. er vereinigt die beiden ersten Methoden. Die dritte Methode gibt nach Koerner die besten Resultate. Der Chirurg folgt dabei dem Wege der natürlichen Entwickelung des pathologischen Prozesses, eröffnet zunächst den primären Eiterungsherd im Warzenfortsatz und geht dann an den sekundären Eiterungsherd im Gehirn heran. Nach der üblichen Entfernung der erkrankten Teile des Warzenfortsatzes eröffnet der Chirurg die harte Hirnhaut der mittleren oder hinteren Schädelgrube, je nachdem er den Abszeß in den Hemisphären oder im Kleinhirn vermutet. Die harte Hirnhaut wird sorgfältig besichtigt, wobei sie entweder vollständig normal, oder gerötet, oder mit Granulationen und mit Eiter bedeckt erscheint. In seltenen Fällen gelingt es, Flukutuation festzustellen und auf diese Weise die genaue Lage des Abszesses zu erkennen. Ich persönlich hatte niemals Gelegenheit, Flukutuation wahrzunehmen, oder ich fand im Gegenteil in sämtlichen Fällen das Gehirn gleichsam fluktuierend, hatte aber niemals dabei die volle Sicherheit, daß eine Flüssigkeitsansammlung vorliege. Besonders lehrreich ist für mich ein Fall, in dem bei perisinualem Abszeß Pyämie infolge von Thrombophlebitis die hintere Schädelgrube weit eröffnet wurde. Die in die Oeffnung hineinragende harte Hirnhaut zeigte deutliche Flukutuation, aber trotz wiederholter Punktionen fand man in der Hirnsubstanz keinen Eiter. Der Patient ging an Pyämie zu Grunde, und die Sektion lieferte keinen Abszeß zu Tage.

Nach Freilegung und Untersuchung der harten Hirnhaut hat der Chirurg die Lokalisation des Abszesses zu bestimmen. Zu diesem Zwecke raten viele Autoren, durch die unverletzte Hirnhaut in irgend einer Richtung eine Inzision mit der Pravaz-Spritze zu machen. Koerner protestiert energisch gegen diese Maßnahme, indem er die Eventualität einer intracerebralen Blutung durch Verletzung der Gefäße der weichen Hirnhaut mit der Nadel der Spritze befürchtet. Er behauptet, daß er Gelegenheit hatte, solche Blutungen zu sehen, wobei der Chirurg nicht imstande war, dieselbe durch die unverletzte harte Hirnhaut zum Stillstand zu bringen. Seiner Meinung nach wäre es besser, die harte Hirnhaut mit dem Messer zu spalten, die Blutung aus den etwa zufällig verletzten Gefäßen zu stillen, und dann nach dem Rate Prof. Bergmanns mit dem Messer einen Einstich in die Hirnsubstanz bis auf höchstens 4 cm Tiefe, besser aber auf 2 bis 3 cm Tiefe zu machen. Zu diesem Zwecke gibt es ein besonderes unter geradem Winkel gebogenes zweischneidiges Messer, dessen Klinge nur 3,5 cm lang ist. Ist es bei der ersten Punktion nicht gelungen, Eiter zu finden, so kann man von derselben Inzision der harten Hirnhaut eine zweite Punktion in anderer Richtung, dann eine dritte, vierte und mehr machen, bis man schließlich Eiter gefunden hat. Im Falle von Stocker hat erst die neunte Punktion den Abszeß erreicht. Nach der Ansicht von Wanner aus München kann man die Einstiche ganz ruhig machen, weil sie für das Gehirn keine Gefahr abgeben. Ab und zu kommen, wie bereits erwähnt, Abszesse mit so harter Kapsel vor, daß sie unter dem Drucke des Messers sich nur in das Innere des Abszesses hineinstülpt. Die Blutung aus den Gefäßen der weißen Hirnhaut wird durch Tamponade oder durch Kauterisation mit dem Paquelin gestillt. Sobald bei der Inzision Eiter gefunden ist, muß man das Messer herausziehen und für mögliche Erweiterung der Ausgangsöffnung Sorge tragen. Es empfiehlt sich, die Abszeßhöhle mit dem Finger abzusuchen, um den Charakter der Wandungen festzustellen, und in der Abszeßhöhle etwa vorhandene Kommissuren oder Buchten zu zerstören. Die weitere Behandlung wird von den verschiedenen Autoren verschieden geführt. Manche waschen die Abszeßhöhle mit antiseptischen Lösungen aus, um die nekrotischen Teile zu entfernen; andere beschränken sich auf die Einführung eines Drains (Mac-Ewen führt ein resorbierbares Drain ein), dritte tamponieren schließlich die Höhle mit sterilisierter Gaze. Ich selbst habe mich in meinen beiden Fällen mit Tamponade der Abszeßhöhle mit sterilisierter Gaze beschränkt. Einmal habe ich in die Wunde Jodoformgaze eingeführt; dieselbe bewirkte aber eine starke Reizung der Hirnsubstanz, und wurde infolgedessen seitdem von mir nicht wieder angewendet. Nach Anlegung des Verbandes bringt man den Operierten ins Bett und ordnet leichte Diät bei möglichster Ruhe an. Der Verbandwechsel findet je nach den Verhältnissen des einzelnen Falles statt. Ist die Eiterhöhle gut gereinigt, die

---

Feuilleton.

Die Rindertuberkulose und der Talmud.

Haben die biblischen und die talmudischen Juden die Rindertuberkulose gekannt und bekämpft?

Von **P. Garnault.** (Revue scientifique, 1902, 3 bis 4.)

(Fortsetzung.)

Die praktischen Regeln des Schlachtens im Schulchan Aruch „gedeckter Tisch“*), redigiert von Joseph Caro 1556, geben fast Wort für Wort die Bezeichnungen von Maimonides wieder.

Es ist sehr wahrscheinlich, daß die harten Tumoren von der Farbe des Eiters, welche in Frage stehen, nur verkalkte Lungentuberkulose sind, welche man bei tuberkulösen Rindern gleichzeitig mit Perlsucht der serösen Häute findet.

Es scheint in der Tat aus dieser Studie hervorzugehen, daß die Talmudjuden oder vielmehr die gelehrten Kommentatoren des Talmud die Lungentuberkeln kannten und besonders die steinigen Knoten, welche sich in den Lungen des Viehes finden und mit noch größerem Rechte, die Tumoren der Perlsucht auf den serösen Häuten. Diese Geschwülste sind so umfangreich und zahlreich, daß sie unmöglich zu übersehen sind, zum wenigsten, wenn man zahlreiche Schlachttiere untersucht. Aber es scheint keinesfalls so, als ob sie ihnen die geringste Bedeutung beigelegt hätten, nicht mehr als den nicht ulzerierten Tumoren der verschiedenen Organe, da trotz des Vorhandenseins der Tumoren das Fleisch für koscher erklärt wurde. Dagegen ziehen die Ulzerationen der Lungen das Verbot des Fleisches nach sich und wie auch immer die Beobachtungen von Maïmonides über die Tuberkelknoten der perlsüchtigen Kühe sein mögen (denn Maïmonides, welcher in einer Zeit lebte, als man Sektionen nicht machte, hat sie beim Menschen nicht beobachten können), absolut sicher ist, daß für die Verfasser des Talmud, für Maïmonides, die Rabbiner und die jüdischen Aerzte, kurz für jeden Juden nicht die geringste Kenntnis oder Bekanntschaft bestanden hat, daß die Phthise und diese Tuberkeln beim Menschen, die Lungenknoten, die Perlsucht der Rinder und die menschlichen Phthisis in irgend einem Zusammenhange haben stehen können.

Die Gelehrtesten unter den jüdischen Kommentatoren, ebenso wie die arabischen Aerzte, haben über diese Punkte

*) T. II, Kap. 36, § 9: Eine Uebersetzung des Schulchan Aruch ist kürzlich von de Paoly unter dem Titel „Rituel du Judaïsme“ herausgegeben. Obwohl der Autor, in dem „Mannel du ménage israélite“, ebenfalls in Anlehnung an den Schulchan Aruch uns bestätigt hat, daß die Pastillen Girandel, der St. James Rum und die Creposeife allein koscher sind, könnten diese Werke zur Beratung dienen, aber mit Hilfe eines erprobten Talmudisten; denn sie enthalten viele Irrtümer. Schwabb, der gelehrte Uebersetzer des Talmud, hat uns sehr mit seinen Ratschlägen unterstützen können. Noch mehr hat Steinschneider aus Berlin, welcher gegenwärtig wahrscheinlich die sicherste Autorität auf diesem Gebiete darstellt, dazu beigetragen, den Teil der Arbeit, welche den Talmud meine Kommentatoren betrifft, zu verbessern. Ich habe nichts gefunden, kann ich wohl sagen, um es hier zuzufügen oder hinwegzunehmen.



Wunde gut tamponiert und Eiterretentionen nicht vorhanden, so kann man den Verband einige Tage liegen lassen. Bei der geringsten Verschlimmerung im Zustande des Patienten muß man den Verband selbstverständlich sofort wechseln. Die Wunde schließt sich gewöhnlich in drei bis acht Wochen, wenn auch Fälle von rascherer Heilung bekannt sind.

Es wäre von Interesse, festzustellen, ob und in welcher Weise die überstandene Erkrankung auf die weitere Funktion des Gehirns wirkt. Leider sind in dieser Richtung erst sehr spärliche Erfahrungen gemacht worden, da es gewöhnlich sehr schwer ist, das weitere Schicksal des operierten Patienten im Auge zu behalten.

Nun möchte ich zur Beschreibung meiner Fälle übergehen. Als dirigierender Arzt der Otologischen Abteilung des Kiewer Militär-Hospitals hatte ich in einem Zeitraum von sechs Jahren, seit 1900, Gelegenheit, zehn Fälle von Hirnabszeß mehr oder minder vollständig zu verfolgen, deren Beschreibung ich im nachstehenden bringe. Die Krankengeschichten zeichnen sich keineswegs durch Vollständigkeit aus, weil ich häufig mit Personen zu tun hatte, die der russischen Sprache nicht mächtig waren. Außerdem war die Intelligenz unserer Patienten gleichfalls sehr gering.

Der erste Fall betrifft einen 23jährigen Soldaten, der im Jahre 1900 wegen seit fünf Monaten bestehender Eiterung aus dem rechten Ohre in das Krankenhaus aufgenommen wurde. Im linken Ohre fand man gleichfalls Eiter und eine Perforation im vorderen unteren Quadranten des Trommelfells. Die Dauer der Eiterung aus dem linken Ohre gab der Patient mit einem Monat an. Sechs Tage nach der Aufnahme bemerkte man Empfindlichkeit des linken Warzenfortsatzes, zugleich stellten sich Fieber, Kopfschmerzen und allgemeine Schwäche ein. Da die Indikationen zur Operation ausreichend waren, wurde eine akute Ausmeißelung des linken Warzenfortsatzes ausgeführt, wobei seine derbwandigen Zellen sich als mit Eiter gefüllt erwiesen haben. Der ganze Warzenfortsatz wurde gereinigt, das Antrum geöffnet. Nach der Operation sank die Temperatur, ohne jedoch zur Norm zurückzukehren. Im weiteren Verlauf stieg die Temperatur wiederum sehr bedeutend; es kamen sehr heftige Kopfschmerzen, ataktischer Gang und Erbrechen hinzu. Der Puls wurde dikrotisch, langsam. Die Pupillen reagierten schwach, die linke Pupille war erweitert; mit einem Worte, das Bild eines Hirnabszesses war vollständig ausgesprochen, und infolgedessen schlug ich dem Patienten die operative Eröffnung des Abszesses vor. Der damalige Oberarzt konnte sich aber für die Operation nicht gleich entschließen, und während wir schwankten, stellten sich bei dem Patienten Delirien und sehr frequenter Puls (bis 150) ein. Tod 27 Tage nach der Trepanation des Warzenfortsatzes. Sektion: Abszeß im linken Lobus des Kleinhirns. Derselbe war hühnereigroß, von einer deutlich ausgesprochenen pyogenen Membran umgeben und enthielt grünlichen Eiter: eitrige Leptomeningitis.

Den zweiten Fall habe ich September 1904 beobachtet. Er betrifft einen 24jährigen Patienten, Soldat, der in das Hospital mit einer seit einem Tage bestehenden Blutung aus dem linken Ohre aufgenommen wurde. Vor einem Jahre bestand Eiterung aus demselben Ohre, welche auf spezielle Behandlung zurückging. Rechtes Trommelfell eingezogen, linkes rot, vorgestülpt, blutiges Sekret. Die ganze linke Hälfte des Kopfes ist empfindlich; heftiger Kopfschmerz, Pupillen deutlich erweitert, Schlaflosigkeit, Temperatur 40,1, Puls 100.

5. 9. Trepanation des linken Warzenfortsatzes am fünften Tage nach der Aufnahme des Patienten in das Hospital. Nach Abtragung der Kortikal-Schicht fand man unmittelbar oberhalb derselben übelriechenden Eiter, der den ganzen Fortsatz durchtränkte, und sich bis zum Sinus transversus und zur mittleren Schädelgrube ausbreitete. Großer perisinualer Abszeß. Freilegung des Sinus transversus in großer Ausdehnung. Die mittlere Schädelgrube wurde gleichfalls in großer Ausdehnung eröffnet, wobei die harte Hirnhaut bei der Besichtigung unverändert erschien. Im Antrum ziemlich viel Eiter. Nach der Operation begann die Temperatur allmählich zu sinken. Am achten Tage um zwei Uhr nachts plötzlich Erbrechen, seit vier Uhr morgens Bewußtlosigkeit. Unwillkürlicher Abgang von Harn und Fäces. Auf Stich reagiert der Patient nicht. Puls ca. 100. Man vermutet einen Hirnabszeß. Um zehn Uhr morgens Operation (M. A. Galin). Der Frontallappen wurde noch mehr geöffnet. Probeinzisionen an diesem letzteren, sowie am Kleingehirn mit der Pravaz-Spritze förderte nichts zu Tage. Tod am dritten Tage nach der zweiten Operation. Sektion: Abszeß in der hinteren Hälfte des linken Frontallappens von der Größe einer großen Haselnuß mit Durchbruch in das laterale Ventrikelchen. Eitrige Leptomeningitis. Die Nadel der Spritze war 0,5 cm an den Abszeß nicht herangekommen.

3. Fall. Im September 1904 wurde in die Abteilung der 23jährige Patient aufgenommen, der über seit 1½ Jahre bestehen-

---

nur die Kenntnisse Galens, welchen sie als treue Traditionalisten allein Wert beilegen, wie auch immer die persönlichen Beobachtungen, zu welchen sie selbst Gelegenheit fanden, sein mochten. Kurz, sie nahmen einfach dasselbe an wie dieser Autor, welchem vollständig das Vorhandensein von Lungentuberkel, von Beziehungen zwischen Phthise und Lungenulzerationen unbekannt war; oder noch mehr, sie identifizierten wie er, die Phthise mit diesen Ulzerationen. Wenn die Talmud-Kommentatoren davon Kenntnis gehabt hätten, daß die Knoten der Perlsucht des Viehes die Ursache der menschlichen Phthise hätten sein können, würden sie sicherlich das Fleisch der Tiere, welche die Träger dieser Tumoren sind, zur Nahrung verboten haben. Das haben sie nicht getan, das steht ganz sicher fest; und sie konnten es auch nicht tun, aus den oben auseinandergesetzten Gründen.

Aber versuchen wir weiter, ohne nach prinzipiellen Gründen zu suchen, durch Vergleich mit anderen ähnlichen Verboten und ohne vom Talmud auszugehen, die Gründe zu analysieren, welche die Verfassung dieses Werkes beherrschten.

Welchen Beweggrund konnte es geben, daß das Fleisch eines Tieres, dessen Lunge in dieser Verfassung war, nicht gegessen werden sollte? Augenscheinlich würde der Gedanke an Tuberkulose oder an eine Form der Tiertuberkulose in keinem Grade mitwirken können, um als Grundlage dieses Verbotes zu dienen; nicht mehr der Gedanke an Hygiene oder an eine mögliche Ansteckung. Die Ebräer kennen keine Tuberkulose, und der Gedanke an eine Uebertragung von Krankheiten durch Ansteckung ist ihnen absolut unbekannt. In der Tat, das „Tier ist noch eßbar, wenn die „Blasen“ der Lungen mit ekler, fötider Masse gefüllt sind“, d. h. wenn die Tiere in Zuständen sich befinden, welche vom hygienischen Standpunkte viel beunruhigender zu sein scheinen.

Ich kenne nicht die Gründe, warum das Fleisch jener Tiere mit harten Lungen verboten wurde*), aber das ist sicher einer jener wunderlichen und befremdenden Gründe, welche unser Geist kaum verstehen kann, nachdem unsere Kritik sie aufgedeckt hat. Der folgende Text, gedruckt in der Abhandlung Chulin 54a, 55b, liefert uns ein gutes Beispiel dieser besonderen Gründe des Verbotes, ebenso wie die wissenschaftlichen Tendenzen, welche nach den Juden bei der Verfassung des Talmud maßgebend gewesen sein würden: „Ist die Lunge ganz geschrumpft, so ist das Tier ungenießbar, falls diese Lungenschrumpfung durch die Angst bedingt ist, welche das Tier infolge einer menschlichen Handlung durchgemacht hat, z. B. weil man ein anderes Tier in seiner Gegenwart abgestochen hat oder aus anderen ähnlichen Gründen; aber wenn die Angst des Tieres durch irgend eine Himmelserscheinung, wie Rollen des Donners, Lichterscheinungen oder ähnliche Dinge verursacht ist, oder wenn sie durch ein anderes Tier, z. B. durch das Brüllen des Löwen, hervorgerufen ist, so ist das Tier genießbar. Wenn man über die Ursache der Angst nicht im klaren ist, läßt man die Lunge 24 Stunden in Wasser weichen; kehrt sie in ihren normalen Zustand zurück, so leitet man daraus ab, daß die Angst durch eine Himmelserscheinung

*) Es scheint hier ein Gegensatz zu unseren früheren Ausführungen zu bestehen: man findet die Lösung dieser Schwierigkeit, deren Besprechung uns zu weit ab führen würde, in unserer eingehenden Arbeit.



den Eiterfluß aus dem rechten Ohre klagt. Wegen des Eiterflusses aus dem rechten Ohre hatte der Patient bereits einen einjährigen Urlaub bekommen, um sich zu Hause zu erholen. Der Eiterfluß hat jedoch nicht aufgehört. Bei der Besichtigung der Ohren fand man Verengung des rechten äußeren Gehörganges in seinem Knochenteile, schleimig-eitrige Sekretion und eine kleine Oeffnung im Trommelfell. Das linke Trommelfell war trübe. In der Anamnese Syphilis. Konservierende Behandlung $3^1/_2$ Monate lang ohne bemerkbaren Erfolg. Hierauf stieg die Temperatur. Es stellten sich Empfindlichkeit des Warzenfortsatzes und Kopfschmerzen ein. Am 7. 12. 1904 Trepanation des Warzenfortsatzes. Nach Entfernung der Kortikalschicht desselben fand man in den Zellen des Warzenfortsatzes Eiter. Der Sinus transversus wurde freigelegt und diesseits der harten Hirnhaut ein perisinualer Abszeß gefunden. Nach der Operation sank die Temperatur etwas, stieg aber dann wieder. Volle Appetitlosigkeit, bewußtloser Zustand. Die Pupillen reagierten nicht auf Licht. Puls 100. Tod nach fünf Tagen. Sektion: Eitrige Leptomeningitis. Abszeß im linken Lobus des Kleingehirns von der Größe einer großen Haselnuß mit Durchbruch auf die Oberfläche der Hemisphäre.

4. Fall. Der 23jährige Soldat wurde Mitte Dezember 1904 mit Eiterfluß aus dem linken Ohre, der ca. vier Monate andauerte, aufgenommen. Im Juli desselben Jahres hatte der Patient gleichfalls wegen Eiterfluß aus dem Ohre im Krankenhause gelegen; er wurde als gebessert entlassen. Die Besichtigung ergab, daß das linke Trommelfell zerstört ist. Neun Tage nach der Aufnahme stellten sich Kopfschmerzen, nach 17 Tagen Erysipel des Ohrläppchens ein, und infolgedessen wurde der Patient nach der Abteilung für Infektionskrankheiten transportiert. Durch Pinselung mit Jodtinktur wurde der erysipelatöse Prozeß geheilt. Später entzog sich der Patient meiner unmittelbaren Behandlung, weil er der Abteilung eines anderen Arztes zugewiesen wurde. Im allgemeinen war der Krankheitsverlauf der folgende: Nach 46 Tagen begann der Patient zu delirieren; er erbrach auch. Während der ganzen Zeit klagte er immerfort über Kopfschmerzen. Die Temperatur war subnormal. Es entstand der Verdacht auf eine Störung der Psyche, und infolgedessen wurde der Patient von einem Psychiater untersucht. Diese Untersuchung ergab keine Anhaltspunkte für die Annahme eines Hirnabszesses, und infolgedessen wurde beschlossen, den Patienten nach Hause zu schicken. Da ich in Anbetracht des Allgemeinbefindens des Patienten (erdfahle Hautfarbe, Schlaffheit in den Bewegungen und ununterbrochene heftige Klagen über Kopfschmerzen) Abszeß des Gehirns vermutete, bestand ich darauf, daß der Patient zur weiteren Beobachtung im Krankenhause zurückbehalten werde. Nach 56 Tagen wurde beschlossen, die Trepanation vorzunehmen. Dieselbe wurde vom Konsultanten des Hospitals M. A. Galin ausgeführt. Der Warzenfortsatz hat sich als derb und wenig verändert erwiesen. Es wurde die mittlere Schädelgrube freigelegt und eine Probeinzision mit der Pravaz-Spritze gemacht, aber kein Eiter gefunden. Trotz der Operation blieben die Kopfschmerzen nach wie vor bestehen, der Patient begann schnell und stark abzumagern, er wurde schlaff, apathisch, zeitweise erbrach er. Der Kniereflex war hochgradig gesteigert. Die linke Pupille war weiter als die rechte. Puls 46. Nach acht Tagen Tod. Die Sektion ergab im linken Frontallappen einen Abszeß von der Größe einer Apfelsine; der Eiter war von schmutzig-grünlichroter Farbe, der Abszeß von einer Kapsel umgeben, die sich von der anliegenden Hirnsubstanz leicht ablösen ließ. Die Hirnsubstanz war zwischen der harten Hirnhaut und der Abszeßhöhle bis auf 1 cm verdünnt.

5. Fall. Im September 1905 wurde der 22jährige Soldat wegen seit drei Monaten bestehender Eiterung aus dem linken Ohre und hartnäckigen Geräusches im Kopfe in das Krankenhaus aufgenommen. Das linke Trommelfell war teilweise zerstört. Nach elf Tagen fühlte sich der Patient eines Tages sehr schlecht, er klagte über heftige Kopfschmerzen. Die Besichtigung ergab: Schwellung des Warzenfortsatzes. Nach zwei Tagen Temperatur abends 39,0. Weiterer Verlauf der Temperatur: 37,1 bis 38,7; 37,1 bis 39,3; 38,4 bis 37,4; 39,0 bis 39,4; 39,4 bis 40,4; 39,7. Tod. Am vierten Tage hatte der Patient, als die Temperatur stieg, das Bewußtsein verloren. Die Pupillen waren erweitert und reagierten nicht auf Licht. In den Händen stellten sich leichte Krämpfe ein. Puls über 100; Patient ißt alles, was man ihm reicht; im allgemeinen das Bild von Leptomeningitis. Die Operation mußte wegen Weigerung des Patienten unterbleiben. Sektion: Der Warzenfortsatz und die Pyramide waren mit Eiter durchtränkt. Der Sinus transversus wurde von einem Thrombus, welcher sich im Stadium der Organisation befand, ausgefüllt. Auf der Hirnbasis und zwischen den Hemisphären war Eiter. Im linken Lappen des Kleingehirns befand sich ein Abszeß von der Größe eines kleinen Hühnereies mit grünlichem, übelriechendem Eiter; die pyogene Membran war stark ausgesprochen, die Hirnsubstanz war auf der Oberfläche der Hemi-

---

oder durch ein anderes Tier verursacht worden ist; das Tier ist also genießbar. Wenn nicht, so schließt man daraus, daß die Angst von einer menschlichen Handlung abhängig ist, und dann ist das Tier ungenießbar".

Man muß wahrhaftig die hygienische Narrheit bis zu den äußersten Grenzen treiben, um hier einige hygienische Andeutungen wiederzufinden; ein völlig analoger Grund hat sehr wahrscheinlich das Verbot des Fleisches von Tieren mit harter Lunge veranlaßt.

Wenn die Talmudkommentatoren nicht das Fleisch von Tieren als Träger der Tumoren der Perlsucht zur Nahrung verboten haben, so geschah es unseres Erachtens, weil sie es nicht zu tun vermochten. In der Tat sind die Verfasser des Code deutironomique (das Deuteronomium ist im achten bis sechsten Jahrhundert vor unserer Zeitrechnung verfaßt), des Code Sacer-Ibtal oder Priesterkodex (das Levitikum ist im fünften bis vierten Jahrhundert vor unserer Zeitrechnung verfaßt), des Talmud (verfaßt im zweiten bis fünften Jahrhundert vor unserer Zeitrechnung) alle, bis zu welchem Grade auch immer, absolut unbekannt mit jeder Art von Kenntnissen, welche unseren modernen oder heutigen hygienischen Vorstellungen entsprechen. Diese oder jene rituelle Maßnahme des Altertums, die Beschneidung, die Besichtigung des Fleisches, das Verbot des Fleisches gewisser Tiere, um nur die anzuführen, hinsichtlich deren der Irrtum am beliebtesten und am häufigsten begangen wird, können in der Tat in gewissen Fällen Vorteile zeigen, welche übrigens sehr oft durch sehr große Nachteile wieder ausgeglichen werden. Aber nie und nimmer hat ein Gedanke an Prophylaxe, an Hygiene in den Epochen der Aufstellung dieser Riten geherrscht, welche sich der wenigsten deren Ursprung, nicht hygienischer als diese Riten selbst, sich in das unergründliche Dunkel der fernsten Vergangenheit verlieren, hat nicht, sagen wir, bei ihrer Einrichtung vorgeherrscht.

Ich will hier nicht ganz allgemein die Frage der Möglichkeit hygienischer Vorstellungen im hohen Altertum prüfen. Ich will in dieser Hinsicht auf die schon zitierte Arbeit von Salomon Reinach verweisen, welche ich selbst an anderer Stelle besprochen habe*). Mehr als überall sonst war diese hygienische Vorstellung, deren erste Keime wir bei den Griechen sich entwickeln sehen, welche aber nicht bei den Aegyptern oder Chaldäern existierte, bei den Juden unmöglich, überließen sie sich doch ganz einem mystischen Animismus oder einem transzendenten Fetischismus.

Salomon Reinach sagt ausgezeichnet**): „Die Geschichte lehrt uns einmal, daß der Gedanke auch der Hygiene, d. h. einer direkten wirklichen Beziehung zwischen der Diät des Menschen und seinem physischen Zustande eine Entdeckung ist, welche wir dem rationalistischen Geiste Griechenlands verdanken, eine Entdeckung, welche im fünften Jahrhundert vor unserer Zeitrechnung an den für immer berühmten Namen des Hippokrates anknüpft.

*) P. Garnault, Sur la prosibilité des idées hygieniques alans la hante antiquité. Bulletin et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris; seance du 7. Fev. 1901, 5. Ser. II.

**) Reinach, La portée hygienique des préscriptions alimentaires. L'Univers israélite 4535, Mai 1901.

(Fortsetzung folgt.)



sphäre bis 1 mm verdünnt. Außerdem fand man fettige Degeneration des Herzens, Schwellung der Milz, sowie parenchymatöse Degeneration der Leber und der Milz.

6. Fall. Der 23jährige Krankenwärter wurde im Februar 1906 wegen seit vier Monaten bestehendem Eiterfluß aus dem Ohre in das Krankenhaus aufgenommen. Der Gehörgang war durch Granulationen verengt, das Trommelfell wenig verändert. 15 Tage nach der Aufnahme starker Kopfschwindel; am anderen Tage Parese des linken Gesichtsnerven. Temperatur 38,9. Der Kopfschwindel hält an. Bei der Untersuchung mit Stimmgabel A erwies sich das Leitungsvermögen der Knochen als herabgesetzt. Weiterer Verlauf der Temperatur: 24. Februar abends 38,4; 25. Februar 37,4 bis 38,0; 26. Februar 37,0 bis 37,7. Radikale Trepanation ausgeführt von A. A. Turski. Der Knochen erwies sich als unverändert. Auf der hinteren Wand des Gehörganges befand sich ein nach dem Warzenfortsatz führender Fistelgang. Der ganze Knochenteil des Gehörganges bestand aus einzelnen Sequestern. Die Zellen des Warzenfortsatzes waren mit Granulationen bis zur Spitze gefüllt; auch im Mittelohr befanden sich Granulationen, Koernerscher Lappen und Nähte. Postoperativer Verlauf der Temperatur: 26. Februar 37,7; 27. Februar 37,5 bis 37,5; 28. Februar 37,5 bis 37,7; 1. März 37,8 bis 37,3; 2. März 37,5 bis 37,0; 3. März morgens 37,9. Augenkonjunktiven gerötet, Pupillen verengert, reagieren nicht auf Licht. Puls 120, rhythmisch. Empfindlichkeit beim Einstich mit der Nadel herabgesetzt. Seit zwei Uhr nachts Bewußtlosigkeit. Kein Erbrechen. Um neun Uhr morgens Tod unter Erscheinungen von Cyanose des Gesichts und Bewußtlosigkeit, sowie tetanischen Krämpfen in den Fingern. Sektion: Abszeß im linken Lappen des Kleingehirns. Eiter dicht, grünlich; Abszeßhöhle taubeneigroß, Wandungen uneben. Stark ausgesprochenes Oedem des Gehirns. Milz septisch. Sinus transversus unverändert. Ein Fistelgang von der Pyramide zur harten Hirnhaut wurde nicht gefunden. (Fortsetzung folgt.)

Vom XIV. internationalen Kongress für Hygiene und Demographie.

Fortsetzung aus Nr. 40.

Der zweite Referent über das Thema

Das Fürsorgewesen für Säuglinge

Dr. Alexander Szana, Direktor und Chefarzt des staatlichen Kinderasyls in Temesvar kam in seinem Vortrag zu folgenden Schlußsätzen:

1. Die Aufnahme von Säuglingen in die öffentliche Fürsorge ist in dem ungarischen System der staatlichen Fürsorge mustergültig gelöst. In Ungarn übernimmt der Staat die Versorgung der der öffentlichen Fürsorge bedürftigen Säuglinge. Die Uebernahme in öffentliche Versorgung geschieht, sobald die Bedürftigkeit angemeldet wird. Eine genaue behördliche Prüfung der Bedürftigkeitsumstände erfolgt erst nach der Aufnahme des Säuglings.
2. Als Folge dieses Systems, welches der Mutter doch eine Verantwortung und Lasten aufbürdet, kommen in Ungarn die Säuglinge älter zur Aufnahme, als beim romanischen System, welches direkt zur Abgabe der Säuglinge reizt, etwa im selben Alter, als beim germanischen System in das städtische Kinderasyl in Berlin, doch mit bedeutend höherem Durchschnittsaufnahmegewicht als in diese Anstalt, wohl weil kein einziger Fall durch administrative Schwierigkeiten verspätet aufgenommen wird.
3. Wie wichtig die frühzeitige Aufnahme ist, beweist, daß die im späteren Alter zur Aufnahme gelangenden Säuglinge mit einem zum Durchschnittsgewicht immer tiefer sinkenden Aufnahmegewicht zur Aufnahme kommen, es sterben von diesen zweimal so viel als von denen, die mit schwererem Gewicht als der Durchschnitt zur Aufnahme gelangen.
4. Die Versorgung des Säuglings geschieht im ungarischen Systeme prinzipiell bei der Mutter und werden außerhäuslich erwerbstätigen Frauen Stillprämien gegeben, damit sie zu Hause bleiben und säugen können. Mütter, die keine eigene Wohnung besitzen, werden mit ihrem Kinde in Außenpflege gegeben. Nur wenn keine der beiden Arten anwendbar ist, kommt das Kind zu einer Pflegemutter.
5. Von den durch eine Pflegemutter gesäugten Säuglingen starben dreimal so viel als von jenen Säuglingen, die durch ihre Mutter gegen Stillprämie gesäugt wurden, und zweimal so viel als von jenen, die mit ihrer Mutter in Außenpflege gegeben wurden.
6. Bei gleicher Art der Versorgung ist ein Unterschied zwischen der Sterblichkeit von ehelichen und unehelichen Säuglingen nicht zu konstatieren.
7. Die Sterblichkeit der von einer Pflegemutter gesäugten Säuglinge ist um ein Viertel auch noch im zweiten Jahre größer als die von der eigenen Mutter gesäugten, um ein Fünftel auch noch im dritten Jahre und erst im vierten Jahre verschwinden die Unterschiede.
8. Die in öffentlicher Versorgung befindlichen Säuglinge haben, wenn sie gegen Stillprämien bei ihrer Mutter belassen werden, ein Durchschnittsgewicht, das höher ist, als das Aufnahmegewicht der in öffentliche Versorgung kommenden Säuglinge gleichen Alters. Werden die in öffentlicher Versorgung befindlichen Säuglinge mit der säugenden Mutter zusammen in Außenpflege gegeben, so ist ihr Durchschnittsgewicht beiläufig gleich dem Aufnahmegewicht der in öffentliche Versorgung kommenden Säuglinge. Werden diese Säuglinge aber durch eine Pflegemutter gesäugt, so ist ihr Durchschnittsgewicht (immer nach mindestens vierwöchiger Versorgung) niedriger als selbst das Aufnahmedurchschnittsgewicht der in öffentliche Versorgung gelangenden Kinder.
9. Unter den eigenen Kindern der säugenden Pflegemutter, welche dem Pflegekinde zu Liebe früher entwöhnt werden, sind durch das frühere Entwöhnen keine Todesfälle nachzuweisen.
10. Unter den durch eine Pflegemutter gesäugten Kindern ist die Sommersterblichkeit ein Viertel größer als die des übrigen Jahres. Ein Viertel der verstorbenen Säuglinge starb einen Monat nach seiner Aufnahme.
11. Die Prinzipien einer richtigen Statistik von Säuglingsschutzinstitutionen sind einheitlich festzustellen. Diese Statistik muß das Aufnahmealter und die Dauer des Aufenthaltes berücksichtigen. Das Schicksal der aus der Beobachtung Scheidenden ist zu berücksichtigen.

Wir schließen hieran zwei Referate über die Fürsorge für Schwachsinnige.

Der erste Referent Dr. Fürstenheim, Berlin-Karlshorst stellte folgende Sätze auf:

1. Die soziale Fürsorge für geistig-abnorme Kinder nimmt ihren Ausgang einmal von der Volksschule, die den Abnormen durch Nebenklassen, Hilfsschulen usw. zu dienen sucht; andererseits von den Idioten- und Irrenanstalten, denen Idiotenschulen und dergl. angegliedert werden.

   Es gibt nun eine große Gruppe von Kindern, denen mit dem Spezialunterricht allein nicht geholfen ist, und die auch nicht in die Idioten- und Irrenanstalten gehören, selbst dann nicht, wenn diesen Kinderabteilungen angegliedert werden.

   Es sind daher für die große Anzahl der hier in Betracht kommenden Kinder besondere Anstalten — Heilerziehungsanstalten — erforderlich, deren Aufgaben und Einrichtungen von denen der Idioten- und Irrenanstalten wesentlich verschieden sind, und deren Leitung spezialistisch vorgebildeten Männern gebührt, welche die besondere Erfahrung und die besonderen Methoden zum ärztlich-psychologischen Verständnis der Kinder und zu ihrer ärztlich-erzieherischen Behandlung beherrschen.
2. Ein öffentlicher Kostenträger existiert in Preußen vorläufig für das Heilerziehungsverfahren nur bei denjenigen Kindern, bei denen die Voraussetzungen des preußischen Fürsorgeerziehungsgesetzes (vom 2. Juli 1900) vorliegen: nämlich entweder die Gefahr völliger sittlicher Verwahrlosung des Kindes (die nach der geltenden Rechtsprechung des preußischen Kammergerichtes im allgemeinen erst dann angenommen wird, wenn ein Delikt

des Kindes vorliegt), oder aber schwere erziehliche Vernachlässigung seitens der Eltern.

Also gerade in den Fällen, in welchen sich Eltern rechtzeitig ratsuchend an den Arzt wenden, bleibt Unbemittelten heute die notwendige Hilfe versagt.

Das preußische Ausführungsgesetz zum Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz regelt in Preußen die öffentliche Fürsorge für Blinde, Taubstumme, Idioten und Epileptiker; die Debilen und Psychopathen aber sind im Gesetz nicht mit aufgezählt, nicht etwa, weil der Gesetzgeber diese Gruppe Hilfsbedürftiger ausschließen wollte, sondern einfach, weil sie seinerzeit dem Gesetzgeber als eine besondere Gruppe noch gar nicht bekannt war. — Diese Lücke im Gesetz macht sich den beteiligten Kreisen täglich fühlbar: den Vormundschaftsrichtern, die das eingeholte psychiatrische Gutachten bezüglich der geeigneten Unterbringung des Mündels nicht verwirklichen können, den Pädagogen, deren Erfolge in der Schule durch unzulängliche oder zweckwidrige Einwirkung des Elternhauses vernichtet werden, den Aerzten, speziell den Nerven- und Kinderpolikliniken, die wohl wissen, was zu geschehen hätte, die aber aus Mangel an geeigneten Anstalten und vor allem an einem Kostenträger für das Heilerziehungsverfahren ratsuchenden Eltern ratlos gegenüberstehen. — Selbst wenn es gelänge, private Mittel für den Bau von Heilerziehungsanstalten flüssig zu machen, ähnlich wie seinerzeit bei dem Bau von Lungenheilstätten, so müßte dennoch auf legislativem Wege ein Kostenträger für das Heilerziehungsverfahren geschaffen werden, wie ihn bei den Lungenheilstätten die Landesversicherungsanstalten darstellen.

3. Um eine Ueberfüllung der Heilerziehungsanstalten zu vermeiden, müssen die schwereren Fälle nach wie vor in den Kinderabteilungen bezw. Idiotenschulen der Irren- und Idiotenanstalten untergebracht werden. Ferner ist an die Heilerziehungsanstalten ein ausgedehntes System der Familienpflege unter der zentralen Kontrolle der Anstalt anzugliedern. Endlich würden in den leichtesten Fällen „Kinderhorte" oder „Tagebewahranstalten", die im Anschluß an den Schulunterricht die Kinder für den übrigen Teil des Tages aufnehmen und nur abends zur Familie entlassen, eine ärztlich-erzieherische Behandlung auch ohne gänzliche Entfernung des Kindes aus der Familie ermöglichen, vorausgesetzt, daß diese Horte hygienisch eingerichtet, mit den nötigen Bildungs- und Beschäftigungsmitteln ausgestattet, von sachverständiger pädagogischer Seite mit den erforderlichen Hilfskräften geleitet und ärztlich überwacht werden.

Die Vorbereitung auf die Schule durch besondere heilpädagogische Kindergärten ist sehr zweckmäßig, noch wichtiger jedoch die Fürsorge für die schulentlassenen geistig-abnormen Kinder; sie bedürfen einer besonderen Berufsbildung von Lehrkräften, die mit der Eigenart der Kinder vertraut sind. Es sind demnach im Anschluß an die Fortbildungsschule für Hilfsschulentlassene Berufsbildungsstätten zu gründen — Flick- und Nähschulen, Koch- und Haushaltsschulen für Mädchen, Korb- und Holzbearbeitungsschulen, Streicher- und Töpferschulen für Knaben —, in denen ein großer Teil der Kinder in einer ihrer Neigung und Fähigkeit entsprechenden Weise zu „halben Kräften" im Dienste der Gesellschaft erzogen werden kann. Auch im Anschluß an die Heilerziehungsanstalten sind solche Berufsbildungsstätten zu schaffen.

4. Die erforderlichen Mittel werden von Kommunen, Provinzen und Privaten in demselben Maße bewilligt werden, als die Erkenntnis wächst, daß es sich im Grunde nur um eine zweckmäßigere Verwendung schon bestehender Lasten, auf die Dauer sogar wahrscheinlich um Ersparnisse handelt. Denn: das Verbrechen, die Prostitution, Vagabondage, Geisteskrankheiten rekrutieren sich gerade aus den Kreisen derjenigen Kinder, die der Heilerziehung bedürfen und durch Heilerziehung zu retten sind.

Aufgabe des Staates aber ist die Förderung wissenschaftlicher Bestrebungen zur Erforschung der körperlichen und geistigen Entwicklung normaler und abnormer Kinder. Das täglich an Bedeutung wachsende Gebiet der Medikopädagogik bedarf eines eigenen Institutes in Berlin mit einer ärztlich-anthropologischen, pädagogisch-psychologischen und psychophysikalischen Abteilung. — Das Institut würde eine zum dringenden Bedürfnis gewordene Fortbildungsanstalt darstellen für den Juristen, speziell den Vormundschaftsrichter, den Arzt an höheren Schulen, Volks- und Hilfsschulen, die ärztlichen und pädagogischen Leiter und Mitarbeiter an Fürsorge- und Heilerziehungsanstalten; es könnte endlich die Seminarbildung des Lehrers ergänzen nach der Seite der Anthropologie und Psychologie des Kindesalters, der experimentellen Pädagogik, der pädagogischen Pathologie und Therapie.

Das Institut müßte die Individualpsychologie pflegen, die Sammelforschung organisieren; es könnte die Personalbogen der Hilfsschulen, der Fürsorge- und Heilerziehungsanstalten sammeln und einheitlich verarbeiten. Späterhin wäre dem Institut eine Beobachtungsstation (für jugendliche Angeschuldigte, für vorläufig unterzubringende Fürsorgezöglinge usw.), auch eine Muster- und Uebungsschule anzugliedern, wie sie Japan schon heute besitzt.

Ein medikopädagogisches Institut in Berlin ist notwendig, wenn Preußen seine zentrale Stellung im Erziehungswesen bewahren will!

Der zweite Referent Prof. Dr. W. Weygandt gelangte zu folgenden Ergebnissen:

1. Stufen und Arten des kindlichen Schwachsinns.
   a) Stufen: Blödsinnige (Idioten) } dauernd
      Schwachsinnige (Imbezille) } anstaltsbedürftig
      Minderwertig (Debile), bedingt entlassungsfähig.
   b) Arten: Anlagehemmung,
      Entzündliche Hirnerkrankung (Encephalitis, Porencephalie, Hydrocephalie, Meningitis etc.),
      Thyreogene Störung (Kretinismus, Myxödem),
      Mongoloider Schwachsinn,
      Epileptischer Schwachsinn,
      Organische Hirnerkrankung etc. (infantile Paralyse, Tumor, multiple Sklerose, hypertrophische Sklerose, Gliose, amaurotisch-familiäre Idiotie etc.).
2. Entwickelung und gegenwärtiger Stand der Schwachsinnigenfürsorge.
   a) Anfang der Schwachsinnigen-Anstalten.
   b) Eingreifen öffentlicher Fürsorge, das preußische Gesetz vom 11. 7. 1891.
   c) Gegenwärtig bestehende Organisationen von Idiotenanstalten Hilfsschulen, Fürsorgeerziehung.
3. Forderungen für die Weiterentwickelung der Schwachsinnigenfürsorge.
   a) Verstaatlichung und Verärztlichung der Idiotenanstalten für dauernd Anstaltsbedürftige, nach Analogie der Irrenfürsorge. Psychiatrische Leitung, Beihilfe von Pädagogen, Handfertigkeitslehrern, Handwerksmeistern und landwirtschaftlichen Aufsehern.
   b) Hilfsschulen mit Schulzwang für leicht Schwachsinnige; Landeshilfsschulen mit Internat für ländliche Schwachsinnige. Pädagogische Leitung; ärztlicher Beirat. Frage der Sonderklassen, nach Mannheimer und nach englischem System.
   c) Fürsorgeerziehung für sittlich gefährdete und defekte Kinder.
   d) Frage der Fürsorge für epileptische, nerven- und geisteskranke Kinder.

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 26. Juni 1907.

Vor der Tagesordnung:

Westenhoeffer demonstriert Präparate von einem Fall von Lymphomatose des Darms, Magens und der Ellenbeuge; nicht nur



im Darm, sondern auch im Magen finden sich kolossale lymphatische Tumoren, die zu oberflächlichen Ulzerationen geführt haben, aus denen der Patient sich verblutete.

Weiter zeigt er ein Chondrom des Rippenbogens.

Mai demonstriert den Magen eines Patienten, der mit Eskalin behandelt wurde; die Blutungen wiederholten sich trotzdem, so daß der Verdacht auf Karzinom entstand, der durch die Autopsie bestätigt wurde. Präparate von mit Eskalin behandelten Tieren zeigen die feine Auflagerung des metallischen Pulvers auf die Magenschleimhaut. Das Eskalin kann die Komplikation des Blutens beim Ulkus völlig beherrschen; deshalb kann schon am ersten Tage nach der Blutung Nahrung gegeben werden. Die Hyperazidität des Magens scheint nicht beeinflußt zu werden. Eine einmalige Gabe ist meist ausreichend; danach verschwindet das Blut im Stuhl. Die Dosis beträgt etwa 10 g. Das Präparat kommt in Tabletten à 2 g in den Handel (Chemische Fabrik Charlottenburg); davon werden 4—5 in ein halbes Glas Wasser aufgerührt und getrunken.

Diskussion.

Ewald hat von großen Wismutdosen nie Vergiftungserscheinungen gesehen. Einen Fall von Magenblutung hat er vergeblich mit Eskalin behandelt, hier brachte erst die Gastroenterostomose Heilung.

Mainzer berichtet über eine Serie von zehn Fällen von abdominaler Totalexstirpation des karzinomatösen Uterus; alle Patientinnen blieben am Leben; die Präparate zeigen, daß es mit dieser Operationsmethode möglich ist, in weitestem Umfange den ganzen Genitalschlauch mit Parametrien und Drüsen zu exstirpieren.

Ewald hat das Blumbergsche Symptom bei Appendizitis: Schmerzempfindung nicht beim Eindrücken, sondern beim Aufheben der palpierenden Hand, bei einem Falle vor der Operation konstatiert; die Operation ergab dann, daß peritonitische Reizung vorlag.

Tagesordnung:

Jakoby: Die Stereokystoskopie und die Stereokystophotographie.

J. beschreibt kurz die Einrichtung seines Stereokystoskops, das auf einfache Weise die Möglichkeit geben soll, binokular das Blaseninnere zu betrachten, d. h. die Objekte im Blaseninnern körperlich zu sehen im Gegensatz zu den flächenhaften Bildern, die man beim Kystoskopieren mit einem Auge erhält. Das Instrument erleichtert erheblich die Aufnahme stereoskopischer Bilder, da dieselben gleichzeitig aufgenommen werden können. Demonstration von Bildern.

Diskussion:

Kuttner: Der Eindruck der Körperlichkeit der Bilder beim gewöhnlichen Kystoskopieren wird gegeben durch die Verteilung von Licht und Schatten; die einfachen photographischen Bilder sind körperlich genug. Die Jakobyschen sind nicht wesentlich besser, K. sieht in der neuen Methode keinen Fortschritt.

Ringleb bezweifelt die Richtigkeit der technischen Vorrichtungen; die Bilder müssen zu lichtschwach werden; die Gesichtsfelder sind zu klein. Die Stereokystoskopie bedeutet entschieden einen Rückschritt gegenüber dem klassischen Instrument Nitzes.

Frank glaubt nicht, daß mit der neuen Methode etwas gewonnen ist; für Anfänger bietet sie sicher keine Erleichterung.

Niemann: Praktische Ergebnisse der Buttermilchernährung bei Säuglingen.

Für die Ernährung der Säuglinge ist nur frisch hergestellte Buttermilch zu benutzen; bewährt hat sich die alte Vorschrift 1 l Buttermilch, 15 g Mehl, 60 g Zucker, dreimal bis zum Aufkochen erwärmen. Bei 80% der damit ernährten Kinder, die im Alter von $3^1/_2$ Wochen bis zu 10 Monaten standen, wurden gute Erfolge erzielt. Kinder mit gesunden Verdauungsorganen gediehen prächtig, waren munter, sahen blühend aus; die Gewichtszunahmen waren meist größer als bei Milchnahrung. Schwerere Erkrankungen wurden gut überstanden bei Buttermilchernährung, besonders in der Rekonvaleszenz stellten sich schnelle Gewichtszunahmen ein. Die besten Erfolge wurden bei verschiedenen Darmaffektionen erzielt; in etwa 90% erwies sich die hohe therapeutische Bedeutung der Buttermilch. Nachdem das akute Stadium unter Thee und Schleimdiät überwunden ist, kann im subakuten, dyspeptischen Stadium mit der Buttermilch begonnen werden; die dyspeptischen Stühle werden davon bald normal, das Befinden bessert sich schnell und enorme Gewichtszunahmen sind zu erzielen. Auch bei chronischen Dyspepsien und bei Atrophien sind ausgezeichnete Erfolge zu erzielen, in letzteren Fällen am besten in Kombination mit Brusternährung. Die Buttermilch ist die beste Ergänzung der Brustnahrung. Eine Kombination mit Malzsuppe ist in manchen Fällen empfehlenswert; bei hartem Stuhl kann man Buttermilch ($^3/_4$ l) mit Sahnezusatz ($^1/_4$ l), dazu 2 Eßlöffel Mehl und 1 Eßlöffel Rohrzucker geben. Die Buttermilch wird fast immer gern genommen, nur wenige Kinder äußern einen Widerwillen. Der Buttermilchstuhl ist pastenartig, homogen, hellgelb, die Reaktion ist nicht immer alkalisch, sondern auch neutral und sauer; das Auftreten saurer Stühle ist nicht immer ein Vorbote von Störungen. Dyspepsien bei Buttermilchernährung sind selten; treten sie auf, so ist mit der Nahrung zu wechseln. Der Uebergang zur Buttermilchnahrung ist bisweilen mit leichten Temperaturstörungen verbunden; nur bei höheren Temperaturen ist auf die Buttermilch zu verzichten. Die mit Buttermilchnahrung erzielten Erfolge sind dauernde; die Frage, ob die Buttermilch einen Einfluß auf die Rhachitis hat, ist nicht sicher zu beantworten; häufiger sieht man jedenfalls Rhachitis bei Buttermilchkindern nicht.

Diskussion:

Cassel hat seit drei Jahren die Buttermilch viel zur Säuglingsernährung verwandt 1. bei gesunden Säuglingen schon vom ersten Tage an, 2. beim Allaitement mixte, 3. bei der Entwöhnung der Kinder. Bei Darmkatarrhen ist die Buttermilch erst im subakuten Stadium anzuwenden, da soll man sie gleich geben, ohne erst alle anderen Mittel zu probieren. Geradezu Triumphe kann man bei Atrophien erzielen. Bedingung ist natürlich eine tadellose Buttermilch und gute Technik. Zu 1 l Buttermilch sind 15 g Mehl und 60 g Rohrzucker oder noch besser 50 g Soxleth Nährzucker zuzusetzen. Anfangs soll man kleine Mengen geben, 40—50 g sechsmal täglich, dann ganz langsam steigen unter Kontrolle des Stuhles und der Temperatur; im Anfang muß man die Kinder täglich sehen. Die Reaktion der Stühle ist ohne Bedeutung; wird Buttermilch nicht vertragen, so brechen die Kinder, Temperatursteigerungen stellen sich ein, die Stühle werden wässrig; dann muß man schnell aussetzen, da sonst Katastrophen eintreten können. Man soll Buttermilch nicht zu lange geben; die Entwöhnung erfolgt am besten unter Zusatz von Sahne (10%) oder Ramogen (5%), dann $^2/_3$ Milch. Zeigen Kinder eine Aversion gegen Buttermilch, so braucht das nicht abzuschrecken; man kann sie dann einige Tage kalt eßlöffelweise geben. Rhachitis ist bei Buttermilchernährung nicht zu fürchten. Der Hauptwert der Buttermilch liegt in der Fettarmut; es ist die reinste in der Großstadt erhältliche Milch.

Jaffa: Die Buttermilch ist zur Ernährung der Säuglinge nur mit großer Vorsicht zu gebrauchen. Auch bei guter Buttermilch können plötzliche Katastrophen eintreten. Die Verwendung sollte nur unter ganz bestimmten Indikationen geschehen.

Periodische Literatur.

Münchener medicinische Wochenschrift. Nr. 28. 1907.

1. Schultze, Bonn: **Zur Diagnostik und operativen Behandlung der Rückenmarkshauttumoren.**

Verf. berichtet zunächst über eine Patientin, bei der sich eine Reihe von Symptomen, die auf einen Meningealtumor hinwiesen, fanden; es fehlten aber die örtlichen Druckschmerzen und im wesentlichen Schmerzen überhaupt, namentlich auch die ausstrahlenden neuralgischen Schmerzen. Es wurde trotzdem operiert, und an erwarteter Stelle ein wallnußgroßer extraduraler Tumor gefunden. Die Operation brachte völlig Heilung. Bei einem weiteren Falle, wo die Diagnose auf Kompression gestellt wurde mit der Möglichkeit eines extramedullaren Tumors, wurde bei der Operation nichts gefunden; erst die Autopsie zeigte, daß eine Wirbelkaries vorlag. Anschließend gibt Verf. eine tabellarische Zusammen-



stellung über all seine Diagnosen und die Operationen in bezug auf Rückenmarkshauttumoren, wobei solche ausgeschlossen werden, bei denen von vornherein sicher maligne Metastasen angenommen werden mußten und deswegen auch nicht operiert wurde. Es ist daraus zu ersehen, daß die wichtige Diagnose oft gelingt und nicht selten gar nicht schwer ist, und weiter, daß die Operation an sich ungefährlich ist, wenn es sich um den Dorsalteil des Rückenmarks handelt und besonders dann, wenn die Dura nicht eröffnet zu werden braucht. In 18 Fällen wurde ein extramedullarer Tumor mit großer oder sehr großer Wahrscheinlichkeit angenommen, dreimal wurde nicht operiert, zweimal überhaupt kein Tumor gefunden, auch bei der Autopsie nicht, einmal nicht bei der Operation, weil er zu hoch saß. Von den übrig bleibenden operierten 13 Fällen mit positiv vorhandenem meningealem Tumor wurden sechs völlig geheilt, einer dauernd gebessert, also über 50 %. Noch eindrucksvoller gestalten sich die Resultate, wenn in der Statistik die von Natur malignen Tumoren ausgeschaltet werden, und nur die häufigsten und für die Operation am günstigsten liegenden Geschwülste gegenüber dem Dorsalmark herangezogen werden. Von acht Kranken mit nicht malignen Geschwülsten von umschriebener Form gegenüber dem Dorsalmark wurden völlig geheilt sechs, dauernd gebessert einer, also nahezu alle.

2. Schüffner, Sumatra: **Die Spirochaeta pertenuis und das klinische Bild der Framboesia tropica.**

Verf. hat 129 Fälle von Framboesie auf das Vorhandensein von Spirochaeten untersucht; in 81 % der Fälle konnte er die Pertenuis nachweisen; das positive Resultat stieg bis auf 98 % bei einer Gruppe von Patienten, die einer wiederholten Untersuchung zugänglich waren. Bisher ist es nicht gelungen, die Spirochaete pallida und pertenuis sicher voneinander zu unterscheiden. Im Gewebe konnte Verf. auch bei Framboesie mittels der Silbermethode die Spirochaete nachweisen. Danach dürfte man wohl die Framboesie als eine Spirochaetose betrachten. Die Framboesia tropica ist eine Infektionskrankheit; dieselbe dringt durch die äußere Haut in den Körper ein; die Stelle der Infektion bildet sich zum Primäraffekt aus, der bald die Form der späteren typischen Eruption, bald die eines schmierigen, schlecht heilenden Geschwürs aufweist. Vier bis zwölf Wochen nach Entstehung des Effektes bricht der eigentliche Ausschlag am ganzen Körper aus. Die Effloreszenzen sind Papillome, die durch entzündlichen Saum vom normalen Gewebe abgegrenzt sind und mit wachsgelben Borken gekrönt, nach deren Ablösung die feuchte Oberfläche des gewucherten Papillarkörpers zutage tritt, ähnlich einer Himbeere, woher die Krankheit ihren Namen erhalten hat. Die Effloreszenzen heilen nach zwei bis sechs Monaten spontan ab; meist rezidiviert sie und kann sich über Jahrzehnte hinziehen. Eine Roseola kann bei Framboesie auftreten; daneben kommt ein großflechtiges Exanthem vor; Verf. sah dasselbe bei mehr als einem Viertel aller Frambötiker, dagegen nie bei Luetikern seiner Beobachtung. Reine Schleimaffektionen scheint die Framboesie nicht zu machen, so daß man dieselbe wohl ausschließen kann beim Befunde von Plaques muqueuses. Mit enormer Heftigkeit können namentlich in den ersten sechs Monaten Gelenk- und Knochenschmerzen auftreten; dies Symptom spielt in etwa 20 % der Fälle eine Rolle. Bei der Lues haben diese Schmerzen ihr Analogon in den rheumatischen Arthropathien, die öfters den Ausbruch des Exanthems begleiten. Eine ohne spontanen Schmerz verlaufende Verdickung von Extremitätenknochen konnte Verf. öfters beobachten, meistens bei Kindern; befallen waren vorzugsweise Fingerphalangen und Metatarsalknochen; wahrscheinlich handelt es sich dabei um eine ossifizierende Periostitis. Diese Affektion erinnert an die luetischen Periostitiden der Frühperiode, die Lokalisation, das Auftreten bei Kindern, das Fehlen spontanen Schmerzes lassen aber eine sichere Trennung zu. Die günstige Reaktion auf Quecksilber kann die Diagnose gegenüber der tuberkulösen Spina ventosa sichern. Bei dem auffallenden Parallelismus zwischen Framboesie und Lues dürfte es richtig sein, erstere als selbständige Krankheit unmittelbar neben die Syphilis zu stellen, als eine zweite Syphilis, in demselben Verhältnis etwa, wie die Malaria tertiana neben der Perniziosa.

3. Henkel, Berlin: **Zur Indikation und Technik der Hebosteotomie.**

Die direkte Einwilligung der Patientin zur Operation dürfte in allen Fällen unbedingt erforderlich sein, bei denen der Ausgang der Pubiotomie für das Kind nicht absolut sicher erscheint: hochgradige, namentlich allgemeine Verengerung des Beckens, großer, harter, nicht konfigurabler Schädel, enge Weichteile, und da, wo unregelmäßige Herztöne eine Gefahr des kindlichen Lebens andeuten. Die Indikationsstellung ist nicht immer leicht, sie erfordert eine gute geburtshilfliche Schulung und läßt sich durchaus nicht einfach nach dem Grade der Beckenverengerung bestimmen. Am schwierigsten ist bei Erstgebärenden die Entscheidung, bei denen man den Geburtsmechanismus (Größe des Kindes, Konfigurabilität des Schädels, Wehentätigkeit, Widerstandsfähigkeit der Frau, Beschaffenheit des Beckens usw.) nicht genau kennt; auch die Wehenschwäche bei Erstgebärenden ist in ihrer Bedeutung nicht immer mit Sicherheit zu beurteilen. Um bei aktiver Entbindung nach Hebosteotomie so leicht auftretenden Scheidenverletzungen vorzubeugen, ist der Vorschlag gemacht worden, die Geburt spontan verlaufen zu lassen. Verf. will diesen im Prinzip gelten lassen, fordert aber, daß 1. die Operation erst bei völlig erweitertem Muttermund vorgenommen wird und wenn der Schädel möglichst schon konfiguriert ist, 2. die Wehen sehr gute sind, 3. der Arzt die Kreißende bis zur Beendigung der Geburt nicht verläßt. Ob es ratsam erscheint, bei Mehrgebärenden den spontanen Geburtsverlauf nach der Hebosteotomie abzuwarten, ist von Fall zu Fall zu entscheiden. Wartet man auch hier mit der Operation, bis der Muttermund völlig erweitert ist, dann wird es human sein — vorausgesetzt, daß die Scheide genügend weit ist — in der gleichen Narkose durch Wendung oder Zange die Geburt zu beenden; ist die Scheide dagegen eng, ihre Wand rigide, so kommt auch hier der weitere spontane Geburtsverlauf in Frage. Ueber den Effekt der Hebosteotomie, der Erweiterung des Beckens selbst, gehen die Ansichten jetzt wohl dahin, daß sie praktisch darin soviel leistet, wie die Symphysiotomie. Die wichtige Frage, ob man sich vor Ausführung der Pubiotomie schon ein Urteil über den Effekt der Operation bilden kann, ist schwer zu beantworten. Die Prognose ist bei Mehrgebärenden in jeder Beziehung besser als bei Erstgebärenden. Das Verhältnis zwischen kindlichem Schädel und Becken ist in jedem einzelnen Falle genau in Narkose zu prüfen. Ob Entbindung durch Wendung oder Zange indiziert ist, ist je nach den vorliegenden Verhältnissen zu entscheiden; den vorangehenden Kopf wird man am zweckmäßigsten in tiefer Narkose imprimieren, was meist leicht gelingt, wenn er konfiguriert war; bei nicht konfiguriertem Schädel geht meist die Wendung noch, die dann in Bezug auf Nebenverletzungen bessere Resultate gibt als die Zange. Es ist nicht nur Form und Art bezw. Grad der Beckenverengerung zu beurteilen, sondern auch der ganze Bau des Beckens. Am besten geeignet für die beckenerweiternde Operation sind die Frauen mit grazilem Knochenbau, Symphyse niedrig, Schambögen weit, Beckenkanal kurz; die Fälle mit langem Beckenkanal, hoher, dicker Symphyse, spitzem Schambeinbogen (männlicher Habitus) liegen ungünstig; meist besteht hier auch eine größere Festigkeit der Ligamente. Die Annahme, daß Kaiserschnitt, Perforation des lebenden Kindes, künstliche Frühgeburt durch die Pubiotomie ihre Existenzberechtigung verlieren würden, ist völlig unrichtig; auch daß dieselbe eine Operation des praktischen Arztes werde, ist nicht angängig. Bei wichtiger Indikationsstellung in geschulter Hand ist die Hebosteotomie als eine der zuverlässigsten und lebenssichersten Operationen zu betrachten. Bestehendes Fieber gibt an sich keine Kontraindikation, wohl aber, wenn der Gesamteindruck der Kreißenden die Wahrscheinlichkeit oder den Verdacht einer bestehenden Infektion abgibt; fiebert eine Frau, die von nicht ganz einwandsfreien Händen untersucht ist, sind schon anderweitige Entbindungsversuche gemacht, ist das Fruchtwasser zersetzt, so ist die Hebosteotomie nicht angängig, sondern nur — selbst bei lebendem Kind — die Perforation gerechtfertigt. Dem rein subkutanen Operationsverfahren zieht Verf. das Döderleinsche mit Querschnitt über dem Schambein und Einschnitt an der Durchtrittsstelle der Nadel vor. Durch Auseinanderhalten der Wundränder oben und unten kann die Sägeinfektion ausgeschlossen werden. Empfehlenswert ist dann noch eine Abschiebung des Periostes von der Hinterwand des Schambeins; bei einem Auseinanderweichen der durchsägten Knochenenden um ein bis zwei cm pflegt eine Zerreißung des abge-



schobenen Periostes nicht einzutreten; bei intakt gebliebenem Periost geht die Knochenheilung prompter von statten; Druck der Blase gegen die scharfen Knochenenden ist ausgeschlossen.

4. Brezina, Wien: **Ueber Konkurrenz der Antikörper.**

Die angestellten Versuche gelten der Frage, ob es eine Konkurrenz der Antigene und Antikörper gibt, d. h. ob sich diese gegenseitig in ihrer Bildung bezw. Wirkung behindern; hauptsächlich werden die Verhältnisse bezüglich der Hämolyse untersucht. Es ergibt sich, daß die Versuchstiere bei Behandlung mit verschiedenen Arten von Erythrozyten in der Regel Antikörper gegen diese alle und zwar in gleicher oder etwas größerer Menge wie die Kontrolltiere, die nur mit einer Blutart behandelt sind, bilden. Eine gegenseitige Behinderung der Antigenwirkungen findet nicht statt. Die Versuche bestätigen Untersuchungen Castellanis und erweitern dieselben dahin, daß nicht nur agglutinierende, sondern auch hämolytische Antikörper gegen mehrere Antigene gleichzeitig gebildet werden können, daß also die Konkurrenz der Antikörper praktisch keine wesentliche Rolle spielt. Wenn deshalb beim Menschen oder bei den Haustieren mehrere prophylaktische Impfverfahren nebeneinander zur Anwendung zu bringen sind, so ist zu hoffen, daß der Wert des einen Schutzimpfungsverfahrens durch die gleichzeitige Durchführung eines andern nicht beeinträchtigt wird.

5. Soetbeer, Greifswald: **Ausscheidung „endogener“ Harnsäure im Gichtanfall.**

Bei einem Gichtiker angestellte Versuche ergaben, daß vor einem Gichtanfall die Fleischaufnahme die Harnsäure nicht so beeinflußt wie beim Gesunden, die Ausscheidungskurve bleibt niedrig; weiter, daß die Harnsäureausscheidung im Anfall stark ansteigt, bei völlig fleischfreier Kost; auch hier ist die Form der Ausscheidungskurve ganz unabhängig von der Nahrungsaufnahme und gleicht in keiner Weise der Ausscheidungskurve der Gesunden mit fleischfreier Kost. Die Beobachtung der Steigerung der Harnsäureausscheidung im Gichtanfall bei fleischfreier Kost gibt eine Warnung vor einseitiger Begünstigung fleischfreier Nahrung für Gichtiker.

6. Schaefer, München: **Ueber ein Asthma-Inhalationsmittel nach Prof. Einhorn.**

Einhorn hat das Tuckersche Geheimmittel untersucht (d. W. Nr. 27) und als wesentliche Bestandteile die Nitrite des Kokains und Atropins gefunden. Diese bisher unbekannten Salze stellte er rein dar und verwendete Lösungen derselben zu therapeutischen Zwecken mit gutem Erfolg. Mit einer Lösung von Kokainnitrit 1,028 %, Atropinnitrit 0,581 %, Glyzerin 32,16 %, Wasser 66,23 % hat Verf. bei einer größeren Zahl von Asthmakranken Versuche angestellt. Sobald der Patient merkt, daß ein Asthmaanfall einsetzen will, soll der Oelzerstäuber mit Nasenansatzrohr genommen und während einer tiefen Inspiration das durch rasches kräftiges Drücken auf den Gummiballon zerstäubte Mittel durch die Nase eingesaugt werden, so daß der ganze Bronchialtraktus in direkte Berührung mit dem krampfstillenden Medikament kommt; hat das beengende Gefühl nicht ganz aufgehört, so wird nach einer halben bis einer Stunde die Manipulation wiederholt, bis der Krampf ganz geschwunden ist. Schwere Asthmatiker müssen das Mittel regelmäßig morgens und abends, eventuell auch nachts einmal anwenden. Verf. konnte mit der Einhornschen Lösung gleich gute Resultate erzielen, wie mit dem Tuckerschen Geheimmittel. Trotz des Gehaltes von 1 % Kokain und 1/2 % Atropin sind akute Vergiftungen nicht zu fürchten, da das bei der Zerstäubung zur Aufnahme kommende um das Mehrfache unter der Einzelmaximaldosis bleibt.

7. Langemak, Erfurt: **Zur Thiosinaminbehandlung der Dupuytrenschen Faszienkontraktur.**

8. Wichmann, Hamburg: **Experimentelle Untersuchungen über die biologische Tiefenwirkung des Lichtes der medicinischen Quarzlampe und des Finsenapparates.**

Es wurden zunächst Versuche in der Weise angestellt, daß das Licht der Quarzlampe resp. des Finsen-Reyn-Apparates die Haut des menschlichen Armes erst nach der Passage durch ein rasiertes, entfettetes Kaninchenohr eines lebenden Tieres trafen. Es ergab sich, daß die biologische spezifische Wirkung des Lichtes des Finsen-Apparates eine stärkere war als die des Lichtes der Quarzlampe. Wurde aber das Licht noch durch ein Filter geschickt, in dem ein Teil der ultravioletten Strahlen ausgeschaltet wird, so führte das Licht der Quarzlampe in derselben Tiefe eine stärkere photochemische Lichtentzündung herbei als das Finsenlicht. Wenn die Finsensche Auffassung, nach der der Erfolg des Finsenlichts in einer photochemischen Beeinflussung des Gewebes zu suchen ist, zu Recht besteht, so wäre nach diesen Untersuchungen zu erwarten, daß in praxi auch bei tiefgelegenen Affektionen der Haut das Licht der Quarzlampe dasjenige des Finsenschen Apparates bei weitem an Wirkung übertrifft. Da die Quarzlampe die Behandlung größerer Flächen in einer Sitzung gestattet, ihre Applikation und Bedienung eine ungemein einfache ist, dieselbe endlich einen sehr geringen Stromverbrauch beansprucht, so dürfte sie dem Finsenapparat in jeder Beziehung vorzuziehen sein.

9. Schläger, Oldenburg: **Ueber Biersche Stauung und Seekrankheit.**

Verf. behandelte eine Patientin, bei der eine Gesichtsacne zu tiefen Infiltraten des Unterhautzellengewebes geführt hatte, mit Bierscher Stauung und erzielte in drei Monaten Heilung. Oft wurde in dieser Zeit die Kopfstauung bis zu zehn Stunden ausgedehnt. Dabei zeigte sich, daß, während die Hyperämie der Gesichtshaut bald nach Abnahme der Binde geschwunden war, die Blutüberfüllung in den kleinsten Blutgefäßen, die wenig kontraktiles Gewebe in ihrem Verlauf haben, lange Zeit bestehen blieb. Bezüglich der Seekrankheit nimmt Verf. an, daß der unregelmäßige Wechsel im Füllungszustand der Kapillaren auf die Zentren einen Reiz ausübt und dadurch die Erscheinungen der Seekrankheit ausgelöst werden. Ist diese Annahme richtig, so ist die Wirkung der Bierschen Stauung auf die Seekrankheit nicht zu den Unmöglichkeiten zu rechnen. Die vorstehend beobachtete dauernde Erweiterung der Kapillaren durch Stauung kann das empfindliche Zentralorgan vor den Schädigungen des Reizes schützen und die Endwirkung ausbleiben lassen. Persönliche Erfahrungen des Verf.s scheinen diese theoretischen Annahmen zu rechtfertigen.

10. Hippel und Pagenstecher: **Ueber den Einfluß des Cholins und der Röntgenstrahlen auf den Ablauf der Gravidität.**

Bemerkungen zu der unter gleichem Titel veröffentlichten Erwiderung der Herren Neumann und Fellner (d. W. Nr. 23).

11. Trendelenburg und Beumke, Freiburg: **Die Beziehungen der Medulla oblongata zur Pupille.**

Erwiderung auf die Mitteilungen von Bach (d. W. Nr. 25).

12. Roesle, Dresden: **Die Gesundheitsverhältnisse der deutschen Kolonien in statistischer Betrachtung.**

Vermischtes.

Marienbad. Errichtung eines Aerzteheims in Marienbad. Der Marienbader Aerzteverein hat auf Anregung seines Mitgliedes, Herrn Dr. Alois Grimm in der Sitzung vom 9. September einstimmig beschlossen, ein Aerzteheim zu errichten, um kranken, ermüdeten, erschöpften und überhaupt kur- oder erholungsbedürftigen Kollegen den Aufenthalt in Marienbad mit geringen Kosten zu ermöglichen. Es wurde beschlossen, die Institution schon in der nächsten Saison 1908 ins Leben treten zu lassen und, bevor ein eigenes Aerzteheim errichtet werden kann, provisorisch den Gästen Wohnungen in jenen Häusern zur Verfügung zu stellen, deren Besitzer Aerzte sind. Ein Komitee, bestehend aus den Kollegen Grimm, Stark und Zörkendörfer wurde eingesetzt und mit den weiteren Arbeiten betraut. Die Mitglieder dieses Komitees sind schon jetzt zur Erteilung von Auskünften jederzeit gerne bereit. Die Institution, welche vorläufig auf die Aerzte der österr.-ungar. Monarchie und Deutschland beschränkt bleibt, bietet folgende Benefizien: Freie Wohnung, unentgeltliche Beistellung der Bäder und sonstiger Kurheilbehelfe, Befreiung



von der Kurtaxe. In Aussicht genommen und voraussichtlich schon 1908 durchgeführt sind ferner: Ermäßigung der Speisenpreise in erstklassigen Restaurationen gegen Vorweisung der Gastkarte, ermäßigte Theaterpreise, unentgeltlicher Zutritt bei den Veranstaltungen des Kurklubs und verschiedenen Konzerten etc. Es dürfte auf diese Weise auch jenen Kollegen, welche mit Glücksgütern weniger gesegnet sind, der Aufenthalt in Marienbad mit geringen Kosten ermöglicht werden. Zu Beginn der Saison werden in den ärztlichen Zeitungen ausführliche Prospekte dieser vorläufigen Mitteilung nachfolgen.

Berlin. Den Titel „Professor" haben erhalten: die Herren Oberstabsarzt a. D. Dr. Nietner, Privatdozent Dr. Westenhoeffer, Stabsarzt Dr. Hoffmann, Dr. Kayserling zu Berlin, Dozent Dr. Winkler zu Breslau; zum außerordentlichen Professor ist Dr. Walter Gebhardt zu Halle ernannt worden.

Berlin. Zum Präsidenten der permanenten Kommission der Internationalen Kongresse für Hygiene und Demographie ist Geh. Rat Rubner gewählt worden.

Berlin. Bei Gelegenheit des XIV. internationalen Kongresses für Hygiene und Demographie ist eine „Deutsche tropenmedicinische Gesellschaft" gegründet worden, zu deren Vorsitzendem Prof. Dr. Bälz-Stuttgart und Prof. Dr. Nocht-Hamburg als Stellvertreter gewählt wurden. Fast gleichzeitig erfolgte die Gründung einer „Internationalen tropenmedicinischen Gesellschaft", an deren Spitze Sir Patrick Manson-London und Prof. Nuttal-Cambridge stehen. Ein Komitee, bestehend aus je zwei Mitgliedern aller beteiligten Länder (bis jetzt Deutschland, England, Frankreich, Vereinigte Staaten von Amerika, Holland, Belgien, Griechenland, Brasilien), wird die Organisation dieser internationalen Vereinigung in die Hand nehmen.

Berlin. Bei Gelegenheit des Internationalen Hygiene-Kongresses fand im Kultusministerium unter Vorsitz des Geheimen Obermedicinalrat Dr. Dietrich eine Sitzung des Arbeitsausschusses des Internationalen Kongresses für Rettungswesen, welcher 1908 in Frankfurt a. M. tagen wird, in Gemeinschaft mit ausländischen Delegierten, statt. Unter diesen sind zu nennen: Obersanitätsrat Dr. von Britto, Kaiserlicher Rat Dr. Charas-Wien, Professor Dr. Gernlanos-Athen, Dr. M. Lantsheere-Brüssel, Dr. Mamy-Paris, Direktor Tolman-New-York u. a. Es wurde besonders über die Einteilung des Kongresses, sowie über die mit ihm verbundene Ausstellung von Krankenwagen und Krankenbeförderungsmitteln lebhafte Erörterung geführt, an welcher sich die Herren Geheimer Regierungsrat Freiherr v. Stein, Professor Dr. George Meyer, Sanitätsrat Dr. S. Alexander, Generalarzt Dr. Düms, Professor Manes usw. beteiligten.

Berlin. Die bei Gelegenheit des XIV. Internationalen Hygienekongresses stattgehabten zahlreichen Festlichkeiten wurden durch den Empfang, den die Aerzteschaft von Groß-Berlin für die Kongreßmitglieder in der großen Festhalle des Zoologischen Gartens gegeben hatte, in glänzender Weise abgeschlossen. Weit über 1000 Personen waren in dem mächtigen Saale an zahlreichen Festtafeln vereinigt, und erfreuten sich der von dem fürsorglichen Komitee dargebotenen kulinarischen und künstlerischen Darbietungen.

Berlin. Prof. Dr. med. et phil. Robby Koßmann ist am 29. v. M., 58 Jahre alt, einer Septikämie erlegen, die im Verlauf einer vor Jahresfrist bei einer Operation erfolgten Infektion aufgetreten war. In dem Verstorbenen verlieren wir einen hervorragend begabten, überaus tätigen und allseitig hochgeschätzten und beliebten Kollegen. Er besaß in besonderem Maße das Vertrauen seiner Standesgenossen, die ihn zum stellvertretenden Vorsitzenden der Aerztekammer gewählt hatten. Höchst dankenswert waren seine Bemühungen im Kampfe gegen das Kurpfuschertum, die ihm von gegnerischer Seite die famose Anklage wegen unbefugter Führung des Professortitels einbrachten, die bekanntlich zu seinen Gunsten entschieden wurde. Er hatte sich ursprünglich in Heidelberg für Zoologie habilitiert und war dort zum Prof. e. o. ernannt worden. 1894 siedelte er nach Berlin über und widmete sich ausschließlich der Frauenheilkunde. Außer zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten, die das zoologische und gynäkologische Gebiet betreffen, gab er an Monatsschriften „Die Heilkunde" und „Die Gesundheit" heraus.

Dresden. Bei Gelegenheit der Naturforscher-Versammlung in Dresden wurde eine neue Spezialvereinigung, „Die Gesellschaft Deutscher Nervenärzte" gegründet, nachdem die ersten Schritte dazu bereits im Vorjahre durch den in Stuttgart gewählten provisorischen Vorstand getan waren. Zum Vorsitzenden wurden Geh. Rat Erb-Heidelberg und Prof. Oppenheim-Berlin, der sich um das Zustandekommen der Gesellschaft besonders bemüht hat, gewählt. Die nächstjährige Tagung soll in Heidelberg in der ersten Oktoberwoche stattfinden.

Wien. Die VI. internationale Tuberkulose-Konferenz hat in Wien in den Tagen vom 19. bis 21. September unter dem Präsidium der Herren v. Schroetter und Weichselbaum stattgefunden. Prof. Weichselbaum erstattete das einleitende Referat „über die Infektionswege der menschlichen Tuberkulose", an welches sich eine lebhafte Diskussion, in der unter anderen die Berliner Fraenkel und Orth, ferner Dr. Kuß-Agincourt, Dr. Malm-Christiania, Dr. Ravenel-Philadelphia und Professor Landouzy-Paris teilnahmen. Prof. v. Schroetter sprach über die Anzeigepflicht bei der Tuberkulose. Auch hieran knüpfte sich eine längere Diskussion, die mit der Annahme folgender Resolution endigte: „Die Anzeigepflicht ist für Todesfälle an Lungen- und Kehlkopftuberkulose und beim Wohnungswechsel von Tuberkulösen einzuführen. Es ist anzustreben, daß sie auch für Erkrankungen von Lungen- und Kehlkopftuberkulose-Fällen zur Durchführung gelange". Endlich wurde beschlossen, eine Kommission einzusetzen, welche die Mindestforderung für Volksheilstätten in hygienischer und wissenschaftlicher Beziehung festzusetzen habe. Als Ort des nächsten Kongresses im Jahre 1908 ist Washington bestimmt.

Wien. Der I. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie erfreut sich lebhafter Beteiligung. Erzherzog Rainer sprach in der Eröffnungssitzung. Das Präsidium wurde abwechselnd von v. Frisch-Wien und Posner-Berlin geführt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Medicinische Woche

Herausgegeben von

R. Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80. Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion: Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81. Dr. P. Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 21. Oktober 1907. Nr. 42.

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage Therapeutische Rundschau und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Erfahrungen mit Formamint in der allgemeinen Praxis.

Von Dr. **Eduard Flatow**.

Seit vielen Jahren hat man sich bemüht, den stark desinfizierenden und bakteriziden Formaldehyd in die interne Therapie einzuführen. Diese Versuche scheiterten jedoch daran, daß man ihn in der allein vorhandenen flüssigen Form wegen seines kratzenden, ätzenden Geschmacks, sowie wegen seiner vermeintlichen Giftigkeit nicht anwenden konnte.

Erst nachdem es gelungen ist, den gasförmigen Formaldehyd an einen so indifferenten Körper wie Milchzucker chemisch zu binden und durch Geschmackskorrigentien wohlschmeckend zu machen, und nachdem durch zahlreiche Tierversuche die relative Ungiftigkeit dieser (unter dem Namen Formamint im Handel befindlichen) Formaldehydverbindung einwandfrei festgestellt worden ist, erst danach konnte man ihn der internen Therapie zugänglich machen. Es sind nun seit 1905 eine Reihe von Arbeiten über Formamint veröffentlicht worden, in denen übereinstimmend festgestellt ist:

Erstens: Die völlige Ungiftigkeit dieses Mittels in den angewendeten Dosen (15 bis 20 Tabletten pro Tag).

Zweitens: Der angenehme Geschmack.

Drittens: Die stark desinfizierende und bakterizide Wirkung im Bereich der Mundhöhle und des Rachens.

Nachdem ich selbst seit $2^1/_2$ Jahren in weit über 500 Fällen das Formamint angewendet habe, sei es mir vom Standpunkt des Praktikers aus gestattet, meine Erfahrungen resp. das Resultat meiner Beobachtungen zu veröffentlichen. Ich will gleich vorweg bemerken, daß ich seine Anwendung bei weitem nicht auf die Erkrankungen der Mund- und Rachenhöhle beschränkt habe.

Ausgehend von den Untersuchungsergebnissen von Jacobson*), der ca. 31 % des eingenommenen Formaldehyds durch den Harn wieder ausgeschieden fand, sowie von Rosenberg**), der freien Formaldehyd im Blute mit Formamint gefütterter Tiere nachgewiesen hat, habe ich das Formamint sowohl bei einer Reihe von Allgemein-Infektionskrankheiten, als auch besonders bei katarrhalischen und bakteriellen Erkrankungen des Harnapparats angewendet; und da will ich zunächst konstatieren, daß ich bei den Infektionskrankheiten, insbesondere bei den schweren, wo ich eine Wirkung von der Blutzirkulation aus zu erzielen wollte, eine spezifische, resp. sichtbar günstige Wirkung nicht gesehen habe, trotzdem ich ein bis zwei Wochen lang täglich 20 bis 30 Tabletten nehmen ließ. Acht so behandelte Fälle von akuter tuberkulöser Mischinfektion sind sämtlich ad exitum gekommen. Auch in Fällen von Sepsis, Pyämie und anderen schweren Infektionen habe ich keine dauernde Besserung erzielt. Möglich aber, daß selbst diese relativ schon hohen Dosen in den Fällen, wo der Organismus von Bakterien und Toxinen bereits überschwemmt ist, nicht ausreichen, um eine solche Wirkung ausüben zu können.

Jedoch möchte ich einen Fall von Pyämie nicht unerwähnt lassen, bei dem die Möglichkeit einer günstigen Einwirkung durch Formamint mir nicht ausgeschlossen erscheint: Bei dem zehnjährigen Knaben B. hatte sich im Anschluß an eine Furunkulosis, die glatt (unter dem Bier'schen Verfahren) abheilte, eine Pyämie eingestellt. Nach mehrwöchentlichem Fieber ohne objektiv nachweisbare organische Erkrankungen stellte sich ein periostitischer Abszess an der Lendenwirbelsäule, einige Tage später ein osteomyelitischer Abszess an der rechten Spina Scapulae mit gleichzeitiger Pneumonie des linken Unterlappens ein. Die beiden Abszesse wurden breit gespalten und nahmen einen etwas protahierten, aber günstigen Verlauf; auch die Pneumonie heilte relativ schnell aus; trotzdem blieb das pyämische Fieber bestehen. Nunmehr setzte ich mit großen Dosen Formamint ein (ich ließ innerhalb zwei Wochen zirka 300 Tabletten nehmen). Während dieser Zeit entwickelten sich beziehungsweise traten in Erscheinung ein periostaler Abszess an der l. Fibula und ein Abszess in der Gegend der rechten Niere (paranephritischer Abszess). Nachdem ich durch eine Probepunktion rechts von der Wirbelsäule unterhalb der zwölften Rippe Eiter festgestellt hatte, wurde durch eine breite Inzision die Abszesshöhle freigelegt und nach Entleerung des Eiters tamponiert. Auch der Abszess an der Fibula wurde zuvor operativ behandelt. Das Fieber fiel einige Tage nach der Operation des paranephritischen Abszesses ganz ab. Sämtliche Abszesse bis auf den Scapular-Abszess heilten glatt aus. Von der Spina Scapulae stießen sich einige Sequester allmählich ab, ohne daß die Wunde sich schließen wollte. Nach sechswöchentlichen fieberfreiem Intervall, während dessen der Patient sich vorzüglich erholt hat, trat dann wieder Fieber ein und es zeigte sich, daß der anscheinend schon zum Stillstand gekommene osteomyelitische Prozeß in der Scapular weiter um sich griff, sodaß es nötig wurde, den größten Teil der Scapular unter möglichster Schonung des gesunden Periosts zu resezieren. Seitdem fiel die Temperatur wieder auf die Norm, so daß Patient jetzt wieder Rekonvaleszent ist. Ich nehme nun an, daß die beiden letzten Abszesse bei Beginn der Formamintdarreichung bereits in der Entwicklung begriffen waren, ohne (schon damals) äußerlich erkennbar zu sein. Wenn nun auch eine Heilwirkung auf die bereits vorhandenen resp. in der Entwickelung begriffenen Abszesse keineswegs zu konstatieren war, so halte ich die Möglichkeit doch nicht für ausgeschlossen, daß durch das Formamint eine gewisse Desinfektion des zirkulierenden Blutes erreicht worden ist, durch die die Neubildung von Abszessen verhütet worden und somit die pyämische Erkrankung zum Stillstand gekommen ist. Trotzdem halte ich in diesem einzelnen Falle die spontane Ausheilung der Pyämie, wie sie auch sonst ohne Formamint-Behandlung häufig beobachtet wird, für wahrscheinlicher.

Dagegen glaube ich aber mit größter Wahrscheinlichkeit behaupten zu können, daß das Formamint bei Scarlatina, sowie bei Abdominal-Typhus eine durchaus günstige Einwirkung hervorruft, was sich ja auch (besonders bei Scarlatina) durch die desinfizierende Wirkung auf Mund- und Rachenhöhle sowie auf den Harnapparat leicht erklären läßt. Speziell bei Scarlatina habe ich bei über zwanzig mit Formamint behandelten Fällen einen durchaus günstigen Verlauf

*) Jacobson, Mitteilung bei den Verhandlungen der 76. Versammlung deutsch. Naturforscher u. Aerzte zu Breslau. Vergl. Klinisch. Wochenschrift 1904, S. 1114.

**) Rosenberg, Nachweis freien Formaldehyds im Blute nach interner Anwendung. Therapie der Gegenwart. 1905, Heft 4.



beobachtet; selbst in den anscheinend schwer einsetzenden Fällen schien mir der Verlauf unter der Formamintbehandlung einen weit milderen Charakter anzunehmen. Jedenfalls sind sämtliche Fälle ohne schwere Komplikationen verlaufen, und ohne Folgen zu hinterlassen, ausgeheilt. Ja es scheint sogar, als ob das Formamint auch prophylaktisch einen gewissen Schutz gegen Scarlatina gewährt; wenigstens habe ich in einer Reihe von Fällen beobachtet, daß die in der Wohnung von Scarlatina-Kranken befindlichen Geschwister bezw. Angehörigen bei der prophylaktischen Darreichung des Formamints vielfach von der Ansteckung verschont geblieben sind.

Bezüglich der Einwirkung des Formamints auf katarrhalische Erkrankungen der Blase und des Nierenbeckens habe ich in einzelnen Fällen eine so eklatante Wirkung gesehen, daß ich mich wundere, fast von keiner Seite her darüber günstige Berichte publiziert zu finden. Ich gebe zu, daß eine bakterizide Wirkung insbesondere auf pathogene Bakterien im Harnapparat, z. B. bei Tuberkulose, Karzinom oder Gonorrhöe mit Formamint ebensowenig wie mit anderen sogen. Harn-Desinfizientien zu erreichen ist. Dagegen habe ich bei den gewöhnlichen katarrhalischen bezw. bei den nicht pathogenen bakteriellen Erkrankungen der Blase und des Nierenbeckens außerordentlich günstige Erfolge gesehen. Speziell in zwei Fällen von chronischer Cystitis und Pyelitis, die über ein Jahr bestanden, mit Helmitol und Urotropin viele Monate lang behandelt worden sind, ohne eine Heilung zu erzielen, hat das Formamint nach mehrwöchentlichem intensivem Gebrauch zur völligen und dauernden Heilung geführt.

Auch in anderen weniger hartnäckigen Fällen habe ich vielfach Heilung, mindestens aber erhebliche Besserung beobachtet. — Von der Ungefährlichkeit des Formamints überzeugt, habe ich in einem Falle von schwerer akuter Cystitis mit ascendierender Entzündung des Nierenbeckens und der Nieren (ohne gonorrhoische Ursache) 20 bis 30 Tabletten pro Tag gegeben mit dem Erfolg, daß der stark eitrige und albumenhaltige Urin nach etwa einer Woche sich erheblich besserte, so daß ich mit der Dosis auf 10 bis 15 Tabletten pro Tag heruntergehen konnte. Nach weiteren zwei Wochen war der Urin völlig frei von Eiter und Albumen bezw. normal und Patientin wieder hergestellt. Auch bei Cystitiden nach infektiösen Fiebern, wie ich sie häufig, besonders bei Kindern, ohne jede lokale Erkrankung der Urethra gesehen habe, habe ich Formamint fast stets mit gutem Erfolge gegeben. Kinder unter einem Jahr ließ ich pro Tag fünf bis sechs Tabletten, in Milch aufgelöst, ohne je eine schädliche Einwirkung zu beobachten, nehmen.

Ich glaube auch, daß beim Typhus, sowie bei vielen anderen Infektionskrankheiten dem Formamint eine große prophylaktische Bedeutung hinsichtlich der Harnorgane beizumessen ist.

Ich bin mir wohl bewußt, daß die geringe Zahl der von mir behandelten Erkrankungen des Harnapparates nicht genügt, um einen sicheren Schluß auf die Heilwirkung des Formamints zu ziehen, zumal ich nicht in den Fehler verfallen möchte, aus dem post hoc den Schluß ergo propter hoc zu ziehen. Aber die von mir beobachteten Erfolge berechtigen mich dazu, den Herren Kollegen, insbesondere den praktischen Aerzten und auch Klinikern, die gerade diese nicht pathogenen, sondern mehr katarrhalischen infektiösen Erkrankungen der Blase und des Nierenbeckens zur Behandlung bekommen, zu empfehlen, mit dem Formamint ausgedehnte Versuche anzustellen, resp. meine Resultate nachzuprüfen. Vorbedingung allerdings ist, Formamint in größeren Dosen, wenn möglich 20 bis 30 Tabletten täglich einige Wochen hindurch zu geben. Ich kann versichern, daß ich bei diesen Dosen noch nie eine toxische oder irgendwie schädliche Einwirkung auf den Organismus beobachtet habe*).

In den weitaus meisten Fällen habe ich das Formamint bei infektiösen Krankheiten des Rachens und der Mundhöhle angewendet und da kann ich die von fast allen Kollegen veröffentlichten Erfolge im großen und ganzen bestätigen. Eine genaue Aufzählung der einzelnen Erkrankungen erübrigt sich wohl mit Rücksicht auf die vielen Veröffentlichungen auf diesem Gebiet der Formaminttherapie. Da eben, nicht nur durch die klinische Beobachtung, sondern auch durch bakteriologische Untersuchungen (von Rheinboldt)**) u. a. nachgewiesen ist, daß der Speichel von mit Formamint behandelten Patienten bakterizide Eigenschaften besitzt, bezw. daß in diesem Speichel selbst pathogene Bakterien nicht zur Entwickelung kommen, vielmehr absterben, so ist es auch durchaus plausibel, daß das Formamint auf infektiöse Erkrankungen der Mundhöhle und

*) Ebenso wie mir, glaube ich, wird die Firma Bauer & Cie. den Herren Kollegen jedes Quantum Formamint zu Versuchszwecken bereitwilligst zur Verfügung stellen.

**) Rheinboldt, Ueber den Desinfektionswert des Formamint. Deutsche Medicin Wochenschrift 190?, Nr. 15.

Feuilleton.

XIV. Internationaler Kongress für Hygiene und Demographie

zu Berlin vom 23.—29. September 1907.

Von Dr. **M. Cohn** (Berlin-Charlottenburg).

Der XIV. Internationale Hygiene-Kongreß ist vorüber. Vereinsamt sind wieder die Beratungszimmer im Reichstagsgebäude, in welchen sich täglich morgens 9 Uhr eine lern- und redebegierige Schar von Männern und zahlreiche Frauen versammelte; verödet ist die schöne Wandelhalle, der große Lesesaal, die breiten um den Plenarsitzungssaal laufenden Korridore, in denen eine hochinteressante Ausstellung die Besucher fesselte; verlassen liegt jetzt das hohe Treppenhaus, welches die verschiedenen Kongreßbureaus beherbergte, wo das pünktlichst erscheinende Kongreßblatt ausgegeben wurde und stürmisch Einlaßkarten zu den Festlichkeiten, Theatern, Besichtigungen Begehrende die Geduld der allzeit liebenswürdigen Damen und Herren auf eine harte Probe stellten. All dies war vergänglich, aber unvergänglich wird allen Teilnehmern die Erinnerung an diesen Kongreß bleiben, der durch Organisation und Verlauf auch die weitgehendsten Ansprüche befriedigen mußte und seinen Veranstaltern, insbesondere dem rührigen Generalsekretär Auer alle Ehre macht.

Allerdings kam ja eine Reihe von Momenten dem Organisationskomité zu Hilfe: Zunächst war es die Bewilligung des Reichstagsgebäudes als Beratungshaus, die von vornherein die Auspizien außerordentlich günstig gestaltete, dann die Unterstützung der staatlichen Behörden und Institute sowie die Anteilnahme der Stadt Berlin und — last not least — das herrliche Wetter, das während der ganzen Kongreßwoche herrschte und dem Leben in unserer schönen Stadt, allen Besichtigungen und Festen einen erhöhten Reiz verlieh. Aber all dies soll die Verdienste der Veranstalter nicht schmälern: deren Tüchtigkeit zeigte sich bei jeder Gelegenheit ebenso im Bureau wie in den Sitzungssälen, gleichermaßen bei der ausgezeichnet geleiteten Vorführung der hygienischen Sehenswürdigkeiten wie bei dem geschmackvollen Arrangement der Festlichkeiten, so daß unter den annähernd 5000 Kongreßteilnehmern wohl nur verschwindend wenige waren, welche die Lobeshymnen, die zahlreiche auswärtige Delegierte in der Schlußsitzung des Kongresses anstimmten, nicht vollberechtigt gefunden hätten.

Ueber die Verhandlungen des Kongresses, seine wissenschaftlichen Ergebnisse und praktischen Nutzbarmachungen wollen wir hier nur wenig sagen; wird doch an anderer Stelle dieser Wochenschrift ein Sitzungsbericht veröffentlicht werden. Aber wir wollen doch bemerken, daß die geschickte Stoffverteilung in die verschiedenen Sektionen, die fast durchweg glückliche Hand in der Wahl der Referenten, die zwar etwas strenge aber gerechte Handhabung der Geschäftsordnung es ermöglichten, die fast überreichlichen Tagesordnungen stets zu bewältigen, um den Diskussionen, die ja bei all diesen Kongressen eigentlich die meiste Anregung, das größte Interesse bieten, genügend Raum zu gewähren.



des Rachens eine günstige Wirkung ausüben muß, ohne deshalb etwa als ein Spezifikum für alle derartigen Erkrankungen angesehen werden zu sollen. In der Hauptsache kommt es bei Benutzung von Formamint darauf an, daß es in genügender Dosis und in richtiger Weise gegeben, und daß ferner darauf geachtet wird, daß es frisch bezw. nicht schon verwittert ist, was besonders dann leicht einzutreten scheint, wenn das Formamint nicht luftdicht aufbewahrt wird. Ich habe dies besonders in einem Falle (bei meinem eigenen Dienstmädchen) beobachtet. Die Patientin hatte eine akute infektiöse Angina mit follikulärem Belag. Da ich noch eine Menge Formamint-tabletten lose in einer Schachtel seit mehreren Wochen liegen hatte, gab ich der Patientin dieselben und zwar halbstündlich eine Tablette. Da nach zwei Tagen nicht nur keine Besserung, sondern eine allmähliche Verschlechterung eingetreten war, ließ ich mir frisches Formamint kommen und schon nach mehreren Stunden fühlte sich die Patientin subjektiv viel wohler und auch objektiv trat zusehends Besserung und Heilung in ca. zwei Tagen ein. Um mich von der Brauchbarkeit des Formamint zu überzeugen, pflege ich eine Tablette zu zerkauen, wonach bei frischem Formamint ein etwas unangenehm kratzender Geschmack am Gaumen und Rachen bemerkbar wird, was bei verwitterten Tabletten nicht der Fall ist. Ich verordne die Tabletten in den ersten (ein bis zwei) Tagen halbstündlich, lasse sie auf die Mitte der Zunge legen und dort langsam, höchstens unter leichtem Lutschen, zergehen, da bei starkem Lutschen oder Saugen häufig unangenehme mechanische Reizerscheinungen am Gaumen und Zunge eintreten. Nach ein bis zwei Tagen, wo gewöhnlich schon eine Besserung zu konstatieren ist, lasse ich die Tabletten stündlich, später zweistündlich nehmen. Ich vermeide es auch möglichst, während der intensiven Formamintbehandlung gleichzeitig mit differenten Mitteln spülen oder gurgeln zu lassen, da hierbei in vielen Fällen (besonders bei Anwendung von Wasserstoffsuperoxyd) ein Zersetzungsprozeß eintritt, der die Schleimhaut reizt und unangenehmes Brennen im Halse hervorzurufen imstande ist. Wo ich eine mechanische Reinigung der Mundhöhle erzielen will, gebe ich gewöhnlich klares, lauwarmes Wasser oder indifferente Tees, wie Kamillentee, Salbeitee etc. In akuten fieberhaften Fällen kombiniere ich die Formamintbehandlung mit Aspirin, indem ich letzteres dem Alter des Patienten entsprechend in einer Salzsäure-Pepsin-Lösung als Schüttelmixtur verabreichen lasse. Ich war fast ausnahmslos mit dem Erfolg dieser Behandlung zufrieden und glaube ebenso wie Herr Kollege Schwarzenbach*), daß die antitoxische Wirkung des Aspirin und die bakterizide des Formamints gemeinsam zur schnelleren und sichereren Heilung führen.

Was die Diphtherie betrifft, so glaube ich, daß man sich in leichteren Fällen mit Formamint- (Aspirin-) Behandlung begnügen kann. In mittelschweren und schweren Fällen wende ich allerdings immer noch Heilserum an, in dem ich ein wirkliches Spezifikum erblicke. Immerhin dürfte sich auch hier nebenher die Formamintbehandlung zur Desinfektion der Mund- und Rachenhöhle, sowie zum Schutze des Harnapparates sehr empfehlen. Ich empfehle ferner das Formamint nach allen Operationen im Bereiche der Mundhöhle und des Rachens (nach Zahnextraktionen, Tonsillotomie, Rachenmandel-Operation, Tonsillar-, Peritonsillar- und Retropharyngeal-Abszessen). Auch bei stark filzig belegten Zungen habe ich durch mehrtägige Formamintbehandlung die Zunge sich sehr schön reinigen sehen. Desgleichen ist es auch sehr wirksam bei üblem Geschmack im Munde, bei Fötor ex ore, sowie prophylaktisch bei Quecksilberkuren. Nur bei Entzündungen und starker Empfindlichkeit der Schleimhaut der Zunge und des harten Gaumens vermeide ich es, Formamint zu geben, um nicht den Reizzustand event. noch zu vermehren.

Ueber die prophylaktische Wirkung des Formamints kann ich ein abgeschlossenes Urteil zur Zeit noch nicht fällen, immerhin scheint es, wenn auch keinen absoluten, so doch einen relativen Schutz zu gewähren; sieht man doch sogar sehr häufig eine schon beginnende Mandelentzündung bei intensiver Formamintbehandlung sofort zurückgehen bezw. gleichsam im Keime ersticken.

Ich halte mithin das Formamint wenn auch nicht für ein Spezifikum im wahren Sinne des Wortes, dennoch aber für ein Mittel von hervorragender Bedeutung, das ich fast täglich verordne und das ich nicht mehr in meinem Arzneischatz missen möchte. Selbst wenn ich auch einen Teil der Erfolge dem Zufall zuschreiben will, so bleibt noch immer so viel übrig, daß es wert ist, seinen Platz an der Sonne dauernd zu behaupten und allgemeine Verbreitung unter den Aerzten zu finden.

*) Schwarzenbach, Die interne Behandlung der Streptomykosen mit Formaldehyd. Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1905, Nr. 24.

Die bereits kurz erwähnte Ausstellung hatte sich die Aufgabe gestellt, die neuesten Errungenschaften der experimentellen und wissenschaftlichen Forschung und die besten Erzeugnisse der Technik auf dem Gebiete der Hygiene in möglichst vollständiger und anschaulicher Weise zur Darstellung zu bringen. Dies ist ihr im vollsten Maße gelungen, und sie hatte sich dabei der Mitwirkung zahlreicher staatlicher und städtischer Behörden und Institute zu erfreuen. So bot sie denn viel Belehrendes über die Aetiologie und die Bekämpfung der Infektionskrankheiten (viel bewundert wurden die schönen Präparate von Spirochäten), die Wasserversorgung und die Beseitigung der Abfallstoffe, die Fortschritte auf dem Gebiete der Heizung, über die Schäden der modernen elektrischen Betriebe (ausgezeichnet vorgeführt von Jellinek-Wien vom Universitätinstitut für gerichtliche Medicin), die soziale Betätigung auf dem Gebiete der Säuglingshygiene, der Tuberkulosebekämpfung, des Arbeiterschutzes, der Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs und des Kurpfuschertums (in einer mit emsigem Fleiß gesammelten und vortrefflich erklärten Ausstellung der Deutschen Gesellschaft für Bekämpfung des Kurpfuschertums) und der modernen Leichenbestattung. Sehr angenehm berührte es, daß diese Ausstellung wirklich zu einer rein wissenschaftlichen gestaltet wurde und es gelungen war, die sich sonst fast überall bei diesen Gelegenheiten breit machenden Reklameausstellungen von Fabriken und Geschäftsinhabern völlig fernzuhalten.

(Fortsetzung folgt.)

Die Rindertuberkulose und der Talmud.

Haben die biblischen und die talmudischen Juden die Rindertuberkulose gekannt und bekämpft?

Von **P. Garrault.** (Revue scientifique, 1902, 3 bis 4.)

(Fortsetzung.)

Sie lehrt allen denjenigen, welche sich die Mühe geben zu lesen, daß niemals in der ganzen Bibel eine individuelle Krankheit oder eine Epidemie erklärt worden ist durch die Ueberschreitung eines Speise- oder Reinlichkeitsgesetzes. Lepra befällt Männer und Frauen, welche dem Herrn ungehorsam waren oder, war es nur durch Worte, die Boten seiner Gnade belästigt hatten; die Epidemien bestrafen selbst die Sünden der Könige oder auch den Ungehorsam der Gesamtheit. Krankheiten und Epidemien sind nach den biblischen Schriftstellern direkte Aeußerungen des göttlichen Zornes, genau so wie für den Verfasser der Iliade. Demselben Stande der Zivilisation entspricht dieselbe Unkenntnis der natürlichen Ursachen und daher dieselbe Unkenntnis der Prophylaxe.

Die Geschichte lehrt weiter, daß in jener berühmten Versammlung zu Jerusalem ein halbes Jahrhundert nach unserer Zeitrechnung, als die orthodoxen Juden die dissidenten Juden verhindern wollten, mit den Speisegesetzen zu brechen, niemand in dem konservativen Teil daran dachte, ein Motiv des öffentlichen Nutzens oder der Hygiene geltend zu machen. Wir

Aus der Klinik für Ohren-, Hals- und Nasen-Krankheiten der Kiewer Universität am Kiewer Militär-Hospital.

Abszesse des Gehirns infolge von Ohreneiterung.

Von Privatdozent **N. P. Trofimow,**
Vorstand der Klinik.

(Fortsetzung.)

7. Fall. 21jähriger Soldat, wurde am 25. Februar 1906 mit Paralyse des linken N. facialis zunächst in die Augenabteilung aufgenommen, dann der Abteilung für Nervenkranke und schließlich der Abteilung für Ohrenkranke überwiesen. Am 25. Februar abends betrug die Temperatur 36,4. 26. Februar: Seit einem Monat hat der Patient Kopfschmerzen, Schmerzen im linken Ohre und im linken Beine. Der Patient ist außerordentlich schwach, kann nicht einmal gehen. Seit zwei Monaten Eiterfluß aus dem linken Ohre, seit acht Tagen kann der Patient das linke Auge nicht öffnen, desgleichen nicht die Stirn runzeln. Die Gesichtsmimik fehlt. Schmerzsinn überall herabgesetzt, Schlundreflexe nicht vorhanden. Kniereflexe etwas gesteigert. Schmerzen in der linken Hälfte des Kopfes beim Klopfen, namentlich in der Gegend des Warzenfortsatzes. Augenkonjunktiven gerötet. Im linken Ohre blutiger Eiter. Trommelfell rot, mit kleiner Oeffnung. Sensorium klar. Appetit nicht vorhanden. Stuhl regelmäßig. Temperatur 35,8 bis 36,6. Puls 50, rhythmisch. Schlaffheit, Apathie, deutlich ausgesprochene Abmagerung. In Anbetracht der Paralyse des N. facialis und des Warzenfortsatzes wurde die Operation vorgeschlagen, in welche der Patient jedoch nicht einwilligen wollte; er lehnte sie ab trotz aller Vorhaltungen und willigte ziemlich spät abends am Tage vor dem Tode ein. Am 27. Februar wurde von Dr. Lewande der Augengrund untersucht und eine stark ausgesprochene Erweiterung der Venen gefunden. Das Gesamtkrankheitsbild sprach für Abszeß des Gehirns. Temperatur 35,8 bis 36,3. Sonst keine Veränderungen. 28. Februar. Temperatur 37,0 bis 36,4. Die Rötung der Konjunktiva des linken Auges hat stark zugenommen. Man nimmt eine Vorstülpung des linken Augapfels wahr. Puls 50. Bewußtsein erhalten. 1. März: bei der Morgenvisite hörte ich, daß der Patient gestern spät abends seine Zustimmung zur Operation gegeben hat. Morgens Temperatur 36,9. Der Patient liegt auf der Seite, der Rumpf stark nach vorn gebeugt; wenn der Patient Rückenlage einzunehmen versucht, so streckt sich der ganze Körper. Es besteht Kontraktur des Nackens und Paralyse des linken N. facialis. Hochgradiger Exophthalmus des linken Auges. Puls 48, rhythmisch. Zehn Minuten nach der Besichtigung plötzlich Asphyxie: Der Patient hört auf zu atmen und wurde blau. Künstliche Atmung und Hervorziehen der Zunge, subkutane Injektion von Kampfer haben die Cyanose beseitigt und die Atmung wieder in Gang gebracht. Das Bewußtsein kehrte jedoch nicht mehr zurück. Es stellte sich Cheyne-Stokessche Atmung ein und nach zwei Stunden starb der Patient. Sektion: Abszeß im linken Lobus des Kleingehirns, hühnereigroße Eiterhöhle; pyogene Membran ausgesprochen. Eiter grünlich; stark ausgesprochenes Oedem des Gehirns. Hinter dem Augapfel in der linken Orbita Eiter. Die ganze Pyramide des linken Warzenfortsatzes ist mit Eiter durchtränkt. Der Eiter wurde in diesem Falle zu Lebzeiten diagnostiziert. Die Operation unterblieb wegen Weigerung des Patienten.

8. Fall. 25jähriger Patient, aufgenommen am 1. März 1905 mit Eiterfluß aus dem rechten Ohre. Anamnese wurde nicht festgestellt. Fünf Tage nach der Aufnahme stellte sich Schwellung des Warzenfortsatzes ein und infolgedessen wurde der Patient von Dr. D. A. Jermolinski operiert. 54 Tage nach der Operation, als die Wunde noch nicht verheilt war, begann der Patient über Schwindel zu klagen, wobei die Neigung bestand, nach rechts hinzufallen. Der Patient ist blaß, schlaff, appetitlos. Bei der sechs Tage später ausgeführten Untersuchung des Augengrundes fand man Vergrößerung der Papillen des Gesichtsnerven; dieselben waren etwas geschwollen und hatten ein strahlenförmig gestreiftes Aussehen; die Venen waren fast nicht vergrößert. An der unteren Zirkumferenz der linken Papille befand sich ein kleiner Bluterguß. Im allgemeinen bestand das Bild von Stauungspapille. Nach neun Tagen Erbrechen, Schläfrigkeit; Puls 56, rhythmisch. Temperatur normal. Die am nächsten Tage von Privatdozent W. E. Larionow vorgenommene Untersuchung des Nervensystems ergab: Deviation der Augäpfel nach rechts, Erweiterung der Pupillen, die auf Licht nicht reagieren, Parese des linken N. facialis, Kopfschwindel nach rechts. Es wurde Abszeß in der rechten Hälfte des Kleingehirns oder im rechten Lobus occipito frontalis der rechten Hemisphäre des Großhirns diagnostiziert. Der Patient wurde nach der chirurgischen Abteilung gebracht und dort operiert. Es wurde die hintere Schädelgrube eröffnet. Der Knochen erwies sich als derb, sklerosiert. Am Gehirn war

---

besitzen im Neuen Testament zwei Beziehungen zu dieser Konferenz*), welche lediglich auf religiösem Gebiet sich hielt.

„Es wäre indes den Gegnern von Paulus sehr leicht gewesen, gestützt auf das alte Gesetz, das wohlverstandene Interesse der Menschen anzuführen, welche der Missionar zu bekehren sich bemühte!

„Jetzt, wo die Speiseverbote des alten Gesetzes mehr in Uebereinstimmung mit den Prinzipien der modernen Hygiene sich finden, ist es möglich und lohnt sich der Mühe, besprochen zu werden; ich glaube indes, daß die große Mehrzahl der Gelehrten, welche diese Frage angeschnitten haben, es unter der Herrschaft des zähen Vorurteils getan haben, welches uns Moses, ein Hygieniker vor der Hygiene, macht, und daß man ihr Urteil wieder durchsehen muß, indem man sich von jeder vorgefaßten Meinung freimacht.

„Man kann sehr verschiedenartig die Speiseverbote erklären, welche ein fast allgemeiner Charakter der primitiven Religionen sind. Die englischen Ethnographen unserer Zeit, deren Ansicht ich teile, führen in dieser Absicht den Totemismus an, d. h. einen sehr alten Standpunkt des religiösen Denkens, welches gewissen Tieren oder Pflanzen eine unnahbare und deshalb göttliche Eigenschaft zuschrieb. Aber weiter wird man niemals kommen, als mehr oder weniger wahrscheinliche Hypothesen aufzustellen; die, welche andere Erklärungen bevorzugen, sind nicht gezwungen, sie anzunehmen, abgesehen davon, daß sie gewissen Leuten von sehr verschiedener Abstammung genehm sein könnten, welche die Speiseverbote befolgen oder befolgt haben. Aber auch die Tatsache, daß diese Verbote in ihrem Ursprung mit Hygiene nichts zu tun haben, dürfte von niemand bestritten werden.

„Man sagt freilich, daß das ganze Gesetz im Interesse derer geschaffen ist, an welche es sich wendet, und daß es daher Hygiene in jeder auf die Nahrungsmittel bezüglichen Vorschrift gibt. Aber das ist ein auf willkürlicher Interpretation der hygienischen Vorstellung beruhender Sophismus*). Es kann Hygiene nur in Frage stehen, wenn die Beziehung von Ursache und Wirkung natürlich, lediglich angenommen wird; indes wiederhole ich, daß diese Vorstellung, welche uns heute so einfach dünkt, obwohl der verbreitete Aberglaube sie täglich verkennt, eine der unschätzbaren Gaben ist, welche das hellenische Denken der Welt geschaffen hat.

„Ob die Ebräer, Assyrier und Aegypter eine Ahnung davon gehabt haben, was möglich ist, gestehen wir nicht zu wissen."

*) Paulus, Epistel an die Galater II, 1—10; Apostelgesch. IX, 1—10.

*) Die Theorie, nach welcher die antiken Gesetzgeber hygienische Gesetze haben aufstellen wollen, ist so plump, daß sie bis heute lediglich von ungebildeten Aerzten oder rückständigen Theologen aufrecht erhalten werden kann. Aber dieser Sophismus, welchen Reinach mit soviel Recht kritisiert, ist auch von manchen Anthropologen geltend gemacht. Es liegt indes ein sichtlicher Fehler in der Begründung vor. Andererseits sieht man, jedesmal wenn man den Ursprung dieser Maßnahmen wiederfinden kann, daß sie einen rein mystischen oder religiösen Sinn haben — so die so lange unverstandene Untersagung der Bohnen für die ägyptischen Priester, welche einem alten totemischen Glauben entspricht, welcher seit lange auch von denjenigen vergessen wurde, welche ihm folgten, um ihm ihr Leben zu weihen. Ein Pythagoras zog es vor, nach der Tradition sich töten zu lassen, als lebende Bohnen mit Füßen zu treten. (Garrault.)

(Fortsetzung folgt.)

Pulsation deutlich zu sehen. Die harte Hirnhaut war unverändert, sie wurde gespalten, worauf in die Hirnsubstanz eine 2,5 bis 3 cm tiefe Inzision gemacht wurde; Eiter fand man jedoch nicht. Tod am selben Tage. Sektion: Abszeß im rechten Frontallappen. Degeneration des Herzens und der übrigen Organe. (Fortsetzung folgt.)

Vom XIV. internationalen Kongress für Hygiene und Demographie.

Fortsetzung aus Nr 41.

Aus dem umfangreichen, vielseitigen Material, welches auf dem Kongreß verarbeitet wurde, geben wir als Fortsetzung der Mitteilungen aus No. 40 und 41 d. W. im folgenden einige bedeutungsvolle Erörterungen über die Frage der Sterblichkeit und Erkrankungshäufigkeit.

Zunächst

Berufs-Morbidität und -Mortalität.

Von Prof. Dr. P. Mayet, Geheimer Regierungsrat und Mitglied des Kaiserlichen Statistischen Amtes, Berlin.

Der Vortragende faßt seine Ausführungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Unter Morbiditätsstatistik hat man Feststellungen zu verstehen darüber, wie viele Erkrankungen überhaupt und wie viele bestimmter Art und verschiedener Schwere aus bestimmten Personenmassen hervorgegangen sind. Diese Feststellungen sollen insbesondere einen Wahrscheinlichkeitsanhalt geben zu Berechnungen, wieviel Krankheiten, Krankheiten welcher Art und Krankheiten welcher Schwere und Dauer aus bestimmten Personenmassen in einer bestimmten Zeit zu erwarten sind. Es genügt nicht, nur die Krankheitsfälle nach Zahl und Art zu kennen, die in einer oder mehreren Personenmassen vorgekommen sind; das ist nur ein Bruchteil einer Morbiditätsstatistik; man muß zugleich auch die Zahl der Personen kennen, aus denen die Erkrankungen hervorgingen, und beide Zahlenreihen miteinander rechnerisch verknüpfen.
2. Es sind zu unterscheiden:
   a) allgemeine Morbiditätsstatistik ohne Unterscheidung der Berufe und Krankheitsformen;
   b) berufliche Morbiditätsstatistik ohne Unterscheidung der Krankheitsformen;
   c) allgemeine Morbiditätsstatistik mit Unterscheidung der Krankheitsformen;
   d) berufliche Morbiditätsstatistik mit Unterscheidung der Krankheitsformen.
3. Für die berufliche Morbiditätsstatistik insbesondere ist die Erfassung sowohl der erwerbsfähigen als der erwerbsunfähigen Erkrankungen wichtig.

   In den folgenden Leitsätzen soll aber unter Morbidität stets nur die mit Erwerbsunfähigkeit verbundene verstanden sein.
4. Morbiditätstafeln haben die Krankheitsereignisse (Erkrankungsfälle, Krankheitstage, Aussteuerungsfälle, Wochenbetten, Unfälle usw.) im Verhältnis zu der Personenmasse, aus der sie hervorgingen, zu zeigen.
5. „Morbiditäts-Serien-Tafeln" (Mosersche Tafeln) sollen die Abwickelung einer bestimmten Anzahl Erkrankungen darstellen und dazu dienen, den Einfluß statutarischer oder gesetzlicher Bestimmungen über anfängliche Karenztage und über verschiedene Bemessung der längsten Unterstützungsdauer auf die zur Erscheinung kommenden Krankheitstage abzumessen; sie sind daher für die Gesetzgebung und die Krankenkassenverwaltungen von Wichtigkeit.
6. „Morbiditäts-Mortalitäts-Tafeln" haben zu zeigen, aus wieviel Krankheitsfällen und wieviel Krankheitstagen ein Todesfall hervorgeht. Ihre Aufstellung gestattet, umgekehrt aus einer bekannten Mortalität zu schließen auf die bisher unbekannte Morbidität des betreffenden Personenkreises, für den die Mortalität festgestellt ist.
7. Die methodische Erfassung der Morbidität erheischt Unterscheidung der Geschlechter und der Altersklassen. Sie hat bei der Berufsunterscheidung in erster Linie nicht auf die Zugehörigkeit zu dem Gewerbe, sondern auf die zu dem Individualberuf zu achten.
8. Die Zusammenfassung der Geschlechter in einer Zahl ist irreleitend. Tabellen ohne Altersunterscheidung haben sehr wenig Wert.
9. Für die Begrenzung der Altersklassen empfehlen sich: unter 15 Jahre alt, 15 bis 19 Jahre alt, 20 bis 24 usw., 65 bis 69, 70 bis 74, 75 und darüber, mit einer Kondensierung von sechs zehnjährigen Altersklassen: 15 bis 24 usw., 65 bis 74 mit Sonderbelassung der unter 15- und über 74jährigen. Für kleinere Beobachtungsmassen empfehlen sich die Klassen: unter 15, 15 bis 34, 35 bis 54, 55 bis 74 und über 75 Jahre alt.
10. Die Berufsgliederung der Morbiditätsstatistik darf von der Berufsgliederung der Berufs- und Betriebszählung abweichen; für letztere sind volkswirtschaftliche und gewerblich technische, für erstere sanitäre Gesichtspunkte maßgebend. Unnütze, unbegründete Abweichungen der beiden Schemata voneinander sind zu vermeiden.

    Berufe, für welche man Grund hat, eine besonders günstige oder ungünstige Morbidität anzunehmen, müssen für sich behandelt werden; einerseits, weil sie in Zusammenfassung mit irgend einem anderen Beruf die Bedeutung der Ergebnisse verwischen, andererseits, weil die mit ungünstiger Morbidität Veranlassung geben können zu Verwaltungsmaßregeln.
11. Bei Morbiditätsstatistiken, welche mit Krankenkassenmaterial arbeiten, wird es ratsam sein, die Pflichtmitglieder und die freiwilligen Mitglieder zu unterscheiden.
12. Zur erfolgreichen Bearbeitung der Morbiditätsstatistik sind besonders geeignet große Krankenkassen, Knappschaftsvereine, Versicherungsgesellschaften gegen Krankheit, das Heer, die Marine. Für den Kreis und die Sonderverhältnisse ihrer Anstaltsinsassen usw. können Ersprießliches leisten die Gefängnisverwaltungen, die Irrenhäuser, die Armenverwaltungen, die großen Passagierdampfergesellschaften.
13. Bei Untersuchungen, welche es mit dem Morbiditäts- und Mortalitätsmaterial großer Krankenkassen aus einer Reihe vergangener Jahre zu tun haben, empfiehlt es sich, von der Unterscheidung einzelner Kalenderjahrgänge abzusehen.
14. Die Auszählung der Personen der Beobachtungsmasse fällt am genauesten aus, wenn das Material es gestattet, für jede einzelne Person festzustellen:
    a) die Zeit des Mitgliedsbeitrages,
    b) die Zeit, in der die Person nach gesetzlichen oder statutarischen Bestimmungen auch ohne Zahlung von Beitrag noch gegen Krankheit versichert war,
    c) die Krankheitstage.

    Die Addierung dieser drei Zeiten ergibt dann die Zeit, in der die Person unter dem Krankheitsversicherungsrisiko stand.

    Die Zusammenfassung aller versicherten Tage aller versicherten Personen, dividiert durch 365, ergibt weiter die Zahl der „ein Jahr lang unter Beobachtung gewesenen Personen".
15. Bei jedem Geschlecht, Altersklasse, Beruf, Pflicht- und freiwilliger Mitgliedschaft ist die wichtigste und untrüglichste Zahl die Verhältniszahl der Krankheitsfälle, der Krankheitstage, der Todesfälle zu der betreffenden Masse der ein Jahr lang unter Beobachtung gewesenen Personen.
16. Für einen Vergleich der Verhältnisse verschiedener Berufe können aus krankenkassenstatistischem Material eine große Anzahl von Kriterien gewonnen werden.

    Abgesehen von der hin und wieder möglichen Bearbeitung auch der erwerbsfähigen Krankheitsfälle nach ihrer Zahl und ihren Krankheitsformen bietet sich für die erwerbsunfähigen Krankheitsfälle folgende Kriterienreihe:
    a) Verhältnis zueinander: von Beitragstagen, beitragsfreien aber doch unter Krankheitsversicherungs-Risiko stehenden Tagen und Krankheitstagen;



b) Krankheitsfälle } im Verhältnis zur Personenmasse, aus der
c) Krankheitstage } sie hervorgingen;
d) durchschnittliche Dauer der Krankheitsfälle;
e) Kurve der Altersklassenbesetzung,
f) Aussteuerungsfälle, namentlich solche des längsten Unterstützungstermins } im Verhältnis zur Personenmasse;
g) Unfallhäufigkeit, insbesondere mit länger dauernder Erwerbsunfähigkeit } im Verhältnis zur Personenmasse;
h) Verhältniszahl der aktiven Mitglieder eines Berufs zu den weiterversicherten freiwilligen Mitgliedern desselben Berufs;
i) Todesfälle, im Verhältnis zur Personenmasse;
k) Verhältnis der Zahl der Krankheitsfälle zu den Todesfällen;
l) Verhältnis der Zahl der Krankheitstage zu den Todesfällen;
m) anormale Wochenbetten im Verhältnis zur beobachteten Personenzahl;
n) Verhältnis der anormalen, mit Krankheit verbundenen Wochenbetten zu den normal verlaufenen;
o) Ueberdurchschnittlichkeit des Berufes in allen oder den meisten Altersklassen, in allen oder den meisten Kriterienreihen. Beziehungsweise Unterdurchschnittlichkeit;
p) Morbiditäts- und Mortalitätsziffern nach Krankheits formen.

17. Für die Zukunft ist anzustreben, daß laufendes, neu erwachsendes Material nach den eben dargelegten Grundsätzen bearbeitet werde; daß bei dieser Bearbeitung aber stets an die Stelle der vorgängigen die epikritische Diagnose der Aerzte trete.

Die Aerzte sollten veranlaßt werden, im Anhang zu dieser epikritischen Diagnose noch Mitteilung zu machen, ob nach ihrer Ansicht Gewerbekrankheit, Unfall, Tuberkulose, Geschlechtskrankheit, Alkoholismus vorliegt. Für die Abgabe dieses Urteils sollte eine technische Form gewählt werden, welche der Geheimhaltung des Urteils dient.

Die besondere Beziehung, welche in Deutschland die berufliche Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik zu dem sanitären Arbeitstage hat, welchen der Bundesrat für diejenigen Gewerbe anordnen darf, die durch übermäßige Dauer der täglichen Arbeitszeit Gesundheitsgefährdungen der Arbeiter herbeiführen, rechtfertigte es, wenn versucht würde, mittels der Zählkarten der erwerbsunfähigen Krankheitsfälle eine Beziehung herzustellen zwischen Krankheitsfällen und vorgängigen Arbeitszeiten, etwa in der Weise, daß bei der Erwerbsunfähigschreibung des Kranken durch Befragung seitens des Arztes die Zeitdauer der wirklichen Beschäftigung im Betrieb wenigstens in der letzten Kalenderwoche vor Eintritt des Erkrankungsfalles nach Arbeitstagen und Arbeitsstunden ermittelt würde.

18. Nicht eine allgemeine Bearbeitung alles in einem Jahre anwachsenden Morbiditätsmaterials für das ganze Reich, für alle Berufe und für alle Krankheitsformen ist zu erstreben, sondern eine jährliche Auswahl einzelner Berufe oder einzelner Kassen zur Erfassung ihrer gesamten Krankheitsverhältnisse. Hierbei ist immer die genaue Erfassung des Personenkreises, aus dem die Krankheiten hervorgehen, sicherzustellen.

Als Beihilfe zur Schaffung einer beruflichen Morbiditätsstatistik empfiehlt sich außerdem eine Erfragung des anwachsenden Materials an Krankheitsfällen bestimmter Krankheitsformen (Gewerbekrankheiten), sei es bei einer Auswahl, sei es bei der Gesamtheit der Kassen, mit Angabe des Berufs der Betroffenen.

19. Denjenigen Kassen und denjenigen Aerzten, welchen bei einer Auswahl von Kassen oder Berufen oder Krankheitsformen eine Mehrmühe erwächst, gebührt auch zur Ausgleichung ein Entgelt.

20. Die Aufbringung des Entgelts sollte teils durch Umlage auf alle Krankenversicherten im Wege einer Beisteuer ihrer Kassen, teils durch Reichszuschuß aufgebracht werden. Die Bearbeitung des so gewonnenen Materials sei Reichssache, aber ohne Ausschluß der Selbsttätigkeit von Kassen oder Kassenverbänden auf diesem Gebiete.

Des weiteren interessieren die Ausführungen Prof. Dr. Neefes aus Breslau über

Sterblichkeit und Wohlhabenheit.

Eine einwandsfreie Methode zur genauen Feststellung des Einflusses der Wohlhabenheit auf die Sterblichkeit einer Gesamtbevölkerung ist bisher nicht angewandt bezw. nicht bekannt geworden. Man hat sich mit Gewinnung und Gegenüberstellung von verschiedenartigem Material begnügt, welches annähernde Vergleiche ermöglichte.

Ein Teil der Untersuchungen beruht auf Unterscheidung und Auszählung der Sterbefälle in Kombination mit Alter und Geschlecht nach Wohlstandskategorien, aber meist ohne Vergleich mit den betreffenden Gesamtheiten der Lebenden (direkte Methode), ein anderer Teil auf Vergleichung der Sterblichkeitsziffer in den nach durchschnittlichen Wohlstandsverhältnissen der Bevölkerung abgestuften Bezirken (indirekte Methode).

Es empfiehlt sich die Untersuchung der Sterblichkeit nach ausschließlich wirtschaftlicher Gliederung in Wohlstandsschichten und die Anwendung der direkten Methode, welche unter der Voraussetzung, daß sich zutreffende Grundzahlen von Gesamtheiten beschaffen lassen, zu zuverlässigeren Ergebnissen führt. Als für größere Bevölkerungsmassen konstatierbare Symptome des Wohlstandes gelten die Einkommens-, Vermögens- und Wohnverhältnisse der Bevölkerung.

1. a) In Staaten mit allgemeiner Einkommensteuer würde sich für ausgewählte (städtische, ländliche usw.) Bezirke*) empfehlen, auf jede zur Mortalitätsstatistik dienende Todesbescheinigung oder Sterbefallkarte die Steuerstufe zu schreiben**), welche sich bei der Meldung des Sterbefalles durch Vorzeigung der letzten Steuerquittung oder nachträglich an der Hand der Steuerrolle ermitteln läßt.

b) Es würden hiernach für jede Einkommensgruppe (d. h. vereinigte Einkommensstufen) zusammenzustellen sein die gestorbenen Haushaltungsvorstände (Zensiten)***), deren Frauen und Kinder (ausschließlich der sonstigen Haushaltungsangehörigen)†) je nach Alter und Geschlecht, die erstgenannte Kategorie (Zensiten) auch nach Familienstand.

c) Als Grundzahlen (für die Berechnung von Verhältniszahlen) würden nach der Einkommensteuerrolle jährlich einmal (in der Mitte oder am Anfang des Jahres) die Lebenden für jede Einkommensgruppe und nach den Unterscheidungen wie die Gestorbenen sub b zusammenzustellen und die Sterblichkeitskoeffizienten zu berechnen sein.

d) Die ungleiche Stärke der Haushaltungen und die hierdurch bedingte ungleiche durchschnittliche Einkommensquote pro Kopf läßt sich bei dem ersten Versuche nicht berücksichtigen. Ebenso wenig kann Rücksicht genommen werden auf die Schwankungen des Einkommens im Leben des Einzelnen.

e) Die Untersuchung erstreckt sich auf die in der Steuerrolle enthaltene Wohnbevölkerung mit Ausnahme der Bevölkerung in Anstalten zu dauerndem Aufenthalt (wie Armen-, Waisen-, Altersversorgungsanstalten) und der Militärbevölkerung. Die in Kranken- und anderen Anstalten Gestorbenen der Wohnbevölkerung, die noch als Angehörige ihrer Haushaltung betrachtet werden können, sind der Haushaltung zuzuzählen, in der sie vor Aufnahme in die Anstalt lebten.

2. In Staaten mit allgemeiner Vermögenssteuer würde (als Ersatz der sub 1 genannten Untersuchung) eine ähnliche Gliederung und Bearbeitung nach der Vermögenssteuer sich vornehmen lassen, wie vorstehend auf Grund der Einkommensteuer vorgeschlagen ist.

3. a) In Städten mit regelmäßigen Ermittelungen der Wohnverhältnisse würde die Gliederung der gestorbenen und lebenden Bevölkerung in Mieterwohnungen ohne gewerbliche Benutzung und ohne Aftervermietung sich vornehmen lassen††).

---

*) In Anbetracht der großen Mühewaltung und erheblichen Kosten für den ganzen Staat ist räumliche Beschränkung geboten.

**) Die Steuerfreien sind als solche ebenfalls zu bezeichnen und bilden eine Kategorie für sich.

***) Mitglieder von Haushaltungen, welche nicht Haushaltungsvorstände sind, aber zur Einkommensteuer besonders eingeschätzt sind, werden dieser Kategorie (den Zensiten) zugezählt und in der Einkommensgruppe nach ihrem persönlichen Einkommen (nicht nach dem des Haushaltungsvorstandes) eingereiht.

†) Also ausschließlich Verwandte, Dienstboten, Gehilfen, Lehrlinge und vorübergehend Anwesende (Gäste usw.).

††) Aber nur zu empfehlen, wenn die sub 1 oder 2 genannten Materialien nicht vorhanden sind.



Auf die hiernach in Betracht kommenden Sterbefallkarten würde die jährliche Miete für die Wohnung der Haushaltung zu schreiben sein entweder auf Grund der Befragung bei der Meldung des Sterbefalls oder nachträglich an der Hand des wohnungsstatistischen Materials, welches von Zählung zu Zählung nach Straße, Hausnummer, Stockwerk in leicht auffindbarer Weise aufzubewahren wäre.

b) Für jede Mietgruppe (Vereinigung von Mietstufen) würden die gestorbenen Haushaltungsvorstände, deren Frauen und Kinder (ausschließlich der sonstigen Haushaltungsangehörigen, vergl. Anm. 4 zu 1 b) nach Alter, Geschlecht, die Haushaltungsvorstände auch nach Familienstand zusammenzustellen sein.

c) Als Grundzahlen für die Berechnung von Verhältniszahlen würden nach dem wohnungsstatistischen Material die in Mieterwohnungen ohne gewerbliche Benutzung und ohne Aftervermietung Lebenden für jede Mietgruppe nach den Unterscheidungen wie die Gestorbenen sub 3 b zusammenzustellen und die Sterblichkeitskoeffizienten zu berechnen sein.

d) Die sub 1 d/e genannte Einschränkung findet auch auf die Untersuchung nach der Miete sinngemäße Anwendung. Auch diese Untersuchung erstreckt sich nur auf die betreffende Wohnbevölkerung (ausschließlich Anstalten), aber einschließlich der in Kranken- und anderen Anstalten Gestorbenen der sub 3 a näher bezeichneten Wohnbevölkerung.

4. Außerdem empfiehlt es sich, zur Ergänzung vorgenannter Untersuchungen anderes leicht zugängliches Material zu benutzen und die betreffenden Lebenden und Gestorbenen nach Alter, Geschlecht und Familienstand zusammenzustellen, z. B. die aus öffentlichen Mitteln dauernd unterstützten Armen und deren Haushaltungsglieder, die Mitglieder von Kranken- und Sterbekassen, von Lebens- und Pensionsversicherungskassen (mit Unterscheidung nach der Höhe der Versicherung und nach Beruf), die öffentlichen Beamten (im Reichs-, Staats-, Gemeinde- usw. Dienst nach speziellen Berufs- und Gehaltsstufen), die Militärbevölkerung (des Unteroffizier- und Offizierstandes), die Gefängnisbevölkerung.

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. Juli 1907.

Vor der Tagesordnung:

Klemperer demonstriert die Jakobysche Rizinmethode zum Nachweis des Pepsins und verweist auf ihre klinische Bedeutung.

Diskussion: Fuld, Jakoby.

Rosenthal hat einige Lueskranke durch Injektion von arseniger Säure mit mindestens gleichem Erfolg wie mit Atoxyl behandelt; einen so behandelten Patienten stellt er vor. Er beginnt mit 2 mg und steigt jeden dritten Tag um 2 mg. Die Wirksamkeit dieser Injektionen ist nur mit der durch Calomelinjektionen zu erzielenden zu vergleichen. Die Atoxylwirkung beruht auf dem schnellen Inkrafttreten von großen Mengen Arsen, die Anilinkomponente erscheint ohne Bedeutung. Die arsenige Säure hat vor dem Atoxyl den entschiedenen Vorzug, daß bei ihr Dosen bestimmter Größe zur Resorption kommen.

Diskussion:

Lassar: Bei der Unberechenbarkeit der Wirkung ist bei Anwendung des Atoxyls große Vorsicht angebracht. Die arsenige Säure, die eine sichere Basis der Dosierung bietet, dürfte deshalb unbedingt vorzuziehen sein.

Tagesordnung:

Pick: Ueber eine eigentümliche Lokalisation der Meningokokken bei übertragbarer Genickstarre.

Bei einem Falle von epidemischer Meningitis, bei dem sich Meningokokken in fast allen Organen fanden, wurden auch in dem Eiter der Samenbläschen reichlich Diplokokken gefunden. Es erschien fraglich, ob diese nicht Gonokokken seien und der ganze Fall als Allgemeininfektion von Gonokokken und nicht als epidemische Genickstarre zu deuten sei, eine Frage, die bei der nahen Verwandtschaft der Gono- und Meningokokken wohl berechtigt scheint. Durch feinste Züchtung und Serumreaktionen ließ sich erweisen, daß es sich um Meningokokken handelte. Klinisch sind schon früher Prozesse an den Genitalorganen bei Meningitis beobachtet worden. Es ergibt sich also, daß wie der Gonokokkus gelegentlich in das Spezialgebiet der Meningokokken (die Meningen) eindringen kann, ebenso diese das des ersteren (die Genitalien) befallen können.

Diskussion: Westenhoeffer.

Engel: Ueber Rückschlag in die embryonale Blutbildung und Entstehung bösartiger Geschwülste.

E. führt des näheren aus, daß das Auftreten embryonaler Formen mancher Zellen, so der kernhaltigen roten Blutkörperchen, unter verschiedenen pathologischen Bedingungen zu beobachten ist. In ähnlicher Weise ist wohl die Entstehung der malignen Geschwülste als ein Rückschlag in das embryonale Zellstadium zu denken.

Aerztlicher Verein München.

Sitzung vom 29. Mai 1907.

Vor der Tagesordnung demonstriert Herr Rößle zwei Spontantumoren und ein Impfkarzinom bei weißen Mäusen.

1. Herr Rößle: Gibt es Schädigungen durch Kochsalzinfusionen?

R. bejaht diese Frage und gibt eine Anzahl von Obduktionsbefunden kund, die ganz bestimmte infolge der NaCl-Infusionen entstandene Schädigungen der Organe dartun sollen.

Diskussion: Herren Neubauer (empfiehlt Verwendung der Ringerschen Lösung), A. Schmitt, Rößle.

2. Herr Friedrich Müller: Medicinische Reiseeindrücke.

Schilderung des in amerikanischen Instituten Gesehenen; die Einrichtungen könnten vielfach vorbildlich sein für unsere Institute.

Sitzung vom 12. Juni 1907.

Vor der Tagesordnung demonstriert Herr Heineke einen Fall von Adam-Stockesscher Krankheit mit sehr gelungenen Pulskurven, welche die Dissoziation der Herztätigkeit (Jugularis- und Carotis-Pulsation) deutlich zeigen. Besprechung zweier Obduktionsfälle. Ursache in allen drei Fällen wahrscheinlich Lues. Bei dem einen Fall an Stelle des Hisschen Bündels narbige Myocarditis gummosa.

1. Herr Mader: Beiträge zur Killianschen Radikaloperation der chronischen Stirnhöhleneiterung, sowie Mitteilung einer neuen Behandlungsmethode des Kieferhöhlenempyems mit Demonstrationen und Krankenvorstellung.

M. hat mit der Killianschen Methode im allgemeinen sehr gute Resultate erhalten. Er nimmt fast stets den größten Teil der Siebbeinzellen weg und führt die Neurektomie zur Vermeidung von Neuralgien der N. supraorbitalis aus. Seine neue Methode der Behandlung des Kieferhöhlenempyems besteht in Galvanokaustik der kranken Schleimhaut mit von ihm angegebenen Porzellanbrennern, die von Reiniger, Gebbert & Schall hergestellt werden.

Diskussion: Herr Hecht.

2. Herr Wassermann: Die Bedeutung des Röntgenverfahrens für die Diagnose der Kieferhöhlen-, Siebbein- und Stirnhöhleneiterungen mit Demonstration von Röntgenaufnahmen.

Erkrankte Höhlen können durch die Röntgenphotographie als solche erkannt werden, wenn man durch Ausschaltung aller möglichen Fehlerquellen (gute Fixierung, genaue Einstellung) Irrtümer auszuschließen weiß.

3. Herr Karl E. Ranke: Demonstration des Modelles eines Tropenkrankenhauses mit Einrichtung zur Regulierung der Lufttemperatur und Luftfeuchtigkeit.

Die Einrichtungen beabsichtigen die Schäden des heißen Klimas zu paralysieren. Die Lindesche Eismaschinenfabrik berechnet die Einrichtungskosten für ein Krankenhaus, wie das in Togo befindliche, auf 35000 Mark, die jährlichen Betriebskosten auf 7500 Mark, die aber durch die gleichzeitige Eisgewinnung ausgeglichen werden sollen. Die Luft wird durch Ammoniakmaschinen gekühlt und gleichzeitig getrocknet und dann in die Räume (ähnlich wie bei der Luftheizung) geleitet.

Literarische Monatsschau.

Gynäkologie.

In den letzten Jahren sind so zahlreiche und verschiedenartige Vorschläge zur Behandlung des Wochenbettfiebers gemacht und allenthalben durchgeführt worden, daß kaum jemand noch Gelegenheit hat, therapeutisch unbeeinflußte Wochenbettfieberfälle in ihrem Verlauf zu beobachten und so einen brauchbaren Maßstab für den Wert oder Unwert der verschiedenen Behandlungsmethoden zu gewinnen. Eine groß angelegte Arbeit Mermanns füllt diese Lücke in dankenswerter Weise aus und kommt dabei zu ganz überraschenden Resultaten, die wohl geeignet sind, unsere Anschauungen über den Wert der z. Z. üblichen Therapie erheblich zu modifizieren. Seit zirka zehn Jahren hat Mermann in seiner Anstalt an einem Gesamtmaterial von 9000 Wöchnerinnen mit über 1600 Fieberfällen konsequent eine rein abwartende Therapie durchgeführt, d. h. strenge Asepsis vor, während und nach der Entbindung, strengste Vermeidung jeder Berührung oder Untersuchung der Wöchnerinnen, als Therapie bei Fieberfällen lediglich gute Ernährung, kleine Dosen Alkohol, eventl. bei Herzschwäche Digitalis. Mit dieser nihilistischen Therapie hat Mermann Erfolge bezüglich der Gesamtmortalität und -Morbidität erzielt, die die besten bisher aus Kliniken veröffentlichten Resultate übertreffen.

Daß Hämatocele retrouterina nicht immer gleichbedeutend mit Extrauteringravidität sein muß, beweist wieder einmal ein Fall Engströms, der vollständig unter dem Bilde einer Tubargravidität verlief und als solcher auch zur Operation kam. Dabei stellte es sich heraus, daß der große intraperitoneale Bluterguß von der Ruptur eines reifen Follikels bezw. eines Corpus luteum herrührte.

Einen seltenen Fall von Echinokokkus des Uterus und der Ovarien beschreibt Tittel. Die 40jährige Patientin erkrankte unter dem Symptomenbilde eines großen Unterleibstumors. Bei der Laparotomie fand sich der Uterus etwa entsprechend dem 7. bis 8. Schwangerschaftsmonat vergrößert; beide Ovarien waren in zirka kindskopfgroße Tumoren verwandelt. Alle drei Tumoren waren mit zahllosen Echinokokkusblasen angefüllt. Exstirpation der Ovarien, supravaginale Amputation des Uterus. Am sechsten Tage post op. Exitus, wahrscheinlich an Darmlähmung.

Auf Grund einer Versuchsreihe von 66 Fällen empfiehlt Conitzer das Chinin als ein zwar nicht unfehlbares, aber für die Praxis doch recht brauchbares Wehenmittel. Die verabreichte Dosis schwankte zwischen 1,0 und 3,0; im allgemeinen wurden 0,5 bis 0,75 zwei- bis dreimal in Zwischenräumen von $^1/_2$ bis 1 Stunde gegeben.

Einen sicheren Fall von Impfkarzinom beschreibt Zurhelle. Drei Monate nach einer wegen Portiokarzinoms vorgenommenen abdominalen Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe fand sich am oberen Ende der Bauchnarbe der Patientin eine kleinapfelgroße Geschwulst, deren mikroskopische Untersuchung typisches Karzinom ergab.

Nach den experimentellen Untersuchungen Kurdinowskis stellt der schon zu Hippokrates Zeiten festgestellte kausale Zusammenhang zwischen den Reizungen der Brustdrüse bezw. Brustwarze und den Uteruskontraktionen durchaus nichts Spezifisches dar, sondern ist nur eines der wohlbekannten Beispiele von reflektorischen Uteruskontraktionen, die sich in gleicher Weise von den verschiedensten, sogar vom Uterus sehr entfernt liegenden Körperteilen auslösen lassen.

Der Anwendung des Kochschen Tuberkulins in der Gynäkologie und Geburtshilfe widmet Birnbaum eine ausführliche Monographie, um ihr eine ihrer Bedeutung angemessene Verbreitung zu verschaffen. Aus der anregend geschriebenen Studie sind folgende Punkte als praktisch wichtig zu erwähnen: Zu diagnostischen Zwecken injiziert B. nach ein- bis zweitägiger sorgfältiger Temperaturmessung in mindestens zweitägigen Zwischenräumen abends zwischen fünf und sieben Uhr 0,001 bis 0,003 bis 0,006 bis 0,01 g Alttuberkulin. Die wiederholten Injektionen werden stets erst nach völliger Abfieberung von der vorhergehenden gemacht; hat eine auch nur geringe Fieberreaktion stattgefunden, so wird noch einmal dieselbe, nie eine höhere Dosis gegeben. Der Ausfall ist positiv, wenn auf eine der Dosen eine typische Reaktion erfolgt ist. Dieselbe besteht in Lokalerscheinungen, Allgemeinerscheinungen und in Temperaturanstieg von mindestens 1 bis $1^1/_2{}^0$. Auch bei Genitaltuberkulose tritt in noch nicht allzu alten Fällen so gut wie stets eine Lokalreaktion (Schmerzen, Druckempfindlichkeit, Schwellung etc.) auf. Bei 55 verdächtigen Fällen, darunter vielen, die sonst keinerlei Symptome einer tuberkulösen Erkrankung darboten, hat B. auf diese Weise die Diagnose absolut sichern können. Fiebernde Fälle, die sich für die diagnostische Injektion naturgemäß zunächst nicht eignen, hat B. durch systematische Injektionen fieberfrei machen können. (Schluß folgt.)

Periodische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift. Nr. 29. 1907.

1. Pfaundler: **Ueber die Behandlung der angeborenen Lebensschwäche.**

(Nicht abgeschlossen.)

2. Magnus, Heidelberg: **Die stopfende Wirkung des Morphins.**

Bei Katzen gelingt es, den nach Milchfütterung entstehenden Durchfall durch geeignete Morphindosen zu stopfen. Für diese Stopfwirkung ist die Mitwirkung der sympathischen Hemmungsfasern nicht notwendig; die verwendeten Morphindosen beeinflussen am stärksten den Magen, am wenigsten den Dickdarm; die Hauptwirkung besteht in einer langdauernden Kontraktion der Magenwand in der Gegend des sogen. Sphinkter antri pylorici; außerdem läßt der Pylorus den Speisebrei langsamer ins Duodenum passieren, infolgedessen tritt die Nahrung beträchtlich verspätet und danach nur sehr allmählich in kleinen Portionen und vollständiger verdaut als unter normalen Verhältnissen in den Dünndarm; die Bewegungen des Antrum pylori, des Dünndarms und des Kolons werden durch Morphin nicht aufgehoben.

3. Jolasse, Hamburg: **Ueber den derzeitigen Stand der Röntgendiagnostik bei Magen-Darmkrankheiten.**

Für die Röntgenuntersuchung der Verdauungsorgane ist es wichtig, alle Fälle auf dem Durchleuchtungsschirm selbst zu studieren, da manche für die Diagnose wichtige Tatsachen und Vorgänge sich auf dem Bilde nicht festhalten lassen. Mit Sicherheit ist jetzt die vertikale Stellung des Magens festgestellt; die Größe und die Formen des Magens können ungemein verschieden sein; nur eine Form kehrt konstanter, wenn auch verhältnismäßig selten wieder, die von Holzknecht als „Stierhornform" beschriebene, wobei der Pylorus den tiefsten Teil des Magens bildet; ob dies aber die Normalform ist, wie Holzknecht annimmt, erscheint J. sehr zweifelhaft. Der ganze Magen liegt links von der Mittellinie, die nur in gefülltem Zustande vom Pylorus etwas überschritten wird; dieser liegt in Höhe des 1. bis 2. Lenden-, die Kardia in Höhe des 11. bis 12. Brustwirbels. An jedem gefüllten Magen ist die als Magenblase bezeichnete Gasanhäufung zu sehen; die Blase ist verschluckte Luft, am größten ist sie bei hysterischen Luftschluckern.

Von pathologischen Zuständen des Magens läßt sich mittels der Röntgenstrahlen einwandfrei die Gastroptose dartun; die Differentialdiagnose zwischen Ptose und Ektasie läßt sich sicher feststellen. Die motorische Leistungsfähigkeit des Magens läßt sich in einwandfreier Weise prüfen; wenn nach einer Wismutnahrung (30 g Wismut in 200 g Griesbrei oder mit 15 g Milch-



zucker und etwas Wasser) noch nach drei Stunden ein deutlicher Schatten vorhanden ist, so kann man von einer Insuffizienz sprechen. Auch die sekretorische Tätigkeit des Magens, wenigstens bezüglich der freien HCl, ist der Röntgenuntersuchung zugänglich; der Patient erhält eine mit Wismut gefüllte Fibrodermkapsel, die sich als kreisrunder Schatten im Röntgenbilde präsentiert, solange sie nicht aufgelöst ist, während danach das Wismut sich unregelmäßig ausbreitet. Die Auflösung läßt sich erkennen bei Hyperazidität nach 1 1/2 Stunden, bei normalem HCl-Gehalt nach 2 1/2 Stunden, bei Anazidität hat sie nach fünf Stunden noch nicht stattgefunden. Was die Diagnostik der Geschwülste des Magens betrifft, so kann die Röntgenuntersuchung über Sitz und Ausdehnung eines Tumors, selbst eines nicht palpablen, Auskunft geben; aber der Tumor muß schon eine ziemlich beträchtliche Ausdehnung haben. Die Exstirpierbarkeit ist durch das Röntgenverfahren nicht zu entscheiden, da es über Metastasen und Verwachsungen keine Auskunft geben kann. Der Nachweis eines Ulcus ventriculi nach Einnahme von Wismut, das sich auf dem Geschwür niedergeschlagen, ist vereinzelt gelungen.

Die Röntgenuntersuchung des Darmes mit der Wismutprobe ergibt, daß normalerweise in sechs Stunden die Ingesta den Dünndarm passieren und in 24 Stunden den Dickdarm. Von Krankheitszuständen des Darmes sind in erster Linie die Lageanomalien einwandfrei nachzuweisen; auch eine Stenosenbildung des Darmes läßt sich mit Deutlichkeit erkennen.

4. Kienböck, Selig, Beck, Wien: **Untersuchungen an Schwimmern.**

(Nicht abgeschlossen.)

5. Mandelbaum: **Ueber die Wirkung von taurocholsaurem Natrium und tierischer Galle auf den Pneumokokkus, Streptococcus mucosus und auf die andern Streptokokken.**

Das taurocholsaure Natrium in einer Konzentration von 5 % vermag nach längerer Einwirkung den Pneumokokkus, Streptococcus mucosus und die andern Streptokokken derart zu beeinflussen, daß sie, auf einen neuen Nährboden überimpft, nicht mehr wachsen. Bouillonkulturen des Pneumokokkus und des Streptococcus mucosus werden nach Vermischen mit dem gallensauren Salz klar und hell, während solche der andern Streptokokken getrübt bleiben. Eine vollkommene Bakteriolyse tritt beim Pneumokokkus und dem Streptococcus mucosus nicht ein; im hängenden Tropfen der mit taurocholsaurem Natrium behandelten Bouillonkultur sind keine Kokken mehr zu sehen, doch kann man durch Zusatz von Methylenblau wieder eine größere Zahl sichtbar machen; diese zeigen Involutions- und Degenerationsformen. Weitere Versuche mit Rindergalle zeigten, daß diese Bouillonkulturen des Pneumokokkus und des Streptococcus mucosus aufzustellen vermag und anscheinend auch eine vollkommene Bakteriolyse dieser Mikroorganismen herbeiführen kann. Andere Streptokokken werden von der tierischen Galle in keiner Weise geschädigt Das taurocholsaure Natrium und die Galle sind also vorzüglich geeignet zur Differentialdiagnose zwischen Pneumokokkus und Streptococcus mucosus einerseits und den übrigen Streptokokken andrerseits. Im Ganzen dürfte die Galle dem taurocholsauren Natrium vorzuziehen sein; erstere bewirkt eine vollkommene Bakteriolyse, bei Anwendung des Salzes dagegen sind mikroskopisch noch Kokken nachweisbar. Dazu kommt, daß die Galle auch überall leicht erhältlich, billig ist, sofort angewandt werden kann, und nach Erhitzen auf 100°, wobei die bakteriolytische Kraft nicht leidet, lange Zeit haltbar ist.

6. Schwab, Erlangen: **Die Erfolge der Pessartherapie in der gynäkologischen Praxis.**

Verf. zieht für die Beurteilung 124 Fälle der Erlanger Poliklinik heran, die hinreichend lange beobachtet werden konnten; dieselben scheiden sich in zwei Gruppen, in solche, die mit dem Pessar bereits in Behandlung kamen, dasselbe also auswärts appliziert erhalten hatten, und in solche, bei denen in der Poliklinik erst die Pessarbehandlung eingeleitet wurde. Sie können also einen Ueberblick darüber geben, was das Pessar in der Hand des Nichtspezialisten vermag, und andrerseits, welche Heilwirkung dem Pessar im besten Falle zukommt, wenn es von geübter Hand angewandt wird. Von 73 Fällen der letzteren Gruppe betrafen 24 Prolapskranke; sieben davon mußten Pessare erhalten (Phthise, Greisenalter); bei den 17, die zunächst mit einer Operation nicht einverstanden waren, blieben acht mit dem geschaffenen Zustand zufrieden, drei waren durchaus unzufrieden, und sechs entschlossen sich, nachdem sie sich mehr oder minder lange mit dem Ringe abgefunden hatten, doch noch zur Operation. Bei 49 Fällen, wo wegen behandlungsbedürftiger Retroflexio mobilis die Pessarbehandlung eingeleitet wurde, war der Erfolg gut in 21 Fällen; aber nur zweimal konnte das Pessar wegen wirklicher Heilung nach einigen Jahren entfernt werden, bei den übrigen 19 bestand der Erfolg nur, während die Pessare noch getragen wurden, und dabei zweimal trotz Adnexerkrankung, fünfmal trotzdem der Uterus im Pessar retroflektiert lag. 20 mal brachte die Pessarbehandlung der Patientin nicht den gewünschten Erfolg, dreimal wurde schließlich die Falschlage operativ beseitigt. Das Pessar stellt danach in der Therapie der Gebärmutterverlagerung einen recht kümmerlichen Heilfaktor dar, der bei den Uebelständen, die das Tragen eines Ringes mit sich bringt, nur dann in Anspruch genommen zu werden verdient, wenn — Notwendigkeit der Rechtlagerung der Organe vorausgesetzt — die Operation nicht zu ermöglichen ist.

Bei den 51 Fällen, die bereits mit Pessaren versehen in Behandlung kamen, ist vorweg anzunehmen, daß die Frauen mit ihrem körperlichen Befinden nicht zufrieden waren; von 24 Prolapsfällen im Alter von 24 bis 72 Jahren willigten zwölf ohne weiteres in die Operation ein, nachdem sie sich bis zu sieben Jahren mit den Ringen beholfen hatten. Von 29 wegen „Knickung“ mit Pessaren behandelten Patientinnen konnten vier die Pessare zu ihrer Zufriedenheit weitertragen, bei drei war auch durch langdauernde Weiterbehandlung mit Pessaren kein Erfolg zu erzielen, acht entschlossen sich deshalb doch noch zur Operation; drei wurden durch einfaches Entfernen der Ringe von ihren Beschwerden befreit, drei durch Ersatz des Ringes durch Allgemeinbehandlung, zwei durch Entfernen des Ringes und Behandlung der Endometritis; bei den letzten sechs wurde der Ring entfernt und das eigentlich vorliegende Leiden behandelt: dreimal die Parametritis, zweimal die Retroflexio fixata, einmal die Urethritis mit Adnexerkrankung. Zu dem geringen Erfolg, den der Spezialist mit Pessarbehandlung erzielt, kommt danach beim Nichtspezialisten noch der eventuelle Mangel genauerer Kenntnisse in der Stellung der Indikation und Kontraindikation hinzu. Die Pessarbehandlung erweist sich so nach allem als ein Notbehelf nicht nur den Vorfällen, sondern auch der Retroflexio uteri gegenüber; jeder Patientin sollte deshalb erst die Operation vorgeschlagen werden; wenn sie nicht einwilligt, dann erst sollte das Pessar versucht werden.

Von dem Grundsatz: bei Vorfällen nur Operation, bei mobilen Retroflexionen Allgemeinbehandlung oder Operation, ist bei beiden Lageveränderungen eine Ausnahme zu machen; bei der mobilen Retroflexio ist es die im Wochenbett nach rückwärts gesunkene Gebärmutter, bei der immer Aufrichtung und Einlegung eines Hodgepessars für einige Wochen genügt, um auf die fortschreitende postpuerperale Involution dahin einzuwirken, daß dauernd die Restitutio ad integrum erreicht wird. Die Involution der Genitalien kommt auch der zweiten Ausnahme zu statten, dem senilen Totalprolaps; auch hier kann, wenn durch ein passendes Pessar der Vorfall eine zeitlang gründlich zurückgehalten worden ist, die senile Schrumpfung so heilend einwirken, daß der Vorfall gänzlich beseitigt bleibt. Besonders gute Dienste vermag hier das Mengesche Keulenpessar zu leisten.

7. Sittler, Straßburg: **Vergleichende therapeutische Versuche bei Rachitis.**

An einem Material von über 200 Kindern mit mehr oder weniger schweren Symptomen florider Rachitis hat Verf. vergleichende Versuche mit einer Reihe von therapeutischen Präparaten angestellt: Eisen in Form von Liq. ferri albuminat. (10 bis 20 Tropfen mehrmals täglich) und Tinct. ferri pomat. (4 bis 5 Tropfen mehrmals täglich), Kalium chlorat. (ein- bis zweimal täglich 0,1 g), Glyzerinphosphorsaures Kalium, Natrium, Kalzium, Eisen (in 50 % Lösung resp. in Pulver, ein- bis dreimal täglich 0,1 g), Lezithin (in Tabletten à 0,025, zwei bis vier Stück täglich), Carniferrin (in Pulver 0,1 bis 0,2 tägl.), Acid. nucleinicum animale, resp. aus Hefe dargestellt, Natrium nucleinicum, Ferrum nucleinicum,

Phosphorlebertran (0,1: 100,0, ein bis zwei Theel. tägl.), Phytin (0,5 bis 1,0 pro die). Während der Dauer von 1½ bis 2 Monaten und länger erhielten die Kinder eines der Präparate allein oder Kombinationen von mehreren Präparaten unter genauer Kontrolle des Verhaltens namentlich der Knochen, die nach besonderen Methoden gemessen wurden. Die Versuche ergaben, daß mit alleiniger Ausnahme der Nukleinsäure und ihrer Verbindungen mit keinem der Präparate irgendwelche Einwirkung auf den rachitischen Prozeß zu erzielen war. In den meisten Fällen machte sich zwar ein günstiger Einfluß der verabreichten Präparate auf den Appetit und in der Folge auf das Körpergewicht geltend, auch das Verschwinden nervöser Störungen (Laryngospasmus) wurde (besonders nach Anwendung der glyzerinphosphorsauren Salze und des Carniferrins) öfters beobachtet, eine Einwirkung auf den Knochenprozeß aber schienen nur die Präparate der Nukleinsäure zu haben. Direkt schädlich zu wirken schien das Chlorkalium. Am meisten zu empfehlen sein dürfte die gleichzeitige Anwendung von Nukleinsäure und nukleinsauren Salzen mit Glyzerinphosphaten: Natrium nucleinicum zu 0,2 bis 0,5 und Calcium glycerinophosphoricum zu 0,1 bis 0,25 g, beide als Pulver, oder komprimierte Tabletten zu 0,1 g Natrium nucleinicum plus 0,05 g Calcium glycerinophosphoricum zwei bis fünf Stück täglich je nach dem Alter (am besten in kalter Lösung, Zuckerwasser, Milch, oder direkt, Schokoladetabletten). Neben der medikamentösen Therapie ist nicht zu vernachlässigen die diätetische Behandlung; dabei ist wichtig die Vermeidung von Nahrungsmitteln mit starkem Kaliumgehalt, wie Kohlarten, Hülsenfrüchte und besonders Kartoffeln.

8. Kämmerer, München: **Tabes und pseudokombinierte Strangsklerose.**

Das klinische Bild der betreffenden Patientin wies neben den typischen Tabessymptomen auf: eine Rekurrenslähmung, eine hochgradige motorische Schwäche der Beine und das Babinskische Phänomen. Die beiden letzteren Symptome, die mit großer Wahrscheinlichkeit auf Mitergriffensein der Pyramidenseitenstränge hinwiesen, ließen die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf tabische Form der kombinierten Strangsklerose stellen. Die histologische Untersuchung des Rückenmarks ergab Degeneration der Hinterstränge vom Sakralmark bis in die Medulla ablongata mit starker Beteiligung der Gollschen und geringerer der Burdachschen Stränge und der kornukommissuralen Zone; vom 2. Lenden- bis zum 2. Sakralsegment Faserschwund im Gebiete der Pyramidenseitenstränge, der sich nicht streng an dieses Fasersystem hält. Es bestätigte sich mithin das aus den klinischen Erscheinungen vermutete anatomische Bild; in den oberen Teilen des Rückenmarks das gewöhnliche Bild der Tabes, im Lenden- und Sakralteil mit partieller Sklerose der Seitenstränge, besonders der Pyramidenbahnen, kombiniert. Es handelt sich nicht um eine systematische, d. h. ein ganzes Fasersystem und nur dieses betreffende Sklerose, sondern um eine „kombinierte pseudosystematische Strangsklerose". Die Beschränkung auf das Gebiet des Pyramidenstranges ist nur eine scheinbare, die Degeneration hält weder in longitudinaler, noch in transversaler Richtung die Grenzen dieses Fasersystems ein.

9. Maier, Ludwigshafen: **Zur Therapie der Sepsis.**

Bei einem Fall von Endometritis septica, puerperaler Septikämie hat Verf. konsequent Aspirin gegeben in Dosen von 0,25 g stündlich am Tage, zweistündlich in der Nacht, solange die Temperatur erhöht war, und glaubt den günstigen Ausgang auf diese Medikation zurückführen zu können. Wichtig erscheint ihm für diese Therapie: Beginn der Behandlung in jedem Fall prinzipiell mit kleinen Dosen; prinzipielle Verabreichung auch während der Nacht; vorsichtige Steigerung der Dosen im Bedarfsfall; Verabreichung bis völlige Fieberfreiheit erreicht ist.

10. Großkopf, Osnabrük: **Eine Veränderung der Killianschen Kanüle für Spülung der Kieferhöhle vom mittleren Nasengang aus.**

Die Veränderung besteht in der Anbringung eines derben festen Handgriffes.

11. Hildebrandt, Halle: **Zur Streitfrage, ob das abweichende physiologische Verhalten des Digalen (Choetta) bedingt sein kann durch den amorphen Zustand.**

Verf. verweist auf das bisher nur in amorphem Zustand bekannte Alkaloid Bebeerin, das neuerdings auch in krystallinischer Form erhalten worden ist. Bei gleicher chemischer Zusammensetzung weisen beide Formen Verschiedenheiten im Schmelzpunkt, Löslichkeit und in der physiologischen Wirkung auf, ohne daß sich eine Verschiedenheit des Molekulargewichts nachweisen ließe. Die amorphe Form ist die stärker wirksame. Danach würde, auch wenn sich die vollständige Identität des Digalen mit dem krystallinischen Digitoxin in chemischer Hinsicht nachweisen ließe, die Tatsache der verschiedenartigen Wirkung nichts Auffallendes haben.

12. Beizke und Rosenthal, Berlin: **Zur Differentialdiagnose der menschenpathogenen Streptokokken.**

Polemische Bemerkungen zu der Arbeit von Schultze (d. W. Nr. 24).

Vermischtes.

Berlin. Auf Vorschlag des preußischen Kultusministeriums wurde der Privatdozent an der hiesigen Universität und Prosektor am städtischen Krankenhause Moabit, Professor Dr. Westenhoeffer von der chilenischen Regierung zum ordentlichen Professor der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie an die Universität Santiago in Chile berufen. Außer der Direktion des pathologischen Instituts der Universität übernimmt er auch die Direktion sämtlicher Laboratorien der vom öffentlichen Wohlfahrtsausschuß abhängigen öffentlichen Krankenanstalten. — Mit der Berufung ist der ehrenvolle Auftrag verbunden, den Unterricht in der pathologischen Anatomie und die Beziehungen zwischen den Kliniken und dem pathologischen Institut nach deutschem Muster einzurichten.

Berlin. Geheimrat Professor Sonnenburg ist zum korrespondierenden Mitglied des Budapester Königlichen Aertzevereins gewählt worden.

Paris. Eine Association internationale d'Urologie wurde am 8. ds. Mts. in einer konstituierenden Sitzung, an welcher Delegierte fast aller Nationen teilnahmen, hier begründet. Die Gesellschaft, deren Mitgliederzahl äußerst beschränkt sein soll, wird alle drei Jahre lediglich zur eingehenden Diskussion bestimmter Referate zusammentreten; der erste Kongreß findet Oktober 1908 in Paris statt. Zu Vorsitzenden der Gesellschaft wurden erwählt Guyon, Israel, Harrison, zu Sekretären Desnos und Pasteau; zu Vorsitzenden des I. Kongresses Albarran, Posner und Watson.

Wien. Der erste Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie in Wien hat einen sehr befriedigenden Verlauf genommen. Die Teilnehmerzahl erreichte fast 300, alle Sitzungen, namentlich die drei Vormittage, an welchen die Referate über Nierengeschwülste (Küster, v. Eiselsberg), Nierensteine (Kümmell, Kienböck, Holzknecht) und Albuminurie (v. Noorden, Posner) erstattet wurden, waren überaus stark besucht. Dem Kongreß wurden verschiedene Festlichkeiten, u. a. ein glanzvolles Bankett im Rathaus sowie ein Empfang beim Unterrichtsminister dargeboten. Der nächste Kongreß findet Ostern 1909 in Berlin statt, zu Vorsitzenden wurden Posner und Zuckerkandl, zu stellvertretenden Vorsitzenden Casper und Brenner erwählt; zu Ehrenmitgliedern ernannte die Gesellschaft die Herren J. Israel, Küster, Guyon, Harrison, Englisch.

Friedberg. Gewerbe-Akademie Friedberg in Hessen. Die Direktion konnte nunmehr die Stadtvertretung auf Grund kontraktlicher Vereinbarung auffordern, mit dem längst geplanten Neubau zu einem Studiengebäude des Polytechnischen Instituts im Frühjahr n. J. zu beginnen und werden daher die Detailpläne im Wintersemester von den Studierenden der Akademie ausgearbeitet werden.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen.



R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80. Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion: Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81. Dr. P. Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 28. Oktober 1907. Nr. 43.

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Aus der Klinik für Ohren-, Hals- und Nasen-Krankheiten der Kiewer Universität am Kiewer Militär-Hospital.

Abszesse des Gehirns infolge von Ohreneiterung.

Von Privatdozent **N. P. Trofimow**,
Vorstand der Klinik.

(Fortsetzung und Schluß.)

9. Fall (wurde von mir in der Gesellschaft der Kiewer Aerzte im Mai 1905 demonstriert). 21jähriger Patient, aufgenommen am 29. Januar 1905 wegen heftiger Kopfschmerzen und Eiterfluß aus dem rechten Ohre. Der ursprünglich nicht besonders profuse Eiterfluß stellte sich am 22. Dezember 1904, nachdem der Patient ein heißes Bad genommen hatte, ein, wobei Erscheinungen von Parotitis (?) bestanden. Zugleich stellten sich heftige Kopfschmerzen bei subnormaler Temperatur und vollständiger Appetitlosigkeit ein. Der Patient hat seit seiner Kindheit an Ohrenschmerzen gelitten, vermag sich aber nicht zu erinnern, jemals Eiterfluß gehabt zu haben. Er stammt aus gesunder Familie. Syphilis negiert er. Vor sieben Jahren will er sieben Wochen lang an einer fiebernden Krankheit gelitten haben. — Hautfarbe erdfahl. Fettpolster schwach entwickelt. Allgemeines Aussehen dasjenige eines Schwerkranken. Der Patient stöhnt, schreit sogar zeitweise vor Kopfschmerzen, die in der Stirn oberhalb des rechten Auges lokalisiert sind. Er antwortet mit Mühe auf die an ihn gerichteten Fragen. Puls ca. 60, mit Unterbrechungen, Zunge belegt, Stuhl regelmäßig, Appetit nicht vorhanden. Beim Beklopfen des Kopfes fühlt der Patient Schmerzen in der Gegend des rechten Warzenfortsatzes, sowie der Pars squamosa ossis frontalis. Nasengänge weit, atrophisch. Subakute Pharyngitis. Linkes Trommelfell trübe, rechtes mit flüssigem Eiter bedeckt. Im hinteren unteren Quadranten des Trommelfells befindet sich eine Oeffnung; es sind kleine welke Granulationen zu sehen.

31. Januar. Der Patient hat den ganzen Morgen vor Kopfschmerzen geschrieen. Er ist schlaff, apathisch, schläfrig. Appetit nicht vorhanden. Temperatur 36,8.

1. Februar. Die in Gemeinschaft mit Dr. K. S. Dolgow ausgeführte Untersuchung des Patienten ergab von seiten der inneren Organe nichts Abnormes. Puls 60, mit Unterbrechungen; Sensorium klar. Erweiterung der rechten Pupille, wobei die weitere Pupille nicht permanent bleibt, sondern stets wechselt. Sprache schwach, aber verständlich. Temperatur 36,8.

2. Februar. Zustand unverändert. Eiterfluß aus dem Ohre gering. Stuhl regelmäßig. Die Diagnose wurde auf Abszeß des Gehirns, wahrscheinlich im lobus frontalis diagnostiziert, und darauf in Chloroform-Narkose die Operation ausgeführt. Hautschnitt hinter der rechten Ohrmuschel, der in gerader Richtung von der Frontallinie bis zur Spitze des Warzenfortsatzes auf einmal bis auf den Knochen geführt wurde. Nach Ablösung des Periostes erwies sich der Knochen äußerlich als unverändert. Nach Entfernung der Kortikalschicht fand man die Zellen des Warzenfortsatzes derb, in den hinteren blasse Granulationen in geringer Quantität, die sich bis zum Sinus transversus erstrecken. Dieser letztere zeigt normales Aussehen. Im Antrum ist wenig Eiter. Der Hautschnitt wurde nach oben erweitert. Die Pars squamosa ossis frontalis wurde freigelegt und mit dem Meißel in einer Entfernung von ca. 3 cm im Querdurchmesser entfernt. Eröffnung der mittleren Schädelgrube. Die harte Hirnhaut bot auf der Oberfläche keine besonderen Veränderungen und war gespannt. Es wurde durch dieselbe mit der Spritze eine Punktion in dem mittleren Teile des Frontallappens gemacht, wobei ca. $\frac{1}{2}$ Spritze voll flüssigen, äußerst übelriechenden Eiters zu Tage gefördert wurde. Hierauf wurde die harte Hirnhaut mit dem Messer in einer Entfernung von ca. 2 cm gespalten. Es entstand eine ziemlich starke Blutung, anscheinend aus den Gefäßen der weichen Hirnhaut. Dieselbe wurde mittels Torsionspinzette gestillt. Eine mit dem Messer in die Hirnsubstanz ausgeführte Inzision förderte einen Abszeß zu Tage, aus dem jauchiger Eiter mit Beimischung von erweichten Hirnpartikelchen im Strahle hervorstürzte. Im ganzen wurden ca. 100 g Eiter entleert. Ein Teil wurde zu Kulturzwecken aufgefangen. Die Abszeßhöhle wurde mit sterilisierter Gaze tamponiert. Aseptischer Verband.

3. Februar. Der Patient hat die Nacht gut verbracht und geschlafen. Ueber Kopfschmerzen klagt er nicht. Er ist gesprächig. In der Nacht unwillkürlicher Abgang von Stühlen. Gesichtsfarbe frisch, Puls 80, rhythmisch. Temperatur 37. Subjektives Befinden gut. Er bittet um etwas Saures. Es zeigt sich Appetit. Beim Verbandwechsel ist Eiter fast nicht vorhanden. Die Blutung aus den Gefäßen der weichen Hirnhaut hält an.

4. Februar. Der Patient hat gut geschlafen. Puls 80, rhythmisch. Pupillen gleichmäßig weit, reagieren auf Licht. Der Patient äußert keine Klagen.

5. bis 27. Februar. Der Patient nimmt allmählich an Körpergewicht zu. Temperatur normal. Subjektives Befinden gut. Der Verband wurde täglich gewechselt.

27. Februar bis 14. März. Die Temperatur stieg abends mehrere Male bis 37,5. Die Wunde füllte sich gut aus. Es entstand Vorfall von Hirnsubstanz in ziemlich bedeutendem Umfange. Zeitweise klagte der Patient über Schmerzen in der Stirn, wenn der Eiter retiniert wurde.

14. März bis 20. April. Periostitis des Unterkiefers der rechten Seite; es bildet sich ein Abszess, der eröffnet wurde. Im weiteren Verlauf fieberte der Patient nicht und fühlte sich stets wohl. Die Wunde füllte sich allmählich mit Granulationen aus und vernarbte. $2\frac{1}{2}$ Monate nach der Operation wurde der Augengrund untersucht. Die Untersuchung ergab Stauungs-



papille, undeutliche Konturen, leichte fungöse Schwellung derselben; Hyperämie und geringe Verdickung der Venen.

26. April. Die Untersuchung des Nervensystems ergab Pervisität des Geschmacks an der rechten Hälfte der Zunge. Die bakterioskopische Untersuchung der aus den Granulationen des Warzenfortsatzes und aus dem Inhalt des Hirnabszesses angefertigten und gefärbten Strich-Präparate ergab zahlreiche Kokken, die in Form von Ketten und Kokken angesammelt waren; auf den aus den Granulationen angefertigten Präparaten war die Anzahl der Ketten und Kokken ungefähr gleich; auf den aus dem Eiter angefertigten Präparaten waren die Ketten zahlreicher. In den in Petrischalen auf Agar angelegten Kulturen wuchsen in beiden Fällen Streptokokken und weiße Staphylokokken miteinander vermischt. Die Zahl der Staphylokokken-Kolonien war in der Aussaat des Eiters geringer als in der Aussaat, welche mit den Granulationen des Warzenfortsatzes angelegt wurden. Die Zahl der Streptokokken-Kolonien war in dem einen wie in dem anderen Falle ungefähr gleich. Die Ketten waren zwei bis sechs Glieder lang.

Der letzte von mir beobachtete Fall betrifft einen 22 jährigen Patienten, der am 10. April 1906 in die Abteilung aufgenommen wurde. Der Patient, ein Tatar, verstand kein Wort russisch, und infolgedessen war es schwer, die Anamnese festzustellen und Auskunft über seine Beschwerden zu erhalten. So viel wurde festgestellt, daß er seit zwei Jahren an Eiterfluß aus dem linken Ohre leidet. Der Patient ist gut gebaut und gut genährt. Bei der Ohrenuntersuchung fand man im rechten Gehörgang Epithelfetzen, im Trommelfell eine Perforation im unteren vorderen Quadranten. Das linke Trommelfell war eingezogen, trübe. 16 Tage nach der Aufnahme bemerkte man Schwellung des linken Warzenfortsatzes, der sich teigig anfühlte. Aus dem Ohre fließt reichlich Eiter; der hintere obere Abschnitt der Wand des äußeren Gehörganges hängt herab. Temperatur 38,7. Es wurde eine Operation vorgeschlagen, in welche der Patient gern einwilligte. Dieselbe wurde am 26. April von Dr. Levande ausgeführt. Nach Durchschneidung der infiltrierten Haut des Warzenfortsatzes fand man unter der dünnen Kortikalschicht derselben Eiter in den Zellen des Warzenfortsatzes und Granulationen. Das Antrum wurde weit eröffnet; im selben fanden sich gleichfalls Granulationen. Der Sinus frontalis wurde in großer Ausdehnung ca. 2 cm bloßgelegt. Auf demselben saßen fest Granulationen. Bei der Punktion mit der Pravaz-Spritze trat flüssiges Blut hervor.

27. April. Kopfschmerz, Puls 96, rhythmisch, schwacher Füllung.

28. April. Puls 90. Kopfschmerzen halten an. Verbandwechsel.

29. April. Kopfschmerzen geringer, Verband feucht.

30. April. Subjektives Befinden gut.

1. Mai. Der Patient fühlt sich wohl.

2. Mai. Wunde rein.

3. Mai. Der Patient erbrach einige Male. Kopfschmerzen, reichlicher spontaner Stuhl.

4. bis 10. Mai. Temperatur suppurativ.

10. Mai. Wiederum Erbrechen. Kopfschmerzen. Wunde rein. Sekretion gering.

12. Mai. Patient schlaff, apathisch. Pupillen gleichmäßig, Puls 58, rhythmisch. Kopfschmerzen. Um zehn Uhr morgens Anfall mit Bewußtlosigkeit, Opisthotonus. Dauer ca. zehn Minuten. Augen auf einen Punkt gerichtet. Um $11^1/_2$ Uhr Operation in Chloroform- Narkose. Ich erweiterte die Wunde nach oben und unten und fügte einen Querschnitt nach hinten hinzu. Die Haut wurde samt Periost vom Knochen abgelöst. Die in der Wunde bereits entstandenen Granulationen wurden mit dem scharfen Löffel entfernt; die hintere Schädelgrube wurde weit eröffnet. Man fand aber weder in derselben, noch im Sinus, noch auf der harten Hirnhaut irgend welche Veränderungen. Hierauf wurde die mittlere Schädelhöhle eröffnet, worauf die harte Hirnhaut sich hier gleichfalls als unverändert erwiesen hat. Eröffnung des Mittelohres nach dem Typus der radikalen Trepanation und hierauf Entfernung des tegmen tympani, welches sich als erweicht und mit Eiter durchtränkt erwiesen hat. Der Erweichungsstelle entsprechend wurde ein Einstich mit der Spritze durch die harte Hirnhaut gemacht, wobei schleimiger Eiter zu Tage gefördert wurde. In Anbetracht der von Dr. P. J. Botscharow, der bei der Operation zugegen war, ausgesprochenen Zweifel, wurde die Punktion wiederholt und wiederum eine halbe Spritze voll flüssigen, übelriechenden Eiters zu Tage gefördert. Spaltung der harten Hirnhaut in einer Entfernung von 2 cm. Beim Einstich mit dem Messer in die Hirnsubstanz stürzte aus der Tiefe der Inzision blutiger flüssiger Eiter, der in der Form einer Pulsation aus der Höhle herausgeschleudert wurde. In die Wunde wurde eine Torsionspinzette eingeführt, und durch Auseinanderschiebung ihrer Schenkel die Oeffnung erweitert; der Kopf des Patienten wurde nach der Seite des Chirurgen gewendet, um dem

Feuilleton.

XIV. Internationaler Kongress für Hygiene und Demographie

zu Berlin vom 23.—29. September 1907.

Von Dr. **M. Cohn** (Berlin-Charlottenburg).

(Schluß.)

Eine wohlverdiente Würdigung gebührt nun den dem Kongreß in liberaler Weise überreichten Festschriften. Das kaiserliche Gesundheitsamt und das kaiserliche statistische Amt schildern in einem stattlichen Bande, der durch eine Reihe von Tabellen und Abbildungen geschmückt ist, das Deutsche Reich in gesundheitlicher und demographischer Beziehung. Stand der Bevölkerung, Bewegung der Bevölkerung, Wasserversorgung und Flußverunreinigung, Verkehr mit Nahrungsmitteln, Verkehr mit Heilmitteln und Giften, Aerzte, Pflegeanstalten, Berufstätigkeit, Veterinärwesen lauten die Titel der Hauptabschnitte; ein Anhang bringt ein Verzeichnis der von den beiden herausgebenden Aemtern veröffentlichten Arbeiten. — Zwei Festgaben brachte das Preußische Kultusministerium dar: in dem ersten der geschmackvoll ausgestatteten Bände werden die medicinischen Anstalten auf dem Gebiete der Volksgesundheitspflege in Preußen geschildert. Wir erhalten durch schöne Abbildungen anschaulich gemachte Beschreibungen von dem Hygienischen Institut und dem Institut für Infektionskrankheiten in Berlin, von der Königlichen Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung, dem Institut für experimentelle Therapie zu Frankfurt a. M., vom Neubau der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen, vom Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen, von den Akademien für praktische Medicin und dem geplanten Musterinstitut zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Dann werden geschildert die preußischen Medicinaluntersuchungsämter, die Impf- und Quarantäneanstalten, das Lepraheim in Memel, die Desinfektionsanstalten in Preußen, die Heilstätten der Versicherungsanstalten, die Charité, das Charlottenburger städtische Krankenhaus und die Einrichtungen zur Bekämpfung der Tuberkulose. Des Kultusministeriums zweiter Band enthält die gesetzlichen Grundlagen der Seuchenbekämpfung im Deutschen Reich unter besonderer Berücksichtigung Preußens. Er hat zum Verfasser den auf diesem Gebiete rühmlichst bekannten Obermedicinalrat Kirchner, der das preußische Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, und die zu denselben erlassenen Ausführungsbestimmungen, sowie das Reichsgesetz betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, an deren Zustandekommen er stark beteiligt war, mit einem Kommentar versieht. Derselbe wird praktisch brauchbarer dadurch gemacht, daß K. die Gesetze nicht paragraphenweise abhandelt, sondern sie ihrem Inhalte nach zusammenstellt und bespricht unter Berücksichtigung der Verhältnisse anderer deutscher Bundesstaaten. Der wertvolle Band wird sicherlich für beamtete und praktische Aerzte ein brauchbares Nachschlage-



Eiter freien Abfluß zu gewähren. Im ganzen wurden über 50 ccm Eiter entleert. In die Eiterhöhle wurde sterilisierte Gaze eingeführt. Verband. Puls nach der Operation ca. 70, rhythmisch.

15. Mai. Gesichtsausdruck frisch. Sensorium klar. Kein Erbrechen. Puls 70, guter Füllung. Beim Verbandwechsel floß aus der Abszesshöhle ziemlich viel Eiter heraus.

16. Mai. Puls 90, ziemlich schwach. Nach der Nahrungsaufnahme wieder Erbrechen. Kopfschmerzen. Beim Verbandwechsel entleerte sich aus der Höhle viel Eiter.

17. Mai. Puls 90. Erbrechen nach der Nahrungsaufnahme. Beim Verbandwechsel entleerte sich gelber dichter Eiter in reichlicher Quantität.

18. Mai. Kein Erbrechen. Puls 90. Subjektives Befinden befriedigend.

19. Mai. Wiederum Erbrechen.

20. Mai. Erbrechen nach der Nahrungsaufnahme. Kopfschmerzen. Eiter wird in reichlicher Quantität entleert.

21. Mai. Kein Erbrechen.

22. Mai. Puls 78. Kopfschmerzen. Pupillen gleichmäßig weit.

23. Mai. Kopfschmerzen. Kein Erbrechen. Eiter reichlich.

24. Mai. Kopfschmerzen. Während der ganzen Zeit täglicher Verbandwechsel.

25. Mai. Kopfschmerzen. Eiter reichlich.

29. Mai. Der Patient stöhnt, klagt über Kopfschmerzen. Der Eiter ist übelriechend.

30. Mai. Erbrechen nach der Nahrungsaufnahme.

31. Mai. Starkes Erbrechen. Kopfschmerzen.

1. Juni. Puls 72. Erbrechen nach jedesmaliger Aufnahme von Nahrung und Getränken. Eiter reichlich, riechend.

2. Juni. Puls 72, rhythmisch. Erbrechen nach dem Genuß von Tee. Eiter weniger.

3. Juni. Erbrechen hält an. Kopfschmerzen.

4. Juni. Puls 72. Erbrechen.

5. Juni. Kopfschmerzen geringer. Erbrechen seltener. Eiter grünlich, reichlich. In die Hirnwunde wurde ein Drain eingeführt.

6. Juni. Eiter reichlich, blutig.

7. Juni. Puls 72. Eiter reichlich. Der Patient ist hochgradig geschwächt durch das permanente Erbrechen.

8. Juni. Eiter blutig. In der Nacht wurde der Verband mit Blut durchtränkt. Der Patient ist schlaff und apathisch. Puls 72, rhythmisch.

9. Juni. Subjektives Befinden schlecht. Entfernung des Drains; Ersatz desselben durch einen Gazetampon. Bemerkbarer Vorfall von Hirnsubstanz. Oedem des vorgefallenen Hirnteils und Neigung desselben zu Nekrose.

10. Juni. Der nekrotische Hirnteil wurde mittels Schere abgetragen, die Abszeßhöhle mit Wasserstoffsuperoxyd ausgespült. Tamponade.

11. Juni. Kein Erbrechen. Es stellte sich Appetit ein.

15 Juni. Eiter geruchlos. Die Wunde hat sich gereinigt. Der Appetit bessert sich allmählich.

Der Patient begann rasch an Körpergewicht zuzunehmen. Subjektives Befinden gut; die Temperatur zeigte während der ganzen Zeit bis zum Verschluß der Wunde durch Narbengewebe. welcher Prozeß am 15. September beendet war, keine Steigerung. Der Verlauf der Heilung der Wunde durch nichts kompliziert.

Nachdem sich die Wunde geschlossen hatte, wurde am 22. September das Nervensystem des Patienten von Dr. A. Akopenko untersucht, wobei folgendes konstatiert wurde: Pupillen ungleichmäßig; die linke ist weiter als die rechte und reagiert sehr schwach auf Licht; stark ausgesprochener Dermographismus, der auf der linken Seite später eintritt und länger bestehen bleibt, als auf der rechten. Schmerzempfindlichkeit überall erhalten, links jedoch stärker als rechts. Reflexe gesteigert, und zwar wiederum links mehr als rechts. Geschmacksempfindungen qualitativ unverändert, aber anscheinend abgestumpft. Die zu gleicher Zeit von Dr. E. Tarnawski ausgeführte Untersuchung des Augengrundes ergab folgendes: Auf dem Augengrund keine Veränderungen, nur ist die untere Vene der Papille des linken Auges etwas verdickt.

Nach anderthalb Monaten ergab die nochmalige Untersuchung des Nervensystems normale Verhältnisse, so daß angenommen werden durfte, daß sämtliche pathologische Veränderungen der Hirnfunktion sich zurückgebildet haben.

Wenn ich meine an der besprochenen schweren Komplikation der Ohren-Eiterungen gemachten Beobachtungen nochmals überblicke, so muß ich vor allem bemerken, daß von zehn bei uns zur Beobachtung gelangten Fällen von Hirnabszessen sieben zu Lebzeiten diagnostiziert worden sind, jedoch ohne daß ihre Lokalisation genau festgestellt werden konnte. Unerkannt ist der Hirnabszeß in folgenden drei Fällen

---

buch bilden. — Als letzte staatsbehördliche Widmung verzeichnen wir dann eine aus dem Ministerium für öffentliche Arbeiten stammende Bearbeitung der Gesundheitspflege und Wohlfahrtseinrichtungen im Bereiche der preußischen und hessischen Eisenbahnen, die Zeugnis ablegt von dem Streben der Verwaltung, soziale und hygienische Fortschritte in ihrem Bereiche zu verwerten.

Einen gewählten Geschmack bewies die Stadt Berlin in ihrer dem Kongreß dargebrachten Festschrift: In einem in moderner Form ausgestatteten Bande werden in 116 künstlerisch ausgeführten Bildern und Kupferdrucken die neuesten Schöpfungen auf dem Gebiete der Krankenversorgung, der Schule und der öffentlichen Gesundheitspflege vorgeführt. Sie liefern den Beweis, daß Berlin bestrebt ist, in seinen Neubauten die Ergebnisse der Forschungen zu berücksichtigen und praktischen Sinn mit künstlerischer Phantasie fruchtbringend zu vereinen.

Schließlich verdienen noch rühmliche Erwähnung die vom Organisationskomité herausgegebenen Schriften: Ein hygienischer Führer durch Berlin schildert in den drei Kongreßsprachen eine Anzahl hygienischer Einrichtungen Groß-Berlins und bewährte sich als brauchbarer Wegweiser bei den zahlreich besuchten Besichtigungen, bei denen nicht immer alle Teilnehmer die Erläuterungen der führenden Persönlichkeiten verstehen konnten. Ein vornehm ausgestattetes kleines Büchlein diente als Führer für Berlin und seine Umgebung und dürfte durch die hübschen beigegebenen Abbildungen seinen auswärtigen Gästen eine liebe Erinnerung an die Kongreßtage werden.

Eine solche werden für die fremden Teilnehmer auch die so harmonisch verlaufenen Festlichkeiten bilden, die zu frohen Stunden nach des Tages Arbeit vereinigten, persönliche Bekanntschaft vermittelten und so ein gut Teil dazu beitrugen, den Zweck des Kongresses zu erfüllen. Möge dies voll erreicht werden, möge die Gesundheit der Nationen eine Förderung erfahren, mögen die vielseitigen Anregungen in allen Ländern Berücksichtigung finden. Dann wird der XIV. Internationale Hygiene-Kongreß reiche Frucht tragen. Dem nächsten Kongreß, für dessen Abhaltung Washington gewählt wurde, können wir nichts Besseres wünschen als einen ebenso glücklichen Verlauf, wie er dem Berliner Kongreß beschieden war.

Die Rindertuberkulose und der Talmud.

Haben die biblischen und die talmudischen Juden die Rindertuberkulose gekannt und bekämpft?

Von **P. Garrault.** (Revue scientifique, 1902, 3 bis 4.)

(Fortsetzung.)

Am Schluß dieser langen Zitierung Reinachs, dessen sämtliche Schlüsse wir annehmen, müssen wir jedoch hinsichtlich des letzten zum Ausdruck gebrachten Vorschlages einige Bedenken äußern.

Aus guter Quelle wissen wir durch die uns gebliebenen medizinischen Dokumente, daß der Begriff der Hygiene weder bei Assyriern noch bei Aegyptern existiert hat. Aber wir können doch nicht zulassen, daß man einen Vergleich, wie

geblieben: 1. im Falle drei bei einem Syphilitiker, bei dem Warzenfortsatz trepaniert und ein großer Abszeß gefunden wurde, der diesseits der harten Hirnhaut lag; der Tod trat fünf Tage nach der Trepanation ein. In diesem Falle konnten die Hirnerscheinungen auch durch die syphilitischen Affektionen oder durch den bei der Operation gefundenen extraduralen Abszeß bedingt gewesen sein. Bei der Sektion fand man einen Abszeß in der linken Hälfte des Kleinhirns; 2. im Falle fünf, in dem sich am vierten Tage der Temperatursteigerung, die zeitlich mit Schwellung des Warzenfortsatzes zusammenfiel, ein deutlich ausgesprochenes Bild von Leptomeningitis entwickelt hatte. Augenscheinlich ist ein seit lange bestehender latenter Abszeß plötzlich in das Endstadium übergegangen, auf die Oberfläche der Kleinhirn-Hemisphäre durchgebrochen, und hat den Patienten hinweggerafft. Bei der Sektion fand man den Abszeß in der linken Hälfte des Kleinhirns; 3. im Falle sechs, in dem bei dem betreffenden Patienten Kopfschwindel und Erscheinungen von Paralyse des N. facialis beobachtet wurden, welche einen Hirnabszeß vermuten ließen. Jedoch habe ich ebenso wie Dr. A. A. Turski, der den Patienten beobachtete, diese Erscheinungen auf diejenigen Zerstörungen im Warzenfortsatz zurückgeführt, die bei der radikalen Trepanation entdeckt wurden.

Vollständige Sequestration der Knochenwand des äußeren Gehörganges und reichliche Granulationen im Warzenfortsatz ließen die Annahme einer gleichzeitigen Affektion des Kanals des N. facialis und des Labyrinths gerechtfertigt erscheinen. Der Rückgang der Temperatur nach der Operation bekräftigte uns in diesem Gedanken. Der Tod ist infolge von Oedem des Gehirns eingetreten. Die Sektion ergab einen Abszeß in der linken Hälfte des Kleinhirns.

Von den sieben Patienten, bei denen der Hirnabszeß zu Lebzeiten diagnostiziert wurde, wurden fünf operiert, wobei zwei genasen, was einen Prozentsatz von vierzig ausmacht. Chronologisch verteilen sich die Operationen folgendermaßen: Der Patient sub Nr. 2 wurde von M. A. Galin operiert. Tod drei Tage nach der Operation. Die Sektion ergab einen Abszeß im linken Schläfenbeinlappen. Der Patient sub Nr. 4 wurde gleichfalls von M. A. Galin operiert. Tod nach acht Tagen. Bei der Sektion fand man einen Abszeß im linken Schläfenbeinlappen. Der Patient sub Nr. 8 wurde von Prof. N. W. Wolkowitsch operiert. Tod am selben Tage. Bei der Sektion fand man einen Abszeß im linken Schläfenbeinlappen. Der Patient sub Nr. 9 wurde von mir operiert. Genesung. Der Abszeß war im linken Schläfenbeinlappen lokalisiert. Der Patient sub Nr. 10 wurde gleichfalls von mir operiert. Der Abszeß war gleichfalls im linken Schläfenbeinlappen lokalisiert. Zwei Patienten, bei denen die Diagnose rechtzeitig gestellt wurde, wurden nicht operiert, und zwar der eine (Fall 1) aus dem Grunde, weil bei dem mit dem Chirurgen N. N. Solomka abgehaltenen Konsilium eine Meinungsverschiedenheit über das Wesen der Erkrankung entstanden war, der andere (Fall 7), weil Patient überhaupt jede Operation hartnäckig verweigerte.

Bei drei Patienten wurde die Trepanation des Warzenfortsatzes ausgeführt, die Schädelhöhle aber nicht eröffnet.

In fünf Fällen war der Abszeß in der linken Hälfte des Kleinhirns und in fünf Fällen im Schläfenbeinlappen der großen Hemisphäre lokalisiert, und zwar dreimal im linken und zweimal im rechten Schläfenbeinlappen.

Die Dauer des Eiterflusses aus dem Ohre, zu dem ein Abszeß des Gehirns als Komplikation hinzugetreten war, betrug in sechs Fällen ein bis fünf Monate, in einem Fall blieb sie unbekannt; zwei Patienten litten an Eiterfluß aus dem Ohre anderthalb und zwei Jahre, und schließlich ist ein Patient wegen seit nur 24 Stunden bestehendem Eiterfluß aus dem Ohre in die Klinik aufgenommen worden, jedoch hatte dieser Patient vor einem Jahre eine eitrige Entzündung desselben Ohres überstanden.

In sieben Fällen enthielt der Abszeß grünlichen Eiter, in drei Fällen Jauche. Die sogen. pyogene Membran war in vier Fällen deutlich ausgesprochen. Leptomeningitis fand man in drei Fällen, Oedem des Gehirns in zwei Fällen, während bei drei verstorbenen Patienten die Sektion außer dem Abszeß überhaupt keine anderweitigen Erscheinungen von seiten des Gehirns ergab.

Was die Symptome anbetrifft, die in den von mir beschriebenen Fällen von Hirnabszeß beobachtet wurden, so klagten acht Patienten über heftige Kopfschmerzen, drei über Kopfschwindel. Von diesen letzteren sind zwei infolge von Abszeß des Kleinhirns, der eine infolge von Abszeß des linken Schläfenbeinlappens (Kopfschwindel nach rechts) zu Grunde gegangen. Erbrechen wurde bei vier Patienten beobachtet und Ataxie bei einem (Fall 1) mit Abszeß im linken Kleinhirnlappen. Paralyse des N. facialis fand man dreimal: bei zwei Patienten mit Abszeß im Kleinhirn, und bei einem

---

weit auch immer, zwischen den Ebräern und den soeben genannten Völkern anstellt. Nächst den Chaldäern und Aegyptern nahmen die Ebräer als Kulturvolk fast eine Stelle ein, welche sich mit der vergleichen läßt, welche heute die Völkerschaften Zentralafrikas zu den europäischen Völkern einnehmen.

Was würden nicht die Verteidiger der angeblichen jüdischen Wissenschaft sagen, wenn ein Dokument nach Art des Papyrus Ebers in der Bibel sich fände! Indessen, für keines der unzähligen Medikamente, welche dort genannt sind, war im Sinne der Aegypter eine Wirkung zu vermuten, wie wir heute wissen, daß die therapeutischen Stoffe wirken, d. h. nach Art der ihnen eigenen Wirksamkeit. Und doch muß man zugeben, daß eine gewisse Zahl dieser ägyptischen Medikamente gut sind, geeignet bei den Krankheiten, gegen welche man sie verwendete; und in augenärztlicher Beziehung z. B. haben einige bis auf unsere Tage sich zu erhalten vermocht*).

Aber wie auf dem Gebiet der Ethik so auf dem der Medicin stellt die Anknüpfung an einen moralischen Begriff, eine physiologische Auffassung oder eine medicinische Vorschrift an eine abergläubische oder religiöse Theorie (das ist für den Anthropologen gleichwertig, ein Aberglaube ist nur eine Form einer etwas archaischen Religion, welche zum Verfall neigt) einen außerordentlich gefährlichen Vorgang vor. Medikamentöse Vorschriften, deren Gebrauch durch religiöse Ideen eingegeben ist, können sicher in einer sehr kleinen Anzahl von Fällen nützlich sein. Sie können dagegen auch äußerst gefährlich werden. Das sehen wir beständig bei den abergläubischen medicinischen Maßnahmen vor sich gehen, wie sie im Volke verbreitet sind, von denen eine große Zahl in das höchste Altertum zurückreicht. Dasselbe Urteil ist im eigentlichen Sinne auf die Maßnahmen ebenso sehr wie auf die moralischen und hygienischen Vorstellungen anzuwenden.

Hier ein ungedrucktes Beispiel aus der Originallektüre und den Kommentaren, welche Maspéro aus den im ägyptischen medicinischen Papyrus enthaltenen Stellen für mein Buch über die Ursprünge der griechischen Biologie geliefert hat. Die Stelle wird hoffentlich den weniger unterrichteten Geistern den Sinn verständlich machen, welchen die medicinischen Vorschriften im hohen Altertum hatten. Fast im Beginn des Blattes XCI des Papyrus Ebers finden wir eine Medikation, bestimmt zur Heilung der Schwerhörigkeit, wörtlich „l'oreille petit son ouïr". Eine der dort angegebenen Substanzen ist in der Lieblein-Joachimschen Uebersetzung mit dem deutschen Ausdruck Harz ausgedrückt, welches ein Baumharz bezeichnet. Guéneau de Mussy und die meisten jüdischen Aerzte, die modernen Talmudkommentatoren, oder auch einige Aerzte, welche über Geschichte der Medicin zu schreiben, sogar sie zu lehren wagen, ohne die geringsten Kenntnisse zu besitzen, welche ihnen gestattet, in gesunder Weise den beseelenden Geist zu interpretieren, würden nicht verfehlen zu sagen, daß die Aegypter an diesen Harzen die kurativen Eigenschaften für die Taubheit gekannt oder zu kennen geglaubt hätten.

(Fortsetzung folgt.)

*) Hirschberg, Ueber die Augenheilkunde der alten Aegypter; egypten 1890, und Magnus, Die Augenheilkunde der Alten, 1901.



Patienten mit Abszeß im linken Schläfenbeinlappen. Besondere Beachtung verdient der epileptiforme Anfall, der bei einem Patienten (Fall 10) vor der Operation beobachtet wurde und sich hierauf nicht mehr wiederholte. Die übrigen, weniger wichtigen Symptome glaube ich hier übergehen zu dürfen, um so mehr, als sie in den betreffenden Krankengeschichten angegeben sind.

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. Juli 1907.

Vor der Tagesordnung:

Ewald demonstriert einen Patienten, der an heftigen Gastralgien und Magenblutungen litt, und der trotz aller internen Mittel (auch Escalin wurde vergeblich angewandt) immer mehr herunterkam. Schließlich wurde die Gastroenterostomie vorgenommen, worauf sofort die Schmerzen sistierten, in kurzer Zeit die Blutungen aufhörten und bald eine bedeutende Gewichtszunahme erzielt wurde.

Tagesordnung:

Cohn: Eine anatomische Grundlage zur Erklärung des Schulterhochstandes.

Bei einer Patientin mit angeborenem Schulterblatthochstand ergab die Röntgenuntersuchung ein zwischen dem sechsten und siebenten Halswirbel eingesprengtes Wirbelrudiment von keilförmiger Gestalt. Der an den vier oberen Halswirbeln entspringende und am oberen inneren Schulterblattwinkel inserierende Musc. levator anguli scapulae muß um die Breite der Basis des Keils das Schulterblatt nach oben ziehen. Zur Beseitigung der Anomalie käme in Betracht die Exstirpation des Wirbelrudimentes oder eine Tieferlegung des Ansatzes des Musc. levator. C. glaubt, daß wohl alle Fälle von angeborenem Schulterhochstand auf ähnliche Wirbelveränderungen zurückzuführen sind.

Placzek und Krause: Zur Kenntnis der umschriebenen Arachnitis adhaesiva cerebralis mit Projektionen.

P. gibt die Krankengeschichte einer 25jährigen Patientin, bei der sich im Laufe kürzerer Zeit intensive Gehstörungen mit Taumeln hauptsächlich nach links ohne motorische Störungen der Extremitäten entwickelten, wozu sich dann weiter Augenmuskellähmungen und rechtseitige Fazialislähmungen gesellten. Trotz Fehlens einer Stauungspapille mußte ein Tumor in der hinteren Schädelgrube angenommen werden. Schnelle Zunahme der Erscheinungen zwang zur Operation, die zweizeitig vorgenommen wurde. Bei flächenhaft verwachsener Dura und Pia fand sich eine abgekapselte Liquoransammlung; bei diesem überraschenden Befunde blieb die Befürchtung bestehen, daß doch vielleicht in der Tiefe des Kleinhirns ein Tumor sitzen könnte. Die Bedenken wurden aber prompt beseitigt durch das rapide Zurückgehen aller Allgemeinerscheinungen unmittelbar nach der Operation. Trotz reaktionsloser Heilung der Operationswunden stellten sich nun nach zehn Tagen Temperatursteigerungen ein, die drei Monate lang mit unregelmäßigen jähen Anstiegen und Abfällen bestehen blieben und die alte Befürchtung wieder wachriefen. Das Allgemeinbefinden blieb auffallend günstig dabei; alle möglichen Affektionen, an die zu denken war, ließen sich schließlich ausschließen, so daß anzunehmen ist, daß die Manipulationen bei der Operation diese eigenartigen Fiebererscheinungen ausgelöst haben.

K. erläutert an Projektionsbildern die Operationstechnik. Es wurden 150 ccm Flüssigkeit aus einer Cyste entleert, nach deren Beseitigung das Kleinhirn noch mit Pia überkleidet zeigte. Die Meningitis serosa, chronische Ansammlung von Liquor in den Maschen der Arachnoidea, ist am Rückenmark schon mehrfach beobachtet; im vorliegenden Fall zum ersten Mal am Kleinhirn festgestellt. Neben der Arachnitis adhaesiva gibt es auch eine akute Form, besonders bei Ohreiterungen als fortgeleitetes entzündliches Oedem; auch hier können sich Erscheinungen eines Tumors einstellen. Diese Krankheitsbilder sind nur operativ zu beseitigen.

Lewandowsky: Ueber Abspaltung des Farbensinnes durch Herderkrankung des Gehirns.

L. demonstriert einen Patienten, der plötzlich mit sensorischer Aphasie erkrankt war infolge eines embolischen Herdes im linken Occipitallappen. Nach Abklingen der Haupterscheinungen boten sich einige Besonderheiten; vorgelegte Farben konnte er nicht benennen, auch eine bezeichnete Farbe aus einer vorgelegten Anzahl nicht herausfinden; er wußte nicht mehr, welche Farbe die Dinge hatten. Auf die Sprache ist diese Störung nicht zurückzuführen. Die Annahme, daß ein Verlust der Farbenvorstellung eingetreten, ist nicht haltbar, da sich nachweisen ließ, daß der Farbensinn nicht vermindert, völlig normal war; es muß also eine völlige Abspaltung des Farbensinnes von den sonstigen Elementen der optischen Wahrnehmung und Erinnerung stattgefunden haben.

Diskussion:

Lipmann hebt die Wichtigkeit der Beobachtung hervor.

Sitzung vom 17. Juli 1907.

Vor der Tagesordnung:

Bickel führt aus, daß Metalle, die bei Gegenwart verdünnter Salzsäure Wasserstoff entwickeln, auf die Magenschleimhaut eine starke sekretionsbefördernde Wirkung ausüben. Dies gilt nicht für die Edelmetalle, wohl aber für Eisen, Mangan, Aluminium und auch für das von Klemperer in die Therapie der Magenblutung eingeführte Eskalin. Dieses bewirkt im Magen nicht nur eine starke Salzsäureproduktion, die beim Ulcus zu bekämpfen wäre, sondern führt auch zu einer lebhaften Gasentwicklung, wodurch die Absicht, mit dem Eskalin eine schützende Decke über der blutenden Stelle zu produzieren, vereitelt werden muß. Eskalin dürfte deshalb beim Ulcus ventriculi nicht zu empfehlen sein. Von der blutstillenden Wirkung des Präparats hat sich B. im Tierversuch nicht überzeugen können.

Rumpel demonstriert zwei Patienten mit zystischen Tumoren in Knochen (Talus resp. Femur); der eine war aus einem Sarkom, der andere wahrscheinlich aus einem Enchondrom hervorgegangen. Durch operative Beseitigung wurde Heilung mit gutem funktionellem Effekt erzielt.

Schönstedt: zeigt ein Kind mit knöchernem Verschluß der einen Choane und ein weiteres mit Hirschsprungscher Krankheit.

Senator stellt 1. ein sechsjähriges Mädchen vor, mit einer eigenartigen bräunlichen Verfärbung der Haut; das Gesicht zeigt eine symmetrische Anschwellung, bedingt durch Schwellung der Speicheldrüsen, durch Schwellung der Tränendrüsen ist ein Exophthalmus zustande gekommen. Weiter finden sich am Körper allgemeine Lymphdrüsenschwellungen; das Blut zeigt das Bild der lymphatischen Leukämie. Schließlich sind noch Wucherungen an mehreren Schädelknochen nachzuweisen. Es handelt sich also um eine Kombination dreier seltener Krankheitsbilder: Chlorom, Miculiczsche Krankheit und Leukämie.

2. Eine Frau mit Akromegalie und dabei Strabismus convergens, eine sehr seltene Kombination.

3. Einen Fall von multiplen Neurofibromen.

Diskussion: Heubner, Martens, Markuse, Senator.

Tagesordnung:

Goldscheider: Die Perkussion der Lungenspitzen.

Die Perkussionstechnik der Lungenspitzen ist verbesserungsbedürftig; gegen die bisherigen Perkussionsmethoden (Weil, Ziemssen, Gerhard, Krönig) sind eine Reihe von Bedenken zu erheben. In der Supraclaviculargrube sind verschiedene Regionen zu unterscheiden; nach innen von der ersten Rippe liegt der apikale Teil der Lungenspitze; lateral davon folgt die erste Rippe selbst, noch weiter lateral noch ein kleines Lungenfeld. Zu untersuchen ist wesentlich das mediale Feld, nach innen vom medialen Rippenrand. Dieses wird am besten perkutiert zwischen den Köpfen des Sternocleidomastoideus; führt man hier die Fingerkuppe horizontal ein, so erreicht man den Hals der ersten Rippe, der die Lage der höchsten Spitze der Lunge angibt; statt des Fingers kann man auch gekrümmte Glasstäbchen zur Perkussion einführen. Oft sind bei Perkussion zwischen den Köpfen des Sternocleido Dämpfungen zu finden, die sich bei der üblichen Perkussion nicht ergeben. Die erste Rippe läßt sich bei leiser Stäbchenperkussion gut herausperkutieren. Der Außenteil der Apertur



ist bei seitlicher Kopfdrehung zu perkutieren. Durch Heben der Schulter kann man den durch die Clavicula bedeckten Teil des ersten Interkostalraumes für die Perkussion frei bekommen; nicht selten sind hier Dämpfungen zu finden. Gelegentlich empfiehlt es sich, die Axillargegend bei gehobener Schulter zu perkutieren mit medial gerichtetem Perkussionsstoß; subapikale Herde des zweiten Interkostalraumes sind hier aufzufinden. Die Supra- und Infraspinatengrube sollte nicht perkutiert werden; eine Perkussion durch die Skapula ist wertlos. Durch Auswärtshalten der Arme kann man die Skapula hinreichend seitwärts führen, um die hintere Lungenfläche der Perkussion zugänglich zu machen; am besten ist hier die Stäbchenperkussion; die mediale sowie obere hintere Lungengrenze läßt bei inzipienten Phthisen oft Veränderungen erkennen.

Die leicht auszuführende Methode der Spitzenperkussion läßt oft objektiv leichteste Veränderungen auch bei ganz inzipienten Fällen aufdecken, die sonst objektiv nicht zu finden sind. G. hat nicht selten auch Veränderungen so nachgewiesen, wo die Auskultation nichts oder unsicheres aufwies, so daß in vielen Fällen diese Perkussion der Spitze mehr leisten kann, als die Auskultation.

Diskussion:

Ewald empfiehlt besonders die direkte Clavicularperkussion und die Perkussion von hinten mit über der Schulter gekrümmtem Finger.

Westenhoeffer bemerkt, daß beim Perkutieren zwischen den Köpfen des Sternocleido dort gelegene Lymphdrüsen vielleicht zu Täuschungen Anlaß geben könnten.

Goldscheider: Schlußwort.

Aerztlicher Verein in München.

Sitzung vom 26. Juli 1907.

Vor der Tagesordnung demonstriert Herr von Bauer einen Fall von Chlorom.

Es war die klinische Diagnose auf eine Erkrankung des Knochenmarks, wahrscheinlich maligner Natur gestellt worden.

Diskussion: Herren Dürck und Rößle.

Herr Uffenheimer demonstriert ein Kind mit sekundärer Vaccine, entwickelt auf dem Boden eines Intertrigo. Lokalisation: Oberschenkel, Hodensack, Augenlid. Warnung, bei irgendwelchen juckenden Affektionen zu impfen.

1. Herr Ach: Ueber Oesophagusstenosen und ihre Behandlung mit Demonstrationen.

A. empfiehlt für die Fälle von Speiseröhrenverengerung, bei denen die Oesophagoskopie von oben, die Sondierung mit Darmsaiten usw. nicht zum Ziele führt, die Anwendung der retrograden Oesophagoskopie (von der Magenfistel aus) und die nachfolgende Einführung von Stiften resp. Sonden mit steigender Stärke. Er hat sie bereits über sechzig mal vorgenommen und demonstriert sie in eleganter Weise an einer Patientin.

Diskussion: Herren von Stubenrauch, Schmitt, Krecke.

2. Herr Heuck: Dermatologische Demonstrationen:

I. Neurofibromatoris cutis.
II. Spirochaeten der verschiedensten Art.
III. Dermatitis exfoliativa (zwei Fälle).
IV. Hereditäre Lues mit starken Zerstörungen.
V. Lues maligna.

Sitzung vom 10. Juli 1907.

1. Herr Carlo Mainini: Demonstration der diagnostischen Tuberkulinimpfung nach Pirquet.

Diskussion: Herr Moro.

2. Herr Dollmann: Naevus pilosus.

3. Herr Dürck: Pathologisch-anatomische Demonstrationen.

Albert Uffenheimer-München.

Literarische Monatsschau.

Gynäkologie.

(Schluß.)

Zur therapeutischen Verwendung nimmt B. das Neutuberkulin T. R. und beginnt mit $^{1}/_{500}$ mg fester Substanz in langsam ansteigenden Dosen. Die Dauer der Kur beträgt zwei bis vier Monate. Ergibt zwei bis drei Monate nach der Heilung eine erneute probatorische Injektion wieder positiven Ausfall, so wird die Kur wiederholt. Ebenso wieder ein drittes und viertes Mal. Nicht geeignet für die Behandlung sind körperlich sehr geschwächte und hochfiebernde Fälle. Die erzielten Resultate sind vorzüglich zu nennen: Von fünf Fällen von Peritonealtuberkulose mit Exsudation wurden vier geheilt, 1 gebessert. Von sechs Fällen von trockener Peritonealtuberkulose sind zwei seit 1 Jahr, eine seit $^{1}/_{2}$, eine seit $^{1}/_{4}$ Jahr geheilt. Bei vier Fällen von Adnextuberkulose war der Erfolg gut, bei vier Fällen von Blasentuberkulose wurde einer sicher geheilt, die anderen erheblich gebessert.

Diese guten Erfolge haben dahin geführt, daß in der Göttinger Frauenklinik bis auf weiteres die Fälle von Bauchfell- und Adnextuberkulose nicht mehr operativ in Angriff genommen werden.

Muratow macht an der Hand einiger sehr instruktiver Krankengeschichten darauf aufmerksam, daß nach seiner Erfahrung Syphilis die Ursache sehr hartnäckiger Metrorrhagien sein kann, in gleicher Weise, wie sie durch Bildung von Erosionen, Exulzerationen oder Perforation der Arterienwände sehr starke Magenblutungen veranlassen kann. Er empfiehlt daher in allen Fällen von lang anhaltenden Uterusblutungen, deren Aetiologie unklar ist und die der üblichen Behandlung trotzen, aufs genaueste nach Lues zu fahnden und eventl. eine spezifische Kur einzuleiten, von der er in einer Anzahl einschlägiger Fälle den eklatantesten Erfolg gesehen hat.

Die von Bossi jüngst begeistert empfohlene Behandlung der Osteomalacie mit Adrenalin hat von Velits in zwei Fällen ohne Erfolg versucht. Er glaubt sogar, davor warnen zu müssen, weil nach vorübergehender anscheinender Besserung bei längerer Anwendung bedrohliche Herzerscheinungen auftraten.

Veranlaßt durch einen sehr günstig verlaufenen Fall aus seiner Praxis empfiehlt Popescul bei Steißlagen, bei denen eine dringende Indikation für die Extraktion der Frucht vorliegt, der Steiß aber schon tief im Becken fixiert ist, so daß das Herabschlagen des Fußes nicht mehr möglich, die Extraktion mit dem Finger oder stumpfen Haken langdauernd und schwierig ist, die Zange am Steiß anzulegen.

M. Fränkel veröffentlicht einen Fall, in dem es ihm gelungen ist, bei einer im dritten Monat schwangeren Tuberkulösen durch 25 Röntgenbestrahlungen der Ovarien und der Schilddrüse einen spontanen Abort hervorzurufen.

Rühl empfiehlt eine Methode, um dem Kinde bei erschwertem Durchtritt des nachfolgenden Kopfes künstlich Luft zuzuführen. Der Handgriff, den R. schon in mehreren Fällen mit gutem Erfolg angewandt hat, soll folgendermaßen ausgeführt werden: Die der Bauchfläche des Kindes entsprechende Hand wird so hoch eingeführt, daß die Spitze des Mittelfingers genau auf die Nasenwurzel resp. auf den Mittelpunkt einer zwischen den beiden Augen gezogenen Linie zu liegen kommt, während zugleich die übrigen Finger auf die Prozessus nasales des Oberkiefers und der Fossae caninae zu liegen kommen. Nunmehr wird von den dicht aneinander liegenden Fingern eine Rinne gebildet, in der Weise, daß der Mittelfinger die tiefste Stelle dieser Rinne bildet. Alsdann werden die Finger im zweiten Interphalangealgelenk in einen Winkel von 45° gebeugt, während zugleich der untere Teil der Hand samt Vorderarm möglichst stark an die Bauchflächenseite des Kindes abgedrängt werden. Gleichzeitig wird mit Zeige- und Ringfinger der anderen Hand der Nacken des Kindes gabelförmig umfaßt und möglichst nach der Seite des kindlichen Rückens hingezogen. Diese letztere Manipulation kann bei eventl. weiteren geburtshilflichen Eingriffen von einem Assistenten oder der Hebamme ausgeführt werden, wobei zugleich von der zweiten Hand des Assistenten die Beine des Kindes erfaßt und möglichst nach der der Rückenfläche des Kindes entsprechenden Seite hin angezogen werden. Da die Ausführung des Handgriffes eine beträchtliche Uebung voraussetzt, hat R. ein Instrument angegeben, das die Funktion der Hand ersetzt und ähnlich wie ein Zangenlöffel eingeführt werden kann.

Zickel-Berlin.



Periodische Literatur.

Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 28. 1907.

1. Oppenheim und Borchardt, Berlin: **Ueber zwei mit Erfolg operierte Fälle von Geschwulst am Kleinhirnbrückenwinkel.**

Der erste Patient, ein 26jähriger Mann, zeigte als Hauptsymptome Kopfschmerz im Hinterkopf, Schwindel, Erbrechen, nervöse Taubheit auf dem rechten Ohr, zerebellare Ataxie, doppelseitige Stauungspapille, Nystagmus, Blickbeschränkung nach rechts, Areflexie der rechten Kornea, leichte Sensibilitätsstörungen in der rechten Gesichtshälfte, Parese des rechten Fazialis, leichte Bewegungsataxie in den rechten Extremitäten. Die Diagnose wurde danach auf endokranielle Neubildung in der hinteren Schädelgrube, wahrscheinlich im rechten Kleinhirnbrückenwinkel gestellt. Bei der Operation fand sich an der erwarteten Stelle ein eigroßes Gewächs, das stumpf herausgeholt werden konnte und sich als Fibrosarkom erwies. Die Operation brachte vollen Erfolg; Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Unsicherheit des Ganges, Paraesthesien, Bewegungsataxie sind geschwunden, die Stauungspapille ist völlig zurückgegangen; der Mann kann sich flott und sicher bewegen und ist wenige Monate nach der Operation imstande, acht Stunden Ackerarbeit zu leisten, so daß wohl von einer Heilung zu sprechen ist. Der zweite Patient, der bereits völlig erblindet mit Sehnervenatrophie zur Beobachtung kam, zeigte außer den Allgemeinerscheinungen des Tumor cerebri totale Lähmung des linken Fazialis mit Entartungsreaktion, Affektion des linken Akustikus, Parese des Gaumensegels mit Areflexie, Beschränkung der Blickbewegung nach beiden Seiten mit leichtem Nystagmus, Adiadokokinesis im linken Arm, Blepharoklonus; es wurde eine Neubildung in der linken hinteren Schädelgrube an den Wurzeln des Fazialis und Akustikus angenommen. Bei der Operation fand sich am linken Kleinhirnbrückenschenkel ein wallnußgroßer Tumor (Fibrom), der stückweise unter Opferung eines etwa eichelgroßen Stückes der Kleinhirnhemisphäre entfernt wurde. Einige Tage nach der Operation stellten sich sehr bedrohliche Bulbärsymptome ein; dann aber setzte eine fortschreitende Besserung ein. Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen sind geschwunden, ebenso die Lähmung der Zunge, die Schlinglähmung; bestehen geblieben sind dagegen die Blindheit, die Fazialislähmung; die zerebellaren Herdsymptome, die zunächst durch die Verstümmelung der linken Kleinhirnhemisphäre gesteigert wurden, sind noch deutlich ausgesprochen. Der Kranke ist in einem Stadium in Behandlung gekommen, in dem die wohlgelungene und wohl radikale Operation zwar das Leben retten und viele Symptome zurückbringen konnte, aber doch keine vollkommene Heilung mehr herbeiführen konnte.

B. schildert ergänzend Einzelheiten der Technik der Operation und des Verlaufs nach derselben.

2. Babes und Vasilin, Bukarest: **Die Atoxylbehandlung der Pellagra.**

Verff. haben zwölf Pellagröse in verschiedenem Alter und in verschiedenen Stadien der Krankheit mit Atoxyl behandelt. Die Kranken, die trotz der verschiedensten Behandlung keine Besserung gezeigt hatten, erhielten zunächst 0,1 g Atoxyl in wässriger Lösung subkutan, die Dosis wurde nach sieben Tagen wiederholt, nach weiteren sieben Tagen 0,2, dann nach je vier Tagen wieder 0,2 bis zu 1 g im Laufe eines Monats; eine weitere Gruppe von Kranken bekam alle vier Tage 0,2 Atoxyl, während einige leichtere Fälle wöchentlich 0,1 erhielten. Die angeführten Krankengeschichten zeigen, daß die charakteristischsten und hartnäckigsten Symptome der Krankheit, die Diarrhöen, das furchtbare Brennen, welches manche Kranke zum Selbstmord treibt, das Erythem, das nur im Herbst schwindet, der Kräfteverfall, die Neurasthenie, selbst durch geringe Dosen des Mittels oft mit einem Schlage gebessert werden und nach wenigen Tagen schwinden; wenig beeinflußt blieben nur die schweren zerebralen Zustände und die Tachykardie. Verff. glauben, ohne sich sanguinischen Hoffnungen, namentlich hinsichtlich der Dauer des Erfolges hinzugeben, daß in der Behandlung der furchtbaren Volkskrankheit, die die Pellagra darstellt, mit dem Atoxyl ein Mittel entdeckt ist, welches mehr leistet als alles bisher versuchte und bestimmt zu sein scheint, in Verbindung mit rationeller Ernährung dazu beizutragen, dem Elend, das die Krankheit in der Landbevölkerung verbreitet, Einhalt zu tun.

3. Walliczek, Breslau: **Ueber Hyperostose der Oberkiefer.**

Unter Mitteilung eines charakteristischen, von ihm beobachteten Falles und Besprechung der wenigen in der Literatur mitgeteilten Fälle erörtert Verf. diese seltene Krankheit. Dieselbe tritt fast immer symmetrisch auf; sie führt regelmäßig zu einer mehr oder minder hochgradigen knöchernen Verlegung der Nasenlumina und zur Behinderung der Nasenatmung; eine Verkleinerung resp. ein Schwund der Kieferhöhlen ist eine regelmäßige Folge der Hyperostose. Diese beruht auf einer chronisch entzündlichen Ostitis, die meist durch ein Trauma hervorgerufen ist; ob auch andere Ursachen, Zahnkaries, Lues, Tuberkulose, akute Infektionskrankheiten, die Veranlassung dazu abgeben können, ist nicht sicher festgestellt; im vorliegenden Falle scheint multiple Zahnkaries die alleinige Ursache der Krankheit zu sein. Die Prognose ist in keinem Falle günstig zu stellen. Die Therapie kann zunächst intern und abwartend sein; eine Hg-Kur, eventuell mit Jodkali kombiniert, sollte vor einem operativen Eingriff versucht werden. Die Operation selbst, wie Verf. sie vornahm, richtete sich auf Beseitigung der entstellenden Exostosen und Freilegung des Naseninnern, wozu ein Kanal durch die Knochenmassen gebohrt werden mußte.

4. Große, München: **Improvisierte Asepsis.**

Das zuverlässigste bakterizide Agens ist der Wasserdampf; er ist das einzige Sterilisationsmittel, dem allein sämtliche Objekte, deren man zu aseptischen Operationen in keimfreiem Zustande bedarf, exponiert werden können. Die Wasserdampfsterilisation ermöglicht deshalb völlige Einheitlichkeit der Sterilisationsprozeduren; dazu kommt, daß sie denkbar einfach vorzunehmen ist. Zu ihrer Ausübung sind keine großen Apparate nötig; einen Dampfsterilisator kann man sich an Ort und Stelle der Operation aus dort sicher vorhandenem Material im Handumdrehen zusammenstellen. Es ist dazu weiter nichts erforderlich als zwei Kochtöpfe, deren einer in den andern hineingestellt werden kann. Auf den Boden des größeren Topfes wird ein Glas Wasser gegossen, der kleinere nimmt das zu sterilisierende Material — Instrumente, Verbandstoffe, Katheter, Spritzen, Gummihandschuhe etc. — auf. Wird nun das Wasser in dem großen Topf, nachdem derselbe zugedeckt ist, zum Sieden gebracht, so stellt sein Innenraum den Dampfraum eines Wasserdampfsterilisators dar, in dem durch Einwirkung des Dampfes in wenigen Minuten eine unbedingt sichere Sterilisation zustande kommt. Die größte Schwierigkeit beim Operieren unter primitiven Verhältnissen, sterile Verbandstoffe zu bekommen, wird mit solchem improvisierten Dampfsterilisator beseitigt; eine zehn Minuten währende Dampfdurchströmung ist durchaus hinreichend, ein einwandfrei aseptisches Verbandmaterial zu schaffen.

5. Blumreich, Berlin: **Zur Frage spontaner Zervixverletzung beim Abort und deren forensische Bewertung.**

Bei einer jungen Primipara wurde wegen Blinddarmentzündung im vierten Monat die künstliche Frühgeburt eingeleitet durch Einlegen von Jodoformgazestreifen in die Cervix. Trotz kräftig einsetzender Wehen erweiterte sich die Portio nicht; dagegen stellte sich höhere Temperatur ein. Als Verf. die Patientin sah, konnte er die nicht blutige Gaze aus der Cervix herausziehen; irgend eine Verletzung war nicht zu entdecken; auffallend war eine ungewöhnliche Rigidität in der Umgebung des kleinen Muttermundes; nach oben zu ging die Portio birnenförmig auseinander, beginnender Cervikalabort. Nach vorsichtiger Erweiterung mit dünnen Dilatatoren wurde ein Laminariastift eingelegt. Am nächsten Tage war die Temperatur abgefallen; dagegen ergab sich der überraschende Befund, daß die hintere Hälfte der Portio völlig von der Scheidenwand abgerissen war; hintere und vordere Lippe bildeten eine schlaffe Schürze, die in die Vagina hinabhing, und in der sich der kleine Muttermund mit dem darin festsitzenden Stift befand. Aus der Abreißungsstelle der Portio hing der Foetus: durch den Riß wurde auch manuell die Placenta beseitigt. Da bei der genauen Beobachtung des Falles eine artefizielle Anbahnung der Ruptur wohl auszuschließen ist, muß eine spontane Entstehung derselben angenommen werden. Bei der starken Auszerrung und



Verdünnung der Wandungen, wie sie dem Cervicalabort eigentümlich ist, ist wohl die überdehnte Cervixwand eher eingerissen, als der abnorm straffe und rigide Muttermund nachgab. Aehnliche in der Literatur mitgeteilte Fälle werden besprochen und auf die forensische Bedeutung hingewiesen, die damit gegeben ist, daß man unter anderen Verhältnissen jedenfalls an einen kriminellen Eingriff hätte denken müssen.

6. Helbron, Berlin: **Die Tuberkulose des Auges und ihre Behandlung.**

In der Berliner Universitäts-Augenklinik beträgt die Häufigkeit der Tuberkulose bei Augenkrankheiten etwa ½% der zur Beobachtung kommenden Fälle. Die Form, unter der die Tuberkulose des Auges auftritt, ist eine verschiedene, je nach der Erkrankung der Schutz- und Nebenorgane und der äußeren Bulbusteile oder der inneren Augenhäute. Die Tuberkulose der Lider tritt am häufigsten unter der Form des Lupus auf. Die Bindehauttuberkulose sitzt meistens an der Konjunktiva palpebrarum und den Uebergangsfalten. Selten erkrankt die Tränendrüse an Tuberkulose. An der Hornhaut tritt sie auf als Erkrankung der Oberfläche, der Hornhautgrundsubstanz und der Hornhauthinterwand. An der Sklera finden sich zwei Formen, miliare Knötchen oder Konglomerattuberkulose. Eine wichtigere Rolle spielt die Tuberkulose der Augeninnenhäute wegen der damit verbundenen Funktionsbeschränkung und der Schwierigkeiten der Diagnose. An Iris und Ciliarkörper finden sich drei, oft ineinander übergehende Formen: die einfache Iritis resp. Iridocyclitis tuberculosa ohne Knötchenbildung, die Iritis mit kleiner Knötchenbildung und die Granulationsgeschwulst der Iris. Die Tuberkulose der Aderhaut tritt auf in der akuten, miliaren Form und chronisch. Die erstere ist eine häufige Begleiterscheinung der allgemeinen Miliartuberkulose und für deren Diagnose von größter Bedeutung. Die chronische Form präsentiert sich entweder als knötchenförmige, meist disseminiert, oder als Konglomerattuberkulose. Der Sehnerv kann sich allein oder mit der Aderhaut an der Tuberkulose des Augeninnern beteiligen. Die Diagnose namentlich der inneren Erkrankungen ist nicht immer mit Sicherheit aus dem klinischen Bilde zu stellen; dann kann eine Probetuberkulininjektion den Ausschlag geben. Die Prognose der Erkrankung ist nicht so ernst, als meist angenommen wird; in einem großen Prozentsatz der Fälle ist die Augentuberkulose heilbar; das gilt in erster Linie von der äußeren Tuberkulose, die direkt operativ und medikamentös zugänglich ist; von den inneren Tuberkulosefällen gibt von vornherein nur die Konglomerattuberkulose eine ungünstige Prognose. Eine Allgemeininfektion von seiten des Auges gehört zu den seltenen Erscheinungen. Die Behandlung der Augentuberkulose ist eine lokale und allgemeine. Die äußerlichen Krankheitsherde sind am besten von vornherein operativ anzugreifen; für die Lider kommt auch die Lichttherapie in Betracht. Die Tuberkulose des Augeninnern erfordert wegen der Begleiterscheinungen eine entsprechende lokale Behandlung mit Atropin, Cocain, eventl. Pilocarpin. Ein von vornherein erblindetes oder an schwerer Konglomerattuberkulose leidendes Auge wird am besten enucleiert. Gute Erfolge bei äußerer und innerer Tuberkulose des Auges sind mit der Behandlung mit Tuberkulin T. R. erzielt worden. Versuche mit dem Behringschen Heilmittel, Tulase, werden zur Zeit an der Berliner Klinik vorgenommen. Jedenfalls scheint die Serumbehandlung der Tuberkulose des Auges günstige Aussichten zu bieten.

Deutsche med. Wochenschrift. No. 27. 1907.

1. Jurasz, Heidelberg: **Die Behandlung der Larynxtuberkulose.**

Die Tuberkulose des Larynx entwickelt sich nur selten primär, fast immer nimmt sie von der tuberkulösen Affektion der Lungen ihren Ursprung, die sie in 30% der Fälle begleitet. Die Verschleppung des Infektionsstoffes von der Lunge in den Kehlkopf kann durch die Blut- und Lymphgefäße geschehen, öfters aber unmittelbar durch das Lungensekret. Bei prophylaktischen Maßnahmen muß es sich darum handeln, entweder die Ablagerung bazillenhaltigen Sputums im Kehlkopf und damit seinen Kontakt mit der Schleimhaut zu verhüten, oder die Virulenz der Keime noch innerhalb der Luftwege zu vernichten bezw. herabzusetzen, oder die Widerstandskraft des Kehlkopfes gegen die Infektion zu schützen und alle Schädlichkeiten von ihm fernzuhalten. Um den zähen Schleim zu lösen, sind Inhalationen von alkalischen, namentlich Kochsalzlösungen und Darreichung von Expektorantien zweckdienlich; die Desinfektion der Sekrete ist zu erstreben durch Einatmen von Antiseptizis in Dampf- oder Gasform (Borsäure, Lignosulfit, Perubalsam, Terpentin, Menthol, Eukalyptusöl). Die Resistenzfähigkeit des Kehlkopfs wird gewahrt, indem alle physiologischen Reizungen beim Sprechen und Husten möglichst ausgeschaltet werden. Auf große Triumphe der Prophylaxe wird man freilich niemals rechnen können. Was die Behandlung der Larynxtuberkulose betrifft, so muß sie mit der Behandlung des Grundleidens, der Lungentuberkulose Hand in Hand gehen. Alles gegen diese gerichtete, Luft-, Brunnenkuren, hygienische, diätetische, medikamentöse Maßnahmen, kommt direkt oder indirekt auch der Kehlkopftuberkulose zu gute. Die direkte Behandlung des Kehlkopfleidens zieht von allgemeinen Mitteln heran die Ruhigstellung des Kehlkopfes durch möglichste Sistierung seiner Tätigkeit (leises Flüstern, gänzlicher Verzicht auf Stimmgebrauch) und eine Diät, die alle scharfen, harten und festen Nahrungsstoffe meidet. Die spezielle Therapie, direkte Applikation von Medikamenten, instrumentelle Eingriffe, hängt von dem Grad, der Form, der Lokalisation und Ausdehnung der Veränderungen ab. Findet man die Larynxtuberkulose im ersten Stadium ihrer Entwicklung mit mäßiger Verdickung der Schleimhaut, mit oder ohne Epitheltrübung und Exkoriationen, so ist von einem energischen Einschreiten abzusehen; milde lösende und desinfizierende Inhalationen sind am Platze, Insufflationen von nicht irritierenden Pulvern (Borsäure, Jodol, Orthoform, Pyoktanin). Haben die Infiltrate größeren Umfang angenommen mit Lokalisation an bestimmten Stellen (hintere Kehlkopfwand, Plica interarytaenoidea), so ist ihre Abtragung mit der Kurette mit nachfolgenden Milchsäureätzungen oder galvanokaustische Zerstörung angezeigt. In neuerer Zeit ist für die Behandlung solcher Fälle die Lichttherapie in Form direkter Sonnenbestrahlung des Kehlkopfs anscheinend mit gutem Erfolg herangezogen worden; auch die Biersche Stauung (einhalb- bis zweistündiges Umlegen eines mäßig komprimierenden Gummibandes um den Hals) wird empfohlen. Bei diffusen Verdickungen an allen Teilen des Kehlkopfeinganges oder im ganzen Umfange der Kehlkopfhöhle sind alle therapeutischen Mittel ziemlich machtlos. Sind die tuberkulösen Verdickungen dem ulzerativen Einschmelzungsprozeß verfallen, so muß das Bestreben dahin gerichtet sein, die septischen Geschwüre in aseptische zu verwandeln; instrumentelle Säuberung, Auskratzung der Ulzerationen, Aetzung des Wundbodens mit Milchsäure, Kreosot, Chlorzink, Galvanokauter ist angezeigt. Eine symptomatische Behandlung wird in erster Linie gegen die Schmerzen gerichtet sein; hier wirkt die Biersche Stauung sehr gutes; dann können lokale Anästhetika in Lösungen zerstäubt oder aufgepinselt oder eingeträufelt oder als Pulver eingeblasen werden. (Morphium mit Amylum vermischt, 0,5 : 5,0, wird insuffliert, Kokain, Eukain, Novokain in 5 bis 10 bis 20%iger Lösung aufgetragen, reines Orthoform oder Anästhesin wird mit Erfolg eingeblasen; gerühmt wird auch die Insufflation von Adrenalinextrakt und Sach. lactis āa mit nachfolgender Bepinselung mit Mentholorthoformemulsion.)

2. Lesser, Berlin: **Die Syphilisbehandlung im Lichte der neuen Forschungsresultate.**

3. Westphal, Bonn: **Ueber ein im katatonischen Stupor beobachtetes Pupillenphänomen, sowie Bemerkungen über die Pupillenstarre bei Hysterie.**

Die betr. Patientin litt an katatonischem Stupor; die Entwicklung des Stupors bei einer jugendlichen Person nach einem depressiven Vorstadium, die wechselnden, in ausgesprochenster Weise vorhandenen Zustände von Negativismus und Befehlsautomatie, die impulsiven Handlungen, das Grimassieren, der langandauernde Mutazismus, die vasomotorischen Störungen, das läppische Benehmen, das Fehlen jeden Affekts gestalteten die Beobachtung zu einem sehr charakteristischen Fall von Katatonie. Jeder Anhaltspunkt für die Annahme einer organischen Erkrankung des Zentralnervensystems fehlte. Dieser katatonische Stupor



zeigte nun die sehr auffallende Erscheinung, daß die Pupillen ungemein häufig, anscheinend ohne jede Gesetzmäßigkeit, ihre kreisrunde Form verloren, die Gestalt eines quergestellten Ovals annahmen, und daß mit dieser Formveränderung regelmäßig eine Verminderung der vorher prompten Lichtreaktion, die nicht selten bis zur Aufhebung derselben führte, Hand in Hand ging. Diese eigenartige Pupillenstörung bei der Kranken stellt einen, wie es scheint, ganz ungewöhnlichen Befund dar. In der Literatur sind eine Reihe von Beobachtungen verzeichnet, die zeigen, daß Innervationsstörungen der Iris Hysterischer mit Formveränderungen verbunden sein können. Plötzliches Auftreten und Verschwinden einer Innervationsstörung der Iris mit gleichzeitiger Aenderung der Form dürfte also eine dem hysterischen und katatonen Zustand gemeinsame Erscheinung sein. Die Kenntnis dieser Tatsache kann von praktischer Bedeutung für die Diagnose sein. Im vorliegenden Falle bildet das wechselvolle Verhalten der Pupille, wie es in dieser Art bisher bei keiner gröberen organischen Gehirnkrankheit beobachtet ist, ein wichtiges, unterscheidendes Merkmal, welches bei längerer Beobachtungszeit kaum zu übersehen ist, bei kürzerer Untersuchung allerdings der Beobachtung entgehen und zu falschen Schlüssen führen kann.

4. Grawitz, Charlottenburg: **Ueber Heilung des Morbus Addisonii, nebst Bemerkungen über die Pathogenese dieser Krankheit.**

Bei einem Patienten, der die charakteristischen Erscheinungen der Addisonschen Krankheit, insbesondere schwerste Adynamie bot, sah Verf. sich wegen einer auffälligen sekretorischen und motorischen Insuffizienz des Magens veranlaßt, eine ausgiebige Behandlung dieses Organs durch Kochsalzspülungen vorzunehmen; fernerhin wurden flüssige Nahrungsmittel durch die Schlundsonde unmittelbar nach der Spülung in den Magen eingegossen; ferner erhielt der Kranke Nährklystiere, aber außer Salzsäure keine Medikamente. Unter dieser rein diätetischen Therapie besserte sich das Allgemeinbefinden schnell, auch die Schwäche des Magens, doch blieb die H-Cl-Sekretion äußerst geringfügig; in fünfwöchiger Behandlung wurde eine Gewichtszunahme von 1/4 Pfund erzielt. Nach einer völlig erfolglosen Kur in Liebenstein kam der Patient wieder in Behandlung; in gleicher Weise wurde wieder der Intestinaltraktus behandelt und bald ausgesprochene Besserung erzielt. Einen ähnlichen Erfolg hat Verf. schon früher bei einem andern Addisonkranken mit gleichen Erscheinungen von seiten des Intestinaltraktus und mit gleicher Behandlung erzielt. Der in Rede stehende Patient ist dann weiter vier Jahre lang in Beobachtung geblieben, er hat eine vorzugsweise vegetabilische Diät, Enthaltung von Alkoholizis, Einnahme von Salzsäure und Stomachizis durchgeführt; dabei ist nicht nur kein Rückfall eingetreten, sondern abgesehen von der Adynamie und sonstigen Allgemeinerscheinungen sind auch die Pigmentierungen der Haut und Schleimhäute fast völlig geschwunden, so daß der Patient wohl als völlig geheilt betrachtet werden kann.

Bezüglich der Pathogenese der Bronzekrankheit geht eine neuere Ansicht dahin, daß dieselbe eine primäre Erkrankung des chromaffinen Systems sei, gleichgültig ob dieselbe innerhalb der Nebenniere oder im benachbarten sympathischen System beginnt, daß diese Krankheit also bei intakter Nebenniere sich entwickeln kann, daß sie andrerseits aber auch bei ausgedehnter Erkrankung der Nebennieren fehlen kann, sofern die außerhalb gelegene chromaffine Substanz vikariierend eintritt. Bis zur definitiven anatomischen Entscheidung dieser Frage dürfte immerhin der Gedanke nicht von der Hand zu weisen sein, daß die Bronzekrankheit vielleicht überhaupt keine ätiologische Einheit besitzt; die „Vagabundenkrankheit" läßt daran denken, daß auch bei schweren Ernährungsstörungen, die auf Erkrankung des Intestinaltraktus beruhen, Adynamie und Bronzefärbung auftreten können. Andrerseits gehören Hautveränderungen nicht notwendig zum Bilde der Addisonschen Krankheit; es gibt vielmehr tödliche Kachexien ohne Bronzefärbung, welche auf Entartung der Nebennieren beruhen. Diese Fälle haben wiederum große Aehnlichkeit mit gewissen Formen schwerer Kachexie, welche weder intra vitam noch bei der Autopsie einen Organbefund darbieten, der das schwere Siechtum und das tödliche Ende erklären könnte, Fälle, die vielfach zur sogenannten perniziösen Anämie gerechnet werden. Es zeigen sich aber bei diesen Erkrankungen keine ausgesprochenen Degenerationen an den Erythrozyten, die große Blässe ist wohl richtiger durch atrophische Erscheinungen im Blute und den blutbildenden Organen zu erklären, so daß es sich weniger um eine Anämie als um eine Oligämie handelt. Gemeinsam ist diesen Krankheiten das Bestehen schwerer gastrointestinaler Störungen. Die auffällig günstige Einwirkung der einfachen Therapie der Säuberung des Magendarmkanals und geeigneter Diätetik bei den beiden Addisonkranken des Verf.s läßt daran denken, daß die schweren Magendarmstörungen dieser Kranken nicht einfache symptomatische Folgen der Nebennierenentartung sind, sondern daß sie zum mindesten den deletären Verlauf der ganzen Krankheit zu begünstigen vermögen, ja, daß auch ohne primäre Nebennierenerkrankung, lediglich durch eine chronische intestinale Intoxikation ein Marasmus mit Bronzefärbung entstehen kann. Da durch verschiedenartige Infektionen und Intoxikationen eine Schädigung der Nebennieren eintreten kann, welche einen Ausfall der Nebennierenfunktion bedingt, so ist wohl denkbar, daß chronische, nach Art der Addisonkrankheit verlaufende Kachexien durch chronisch toxische Einwirkung auf die Nebennieren entstehen, daß andrerseits bei vorhandener Nebennierenentartung die regenerative Bildung und Funktion chromaffiner Substanzen durch die intestinale Intoxikation verhindert wird. In allen einschlägigen Fällen aber sollte versucht werden, durch die dargelegten einfachen Maßnahmen für Beseitigung der deletären Giftstoffe im Verdauungskanal zu sorgen und dadurch günstig auf den Verlauf der Krankheit einzuwirken.

5. Schlesinger, Wien: **Ueber Blaseneruptionen an der Haut bei zentralen Affektionen des Nervensystems.**

Verf. berichtet über einen Fall, bei dem im unmittelbaren Anschluß an eine linksseitige Körperlähmung, welche mit schweren Sensibilitätsstörungen und erblichen motorischen Anomalien auf der gelähmten Seite einherging, eine mächtige Blaseneruption eintrat, die die gesunde Seite fast völlig verschonte, durch einige Wochen immer rezidivierte und schließlich unter Hinterlassung umfangreicher Pigmentierungen abklang. Die Annahme eines kausalen Zusammenhangs zwischen der Lokalisation der Blaseneruptionen und dem Zerebralleiden läßt sich bei der zeitlichen Koinzidenz nicht von der Hand weisen. Die ersten Blasen wurden wenige Tage nach eingetretener Lähmung konstatiert; auf der Höhe der Erkrankung war die Blaseneruption am reichlichsten, mit ihrem Abklingen trat auch eine Besserung der Lähmung ein. Vom Pemphigus sind solche Blaseneruptionen bei organischen Nervenleiden abzusondern. Nach den bisherigen Beobachtungen kommen sie vor: 1. bei Zerebralaffektionen mit halbseitigem Charakter; 2. bei Spinalerkrankungen, a) halbseitig, b) beiderseitig; meist sind sie dann distal stärker entwickelt; 3. bei Erkrankung der Spinalganglien, der Plexus- und peripherischen Nerven im Ausbreitungsgebiet der geschädigten Nervenabschnitte.

6. Einhorn, New-York: **Ueber eine neue Blutprobe.**

Zur Vereinfachung der Guajak-, Aloin- und Benzidinprobe zum Blutnachweis, die die Bereitung frischer Lösungen erfordern, hat Verf. versucht, ein Reagenzpapier herzustellen. Am empfindlichsten hat sich das Benzidinpapier erwiesen. Die Probe wird in der Weise angestellt, daß man ein Stück Benzidinpapier in die auf Blut zu untersuchende Lösung taucht und einige Tropfen Wasserstoffsuperoxyd darübergießt; man läßt dann das Papierchen auf einer weißen Porzellanplatte liegen und sieht nach, ob Blaufärbung eintritt; bei Anwesenheit von Blut tritt gewöhnlich nach einigen Sekunden bis eine Minute deutliche Grün- bis Blaufärbung auf. Bei Verdünnung von einem Teil Blut auf 500 Teile Wasser bekommt man deutliche Reaktion zwischen 30 und 60 Sekunden, bei Verdünnung von 1 : 2000 nach etwa ein bis zwei Minuten. Da auf die Dauer verschiedene Substanzen, außer Blut, die Reaktion hervorrufen, so tut man für praktische Zwecke gut, eine Minute für den Eintritt der Reaktion zu gestatten und die Probe als negativ zu betrachten, wenn dann eine Blaufärbung nicht eingetreten ist. Als Orientierungsprobe kann das Benzidinpapier bestens empfohlen werden; tritt die Reaktion sofort stark auf, oder fehlt sie ganz, so ist das Resultat als zuverlässig anzusehen; ist nur Spur von Reaktion nach einer Minute zu sehen, dann

stellt man am besten die Aloinätherextraktprobe an. Auch für Untersuchungen von Fäzes und Urin auf Blut ist die Benzidinpapierprobe zu gebrauchen.

7. Flesch und Schoßberger, Budapest: **Leukämische Blutveränderung bei Lues congenita und Sepsis.**

Bei einem kongenital luetischen Säugling im zweiten Lebensmonat traten ausgedehnte Blutungen an der Haut und an den Schleimhäuten mit ikterischer Verfärbung derselben auf; zu diesen gesellten sich pneumonische Herde, gleichzeitig schwollen Leber und Milz in hohem Grade an; bei Kollapstemperatur und zunehmender Schwere der Symptome trat nach kurzer Zeit der Tod ein. Die 24 Stunden vor demselben ausgeführte Blutuntersuchung zeigte ausgesprochene Oligozythämie, Oligochromänie und bedeutend vermehrte Leukozytenzahl; außerdem fanden sich sowohl an den roten wie auch an den weißen Blutzellen auffallende morphologische Veränderungen; bei den roten Poikilozytose, Polychromatophilie, das Erscheinen von Erythroblasten und freien Kernen; bei Entstehung der Leukozytose wurde die Hauptrolle von den neutrophilen Elementen eingenommen (63%), unter ihnen betrug die Relationszahl der Myelozyten 9%; bedeutend vermehrt erschienen auch die Zellen mit eosinophiler Granulation, während die basophilen Zellen eine geringe relative Vermehrung aufwiesen. Die Sektion ergab nebst Zeichen der angeborenen Syphilis Pyämie und Pneumonie. Die histologische Untersuchung der Milz, Nieren, Leber zeigte Veränderungen, die in das Gebiet der Syphilis und Pyämie gehörten, während das makroskopisch unveränderte Knochenmark im Strichpräparate sehr viele kernhaltige rote Blutzellen und unreife, teilweise granulierte, große, einkernige Zellen aufwies. Bei der bakteriologischen Untersuchung des Herzblutes, der Eiterherde waren lange Streptokokkusketten nachzuweisen. Die Frage, ob auf Grund der Blutveränderung die Annahme einer myeloiden Leukämie berechtigt ist, oder ob dieser Blutveränderung nur symptomatische Bedeutung zugemessen werden darf, und welcher pathologische Vorgang dann dafür verantwortlich zu machen ist, wird eingehend erörtert. Verff. halten es nicht für unwahrscheinlich, daß die hochgradige Blutveränderung dieses Falles bei dem ganz jungen Säugling durch die gesamte Einwirkung der mitspielenden Krankheitsvorgänge hervorgerufen wird. Die massenhaften Toxine von intensiver Wirkung üben auf das dem Alter zufolge besonders empfindliche Knochenmark eine derartig erhöhte Reizwirkung aus, daß eine Ueberproduktion von kernhaltigen roten Blutzellen und Myelozyten eintritt, weshalb diese Zellelemente noch vor Erlangung der vollkommenen Reifung und Differenzierung ins kreisende Blut übertreten können. So dürfte dann eventuell als begleitendes Symptom sonstiger Krankheitsprozesse ein leukämisches Blutbild entstehen.

8. Bosse, Berlin: **Die Lumbalanästhesie in ihrer augenblicklichen Gestalt.**

(Nicht abgeschlossen.)

9. Wunsch, Berlin: **Ein Apparat gegen den Schiefhals.**

Der an einer Abbildung dargelegte Apparat ist nur aus einer Stange und mehreren Bändern zusammengesetzt und ermöglicht dreierlei: eine Deflexion des Kopfes nach der gesunden Seite hin, eine Rotation des Kopfes von der gesunden nach der kranken Seite hin und schließlich (unter Zuhilfenahme eines Gewichtes) ein Herabsinken der kranken Schulter.

10. Boltzke, Architekt, Berlin: **Das Krankenhaus der kleinen Städte.**

11. Nefedow, Moskau: **Das Militärsanitätswesen in Rußland.**

12. Thiem, Kottbus: **Die Stellungnahme des Arztes als Gutachter bei der Ausführung der Arbeitergesetze.**

Nr. 28. 1907.

1. Goldscheider, Berlin: **Zur Schwellenwertsperkussion des Herzens.**

Gegenüber anderen Autoren hält G. an seiner Theorie der Schwellenwertsperkussion fest, daß nämlich die eben merkliche Schallwahrnehmung, welche man bei der leisesten Perkussion des Thorax hat, durch das Mitschwingen der Lunge in ihrer ganzen, der Perkussionsstelle entsprechenden Tiefe bedingt ist, so daß also Dämpfung entstehen muß, sobald der Tiefendurchmesser sich infolge der Einlagerung des Herzens sich zu verkürzen beginnt. Zur Vereinfachung der Technik empfiehlt er runde Glasstäbchen, die am zum Aufdrücken bestimmten Ende mit einem Gummiüberzug versehen werden, gerade oder gekrümmt sind. Der Glasgriffel wird schräg zur Körperfläche aufgesetzt und in einiger Entfernung vom aufgesetzten Ende mit dem Finger beklopft; das Stäbchen muß parallel zu der zu bestimmenden Grenze gehalten und möglichst in die Interkostalräume eingesetzt werden. Diese Stäbchenperkussion bietet folgende Vorteile: 1. Die sehr kleine Perkussionsfläche gestattet eine scharfe Lokalisation und Abgrenzung; 2. der infolge der Kleinheit der Perkussionsfläche schon abgeschwächte Schall kann dadurch, daß man sich mit dem anschlagenden Finger weiter vom Ende entfernt, leicht noch weiter vermindert werden; 3. man kann mit dem Griffelende besser in enge Interkostalräume eindringen als mit dem Finger; 4. man kann mit der Griffelperkussion dem Schallstrahl eine gewisse Richtung geben. Mit dieser Perkussion läßt sich auch die rechte und linke Grenze der großen, oberhalb des Herzens gelegenen Gefäße sehr präzise bestimmen; sie ist ausgezeichnet brauchbar für die Grenzbestimmung anderer Organe, sowie für Abgrenzung von Exsudaten, Infiltrationen und anderen pathologischen Veränderungen; ganz besonders kann man mit der Stäbchenperkussion die Lungenspitzen genau umgrenzen, die vorderen medialen Lungengrenzen feststellen, die transversale Ausperkutierung der Interkostalräume sowie der Achselhöhle ausüben und eng umgrenzte Dämpfungsbezirke in der Lunge nachweisen.

2. Friedländer und Meyer, Frankfurt: **Zur Lehre vom Roseschen Kopftetanus.**

Der betr. Patient stürzte auf einer sehr schmutzigen Landstraße und zog sich beim Auffallen auf das Gesicht mehrere Verletzungen in der Umgebung des rechten Auges zu; sechs Tage später wurde er mit der Diagnose Trismus ins Krankenhaus eingeliefert. Die zweifellos infizierten Gesichtswunden wurden mit Karbolkampfer energisch desinfiziert; sonst aber bestand keinerlei entzündliche Reaktion; nur die Kaumuskeln waren bretthart kontrahiert; durch häufige Kinnbackenkrämpfe waren Sprechen und Kauen fast unmöglich; am nächsten Tage war eine totale Lähmung des rechten Fazialis zu konstatieren; die Sensibilität der Haut im Bereich der Lähmung blieb intakt, Reflexe der gelähmten Muskeln aber erloschen. Die Beweglichkeit des Nackens war in keiner Weise eingeschränkt. Die Injektion von zweimal je 100 Antitoxineinheiten in die Nackenhaut brachte keine örtliche oder allgemeine Reaktion, dagegen stellte sich höheres Fieber danach ein, weshalb von weiteren Injektionen Abstand genommen wurde. Weiterhin stellten sich die intensivsten Schlingbeschwerden ein und rechterseits komplette Okulomotorius- und Abduzenslähmung. Auch auf dem Höhepunkte der Erkrankung blieb jede Beteiligung der Nackenmuskulatur aus. Am 19. Tage erfolgte der Exitus; eine Autopsie konnte nicht gemacht werden. Trotz des Fehlens der Nackenstarre dürfte nach Aetiologie, klinischem Bild und Verlauf der Fall zu dem Krankheitsbild gehören, das Rose als Kopf- oder Fazialis-Tetanus aufstellte mit der Erläuterung, daß es eine von Kopfwunden, meist in der Umgebung der Orbitalgegend ausgehende Sonderart des Tetanus sei, bei der außer den in gewöhnlicher Weise mit Trismus beginnenden und weiterhin die Nacken- und Rumpfmuskulatur ergreifenden tonischen Krämpfen eine Lähmung des Fazialis auf der Seite der Verletzung auftritt; wegen der vorherrschenden Schlingkrämpfe könnte der Fall in die besondere Klasse des Kopftetanus eingereiht werden, die Rose wegen ihrer Aehnlichkeit mit der Hydrophobie als Tetanus hydrophobicoides bezeichnet hat. In welcher Partie seines Verlaufes der Fazialis gelähmt war, läßt sich im vorliegenden Falle nicht schwer entscheiden; das Mitbefallensein des Stirnfazialis, das Fehlen aller Hirnsymptome, das Aufgehobensein aller Reflexe sprechen für eine peripherische Lähmung; da weiter einerseits jede Gehörsstörung fehlte, andererseits das rechte Ohr unbewegbar, somit der N. auri-



cularis post. mitgelähmt war, mußte der Ort der Leitungsunterbrechung intrakraniell innerhalb des Canalis Fallopiae sein. Bezüglich der Natur der Fazialislähmung sind verschiedene Hypothesen aufgestellt worden, die traumatische, reflektorische, toxische und die neuritische. Letztere (Rose) nimmt an, daß das Trauma an der Stelle der Verletzung, die regelmäßig im Ausbreitungsgebiete des Nervus facialis gelegen ist, eine entzündliche Schwellung seiner Nervenscheide erzeugt, die sich zentripetal fortsetzt; diese abzendierende Neuritis verläuft symptomlos, wo sie extrakraniell bleibt; erstreckt sie sich aber am Nerven entlang bis in den engen und unnachgiebigen Canalis Fallopiae, so erzeugt dort der Druck des umgebenden Exsudates eine Kompressionslähmung des Nervenstammes.

3. Karewski, Berlin: **Zur Frage der Behandlung von Rupturen des Quadriceps femoris.**

Bei einem 67 jährigen Patienten, der durch Sturz von der Treppe einen totalen Riß der gesamten Streckmuskulatur des Oberschenkels (Rectus und beide Vasti) erlitten, konnte die beabsichtigte Operation wegen schwerer Störung des Allgemeinbefindens nicht ausführen und mußte zu konservativer Behandlung greifen. Am Ober- und Unterschenkel wurden median wie lateral im ganzen drei breite Heftpflasterstreifen, die jeder einzeln in zwei Drittel ihrer Länge in zwei Teile getrennt waren, so angebracht, daß die sechs Enden sich weithin übereinander kreuzten, die Gelenkgegend selbst freilassend. Zwischen die drei so am Ober- und Unterschenkel entstehenden freien Stücke wurde ein starker Gummizug fest geknotet und so ein kräftiger Zug auf die gerissene Oberschenkelmuskulatur ausgeübt, der sie dauernd nach unten bewegte, während gleichzeitig das Ligamentum patellae mit seinem Knochen nach oben befördert wurde. Trotzdem die Behandlung durch mancherlei Zwischenfälle lokaler und allgemeiner Natur viel gestört wurde, die so wichtige Nachbehandlung mit Massage und Bewegungskuren nicht möglich war, erlangte der Patient innerhalb vier Wochen Gehfähigkeit wieder und in acht Wochen fast völlige Funktion.

4. Böcker, Berlin: **Ueber paralytische Luxationen der Hüfte, ihre Entstehung und Behandlung.**

(Nicht abgeschlossen.)

5. Keimer, Düsseldorf: **Ein Beitrag zur Frage der akuten Osteomyelitis der flachen Schädelknochen.**

Bei einem 13 jährigen Mädchen entwickelte sich unter lebhaften Schmerzen und starkem Frost eine Schwellung des rechten oberen und unteren Augenlides und der benachbarten Stirnpartie; am nächsten Tage waren die Lider beiderseits diffus blaurot aufgetrieben, ebenso die Haut der Stirn und des Scheitels rechts; es bestand konstantes Fieber von 40°, der Puls war sehr beschleunigt, der Allgemeinzustand schwer beeinträchtigt. Daß es sich um eine Phlegmone des Zellgewebes der Orbita und wahrscheinlich um eine Osteomyelitis des Stirn- und Scheitelbeines handeln müsse, erschien klar; als Quelle der Infektion war es naheliegend, eine Erkrankung der Stirnhöhle oder einer der anderen Nebenhöhlen der Nase anzunehmen; die Untersuchung des Naseninnern ergab aber absolut normale Verhältnisse. Da auch keine Infektionskrankheit vorausgegangen und kein Trauma stattgefunden, blieb die Aetiologie zunächst völlig rätselhaft. Es wurden ausgedehnte Spaltungen der Haut vorgenommen; die breit freigelegte Orbita zeigte das Fett- und Bindegewebe in eine mit Eiterherden durchsetzte, schwärzlich graue Masse umgewandelt, in der thrombosierte Venen hervortraten; im rechten Stirnbein fanden sich mehrere Erweichungsherde; die linke Stirnhöhle enthielt Eiter, ihre vordere und orbitale Wand waren nekrotisch; rechts waren außerdem noch Erweichungsherde im Scheitel- und Hinterhauptsbein. Nach der Operation besserte sich das Allgemeinbefinden bald, die Temperatur fiel erst nach acht Tagen ab. Am 19. Tage der Erkrankung stellten sich plötzlich tonische und klonische Zuckungen im linken Fazialis, Arm und Bein ein, also Erscheinungen einer Rindenepilepsie, die sich im Verlaufe von acht Tagen etwa zehnmal wiederholten, um dann nicht mehr aufzutreten, worauf langsam völlige Genesung eintrat. Im Verlaufe der Krankheit löste sich auch das Rätsel der Aetiologie; es ergab sich, daß das Kind einige Wochen vor der Erkrankung ein ausgedehntes Hordeolum an der äußeren Kommissur rechts gehabt hatte. Wie Furunkel und ähnliche Prozesse noch nach längerer Zeit schwere Infektionen regionär oder allgemein hervorrufen können, ist wohl anzunehmen, daß von diesem Hordeolum aus hochvirulente Keime in die Blut- und Lymphbahn kamen und das periorbitale Binde- und Fettgewebe infizierten. Bezüglich der vorübergehenden Rindenepilepsie nimmt Verf. an, daß die vom unteren Teil der Zentralwindung nach oben aufsteigende Reizung auf rein mechanische Störungen in der Zirkulation und dadurch bedingtes schwankendes Oedem zurückzuführen ist.

6. Neuhäuser, Berlin: **Ueber Blutungen nach Nephrolithotomie.**

Unter 131 Fällen von Nephrolithotomie, die Israel ausführte, kam es zwölfmal (9%) zu bedrohlicher Hämaturie, die meist ein operatives Eingreifen erforderte. Nach Eintritt und Verlauf dieser Blutungen sind hauptsächlich zwei Typen zu unterscheiden, zwischen denen Uebergänge vorkommen. Die erste wird durch Fälle gebildet, in denen die Blutung gleich mit der Operation beginnt und weiter andauert; sie kann kontinuierlich tage- und wochenlang gleichmäßig stark bestehen und, ohne besonders intensiv zu sein, eine allmähliche Herabsetzung der Kräfte und den Tod zur Folge haben; es kann aber auch der Charakter sich ändern und eine plötzliche Steigerung der Intensität der Blutung eintreten. Die zweite Gruppe ist die der Spätblutungen, die ganz rapide und unerwartet eintreten können zu einer Zeit, wo der Urin bereits völlig klar und makroskopisch blutfrei ist, wo man glauben kann, daß jede Gefahr einer Nachblutung ausgeschlossen ist. Meist betreffen die Blutungen Fälle, bei denen die Nierenwunde nach Entfernung des Steines durch Naht vollkommen geschlossen wurde; ungleich seltener ist eine Blutung aus primär tamponierten Nieren; hier tritt das Ereignis bisweilen während oder nach der Tamponade ein und läßt sich auch durch schonendste Extraktion nicht sicher vermeiden. Bezüglich der Ursache der Hämorrhagien, die die Gefahren der Nephrolithotomien wesentlich erhöhen, ist vielleicht bei manchen eine allgemeine konstitutionelle Anomalie anzunehmen; meist aber blieben die Fälle rätselhaft, ganz besonders die der zweiten Gruppe. Bei der Unkenntnis der Ursachen der Hämorrhagien ist ihre Verhütung nicht möglich; meist muß man sich beschränken, die einmal eingetretene Blutung zu bekämpfen. Dazu stehen innere Mittel zur Verfügung: Adrenalin, Gelatine, Ergotin usw.; viel Einfluß haben diese Mittel aber nicht; in manchen Fällen kommt die Hämaturie von selbst zum Stillstand; ist das nicht der Fall, so bleibt als wirksamstes Mittel die Tamponade der Niere, die so gut wie immer zum Ziel führt. Sie ist aber durchaus kein gleichgültiger Eingriff, weshalb die Entscheidung, wie lange man mit der Vornahme derselben warten soll, oft recht schwierig ist.

7. Scherber, Wien: **Zur Klinik und Aetiologie der nekrotisierenden Stomatitisformen.**

Der erste Fall betrifft eine Leukämie; bei dem Patienten entwickelte sich im Anschluß an eine größere Dosis Kalomel eine rezidivierende Entzündung der Mundschleimhaut, die nach einer Zahnextraktion zu einer schweren diphtherisch gangränösen Stomatitis wurde, der der Kranke unter dem Bilde der Sepsis erlag. Die mikroskopische Untersuchung der ulcerösen Mundschleimhaut ergab das Bild der Leukämie, die Veränderungen entsprachen jedoch nicht der gewöhnlichen kleinzelligen Leukämie, sondern Tonsillen, Rachenwand, Frenulum linguae waren von jenen einkernigen Zellen infiltriert, wie sie Sternberg für die Leukosarkomatose beschrieben hat; Präparate der hinteren Rachenwand zeigten auch in den tiefer gelegenen Muskelschichten Veränderungen, die bereits als „aggressive" aufzufassen waren. In Uebereinstimmung mit dem klinischen Bilde, in dem die schweren septischen Erscheinungen dominierten, wurden aus der Milz Kapselbazillen, die als Bacillus pneumoniae Friedländer identifiziert wurden, gezüchtet. In den Mundulzerationen wurden oberflächlich große Haufen runder Kokken und in tieferen Schichten grampositive Bazillen von gerader oder gewundener Gestalt gefunden. Es ist anzunehmen, daß die leukämische Erkrankung bei dem Patienten schon länger bestand; die durch Quecksilberintoxikation entstandene Stomatitis gab den ersten Anstoß zur Geschwürbildung

auf der Grundlage der leukosarkomatösen Infiltrate. In diesem wenig widerstandsfähigen Gewebe konnten sich dann die Mundbakterien entwickeln und den diphtherisch-nekrotischen ausgebreiteten Zerfall herbeiführen; die Eingangspforte für die Pneumokokken dürfte auch wohl hier zu suchen sein.

Bei einem weiteren Falle handelte es sich um Noma, die sich im Anschluß an Masern bei einem Kinde entwickelt hatte. Hier fanden sich in den tieferen Schichten der nekrotischen Partien und zwischen den zerfallenden Muskelbündeln massenhaft grampositive, leicht gebogene Bakterien und daneben reichlich zarte, leicht gewellte Spirochaeten; diesen beiden Mikroorganismen-Formen scheint eine pathogene Wirkung zuzukommen.

Bei einer ulcerösen Stomatitis, die sich im Anschluß an eine irrtümliche Injektion einer größeren Menge von Ammoniak ins Rektum entwickelt hatte, ließen sich in den gangränösen Herden vorzugsweise vibrioförmige und fusiforme Bazillen und Spirochaeten nachweisen; nach dem Befund erscheint die Annahme gerechtfertigt, daß primär eine Schädigung des Zahnfleisches durch den Ammoniak stattgefunden, und daß dann auf dem so vorbereiteten Boden die stets in der Mundhöhle vorhandenen Bakterien sich bedeutend vermehrt und den geschwürigen Prozeß hervorgerufen haben.

Bei der Stomatitis mercurialis ist das auslösende Agens das Quecksilber, die eigentliche Ursache aber ist eine bakterielle; auf den merkuriellen Geschwüren finden sich stets grampositive, fusiforme und vibrioförmige Bakterien im Verein mit Spirochaeten vom Typus der Spirochaete buccalis, oft in völliger Reinkultur; diese führen in dem durch das Quecksilber in einer Vitalität die Substanzverluste herbei. Die merkurielle Stomatitis zeigt sich in Form einer Gingivitis, wobei die Zähne mit einem Zahnsteinansatz, in dem die Mikroorganismen wuchern, bevorzugt sind. Unangenehmer als die Gingivitis sind die an den Wangen auftretenden gangränösen Geschwüre, welche oberhalb und unterhalb der Zahnleiste der Schleimhaut an den Druckstellen der Zähne sitzen. Ihr Auftreten an einer bestimmten Stelle ist notwendig gebunden an das Vorhandensein der Backenzähne, welche stets einen gewissen Druck auf die Schleimhaut ausüben, der gefördert wird, wenn die betr. Zähne Zahnsteinansatz aufweisen. Neben diesen Momenten kann auch die Lage des Patienten im Schlaf in Betracht kommen; diese kann man fast immer aus dem Sitz des Geschwürs bestimmen.

Eine eigenartige Stomatitis beobachtete Verf. schließlich bei einer Patientin, bei der zur Zeit der Menses unter Fieber und leichten Allgemeinbeschwerden an der Schleimhaut des Mundes Ulzerationen auftraten, fast immer an der gleichen Stelle. Auf allen Effloreszenzen, aber nur auf diesen, fanden sich gram-positive vibrio- und fusiforme Bakterien und gram-negative Spirochaeten. Es handelt sich offenbar um einen Herpes, auf dessen Boden sich das Virus ansiedelte und den sekundären Zerfall herbeiführte.

Die verschiedenen Stomatitiden haben das Gemeinsame, daß es sich um bakterielle Erkrankungen handelt, die sich auf der Basis einer bestimmten Schädigung der Gewebe der Mund- und Rachenhöhle entwickelt haben. Die Gewebsschädigung muß den Affektionen vorangehen und den früher ungünstigen Nährboden in einen günstigen verwandeln. Dadurch scheint auch die bakterizide Wirkung des Speichels paralysiert zu werden, die unter normalen Verhältnissen den günstigen Verlauf von Verletzungen der Mundhöhle bedingt. Auf dem nun empfänglichen Boden kommt es zur Virulenzsteigerung mehrerer oder einzelner Bakterienformen und durch diese zur Entwicklung ausgebreiteter geschwüriger Prozesse. Therapeutisch leistet bei fast allen Stomatitiden das Wasserstoffsuperoxyd in konzentrierten Lösungen zu Pinselungen, in verdünnten Lösungen als Mundwasser die besten Dienste. Seine prompte Wirkung erklärt sich aus dem Umstande, daß es sich bei den Erregern dieser Prozesse vorwiegend um anaerobe Bakterien handelt.

8. Bosse, Berlin: **Die Lumbalanästhesie in ihrer augenblicklichen Gestalt.** (Schluß aus No. 27.)

Verf. bespricht eingehend die Technik der Lumbalanästhesie, die Gründe für die gelegentlich zu beobachtenden Versager, die verschiedenen empfohlenen Anästhetica, sowie die schweren und leichteren Komplikationen und Folgeerscheinungen, die in großer Zahl beobachtet worden sind. Er kommt zu dem Schluß, daß auch heutzutage, trotz zahlreicher verblüffender Erfolge, eingehender Formulierung der Technik die Lumbalanästhesie weit davon entfernt ist, ein gefahrloses Unternehmen zu sein, und daß daher die Forderung aufzustellen ist, sie nur dann auszuführen, wenn strikte Kontraindikationen gegen die Allgemeinnarkose vorliegen.

9. Boethke, Berlin: **Das Krankenhaus der kleinen Städte.** (Fortsetzung aus Nr. 27.)

Vermischtes.

Berlin. Prof. Walter Stöckel, welcher erst vor kurzem als Ordinarius der Gynäkologie und Direktor der geburtshilflichen Klinik nach Greifswald berufen war, ist in gleicher Eigenschaft nach Marburg versetzt worden. An seiner Stelle ist Professor Dr. Henkel, Oberarzt an der Olshausenschen Klinik, nach Greifswald berufen worden.

Berlin. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. A. Martin hat seinen Wohnsitz nunmehr nach Berlin verlegt.

Breslau. Der 29. Balneologen-Kongreß wird im März 1908 hierselbst tagen. Anmeldungen von Vorträgen und Anträgen nimmt entgegen der Generalsekretär der Balneologischen Gesellschaft, Geheimer Sanitätsrat Dr. Brock, Berlin NW., Thomasiusstr. 24.

Rom. Der II. internationale Kongreß für Physiotherapie (13. bis 16. Oktober) hat einen glanzvollen Verlauf genommen. Vom Geiste Guido Baccellis beseelt und unter seinem schwungvollen Präsidium verlief die Versammlung in höchst sympathischer Weise. Staat und Stadt hatten alles aufgeboten, um die zahlreichen Gäste zu ehren, in echt italienischer Weise, ohne Ueberladung mit Gelagen, vielmehr in zwangloser Gastlichkeit auf Konsulat, Kapitol und Kolosseum. Die wissenschaftlichen Sitzungen fanden in dem unvergleichlichen Policlinico, einer Schöpfung Baccellis, statt, wo die gesamte medicinische Wissenschaft, nach Fächern geordnet, über klinische Krankenabteilungen, Laboratorien, Hörsäle und jeden modernen Zubehör verfügt. Die Ordnung war musterhaft. Prof. Colombo, von einem Stabe jüngerer Gelehrten unterstützt, hatte alle Einrichtungen organisatorisch vorgesehen. Das gesamte Material von Referaten, Vorträgen und Diskussionen ist zur gewissenhaften Abhandlung gelangt. Trotz der lockenden Kunst und Natur waren die Sitzungen von früh bis spät voll besucht. Auch das Sprachenverständnis zwischen den verschiedenen Nationen ging glatter vor sich als sonst. Eine übersichtliche Ausstellung, im Poliklinikum, erregte durch elektrische und radiologische Apparate Interesse, wie denn überhaupt die Röntgendisziplin im Vordergrunde steht. Die nächste Versammlung findet in Paris statt, wohin die französische Regierung durch ihre Vertreter (Bouchard und Landouzy) eingeladen hatte. Deutschland war u. a. außer zahlreichen jüngeren Forschern durch Senator, Brieger, Gocht, Sperling, J. Lazarus, Laquer, Hofmaier, Sarason vertreten. In ihrem Namen hielt O. Lassar eine italienische Ansprache und Brieger die Abschiedsrede.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

R. Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen.



R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80. Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion: Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81. Dr. P. Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 4. November 1907. Nr. 44.

Die „Medicinische Woche“ erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Die Bedeutung der Hydrolyse bei Diabetes.

Von San.-Rat **Dr. Scherk**, Bad Homburg.

Nehmen wir die Werke anerkannter Autoren, welche die Ursache und das Wesen der Zuckerkrankheit behandeln, zur Hand, so sind dieselben meistens der Ansicht, daß der Kern der Diabetes-Aetiologie immer noch nicht ergründet sei.

Wir wissen freilich, so wird in diesen Arbeiten ausgeführt, daß bei den Zuckerkranken die Gewebszellen nicht befähigt sind, das Zuckermolekül zu assimilieren, doch bleibt die Frage noch ungelöst, auf welche Ursache diese mangelhafte Befähigung der Gewebszellen zurückzuführen ist.

Meiner Auffassung nach müssen wir, wie ich in verschiedenen Artikeln erörtert habe, die fehlerhafte Hydrolyse der dem Organismus einverleibten Kohlehydrate als pathogenetischen Faktor anerkennen. Gehen wir von den hydrolytischen Prozessen, wenn dieselben in ihrer Abwicklung pathologisch modifiziert sind, aus, so müssen wir die invertierten Kohlehydrate, d. h. die im intermediären Stoffwechsel gebildete Dextrose, als maßgebenden pathogenetischen Kardinalfaktor ansprechen.

Es steht fest, daß unter normalen Verhältnissen die eingeführten Nährsubstanzen durch die Einwirkung der Hydrolyse nicht nur leicht resorbierbar, sondern leicht assimilierbar und oxydationsfähig geschaffen werden.

Suchen wir zunächst die Umprägung der Nährsubstanzen näher zu beleuchten, welche durch die Aktivierung eines spezifischen Fermentes bewerkstelligt wird, so bildet die Wasseraddition in erster Linie die causa movens.

Die Hydrolyse unterscheidet sich von der Hydrierung, daß bei der ersten eine Wasseraufnahme mit nachfolgender Zersetzung stattfindet, welche bei der Hydrierung fehlt.

Die hydrolytische Zersetzung wird durch eine Umordnung der Moleküle bedingt, dieselbe wird durch die Einwirkung bestimmter Enzyme auf die Nährsubstanzen veranlaßt und die Bildung von Dissoziationsprodukten ist durch die Wasseraddition verursacht.

Nasse hat schon vor Jahrzehnten darauf hingewiesen, daß die elektrische Leitfähigkeit des Mediums bei einer aktivierten Fermentwirkung erhöht ist, wir werden demnach nicht nur mit der Bildung bestimmter Jonen, sondern auch mit dem Jonenstoß bei der Wirkungsweise der hydrolytischen Enzyme zu rechnen haben.

Diese Forschungsresultate sind neuerdings durch die Experimente von Bierry, Giaja und Henri*) bestätigt. Dieselben haben konstatiert, daß dialysierter Pankreassaft sich gegenüber Stärke inaktiv verhält. Bei Gegenwart von Salzen tritt dagegen sofort eine amylolytische Wirkung ein. Entfernt man jedoch die Elektrolyten, so bleibt der Pankreassaft unwirksam.

Wir können daraus den Schluß ziehen, daß die Quantität und Qualität der spezifischen Dissoziationsprodukte die Wirkungsweise und selektive Affinität zu den zersetzenden Substanzen bedingen und daß letztere den differenten Jonen bestimmte Angriffspunkte darbieten müssen, wenn eine Umlagerung der Moleküle stattfinden soll.

Von welcher Bedeutung die eigenartige Konfiguration der Moleküle in Bezug auf die relative Oxydationsfähigkeit einer Substanz ist, liegt auf der Hand. Die isomeren Substanzen liefern uns genügend Beweise, daß das differente spektroskopische Verhalten zu einem Unterschied des Verbrennungsgrades führt, wie wir denselben auch unter normalen Verhältnissen zwischen Dextrose und Lävulose konstatieren können.

Erwägen wir, daß die Produktion der spezifischen hydrolytischen Fermente, welche auf die Spaltung des Zuckers und die Umprägung der Kohlehydrate einwirken, zunächst von den Speicheldrüsen, vom Pankreas und bestimmten Intestinaldrüsen veranlaßt wird, so ist neben der Funktion dieser sekretorischen Drüsenzellen, die intrazelluläre Fermentlieferung, welche namentlich von den Leberzellen bewerkstelligt wird, bei dem Kohlehydratstoffwechsel in Betracht zu ziehen.

Mit denselben Faktoren haben wir bekanntlich auch bei der Umwandlung der Eiweißkörper und Fette zu rechnen, in allen Fällen werden die hydrolytischen Vorgänge der sekretorischen Drüsen und der intermediäre Abbau zu berücksichtigen sein. v. Brugsch und Schittenhelm führen neuerdings die Pathogenese der Gicht ebenfalls auf eine gestörte Fermentwirkung im Nukleinstoffwechsel zurück, wie ich dieselbe schon vor einigen Jahren zu begründen versucht habe.

Immerhin ist hervorzuheben, daß wir in der Erkenntnis dieser Prozesse erst im Anfangsstadium uns bewegen und die Erforschung durch die minimalen Werte, welche uns entgegentreten, bedeutend erschwert wird.

In diesem Sinne äußert sich Alderhalden*) in folgender Weise:

„Sind unsere Kenntnisse über die Resorption und Assimilation der Eiweißkörper schon recht gering, so schrumpft unsere Einsicht in den intermediären Stoffwechsel fast auf Null zusammen“.

Bei dem Kohlehydratstoffwechsel wissen wir allerdings, daß das in den Leberzellen aufgestapelte Glykogen in Dextrose durch hydrolytische Einwirkung umgewandelt wird, und daß nach totaler Pankreasexstirpation das Glykogen in den Leberzellen verschwindet. (Minkowski.) Die weiteren intermediä-

*) Inactivité amylolytique du suc pancréatique dialysé. (Soc. de Biol. März, 1906.)

*) Neuere Ergebnisse auf dem Gebiete der Eiweißchemie und Physiologie. Med. Klin. 46, 1905.

ren Zwischenstufen sind jedoch teilweise in Dunkel gehüllt, teilweise hypothetischer Natur.

Versuchen wir, das Prinzip der hydrolytischen Spaltung der Kohlehydrate zu deuten, so sind wir berechtigt, auf die Normen zurückzugreifen, welche bei der Hydrolyse der Eiweißkörper nachgewiesen sind.

Verfolgen wir die hydrolytische Umwandlung der Eiweißkörper im Magen in Albumosen und Peptone und die Spaltung der letzteren in Hemi- und Anti-Peptone, so wissen wir, daß die ersten durch Einwirkung des Pankreassaftes in Leuzin und Tyrosin umgeprägt werden, die Anti-Peptone dagegen nicht weiter zersetzt, also auch nicht resorbiert werden können. Analoge Verhältnisse finden wir bei den vegetabilischen Proteosen, bei denen lösliche und unlösliche Phytoalbumosen nachzuweisen sind.

Auch in der Immunitätslehre spielen diese isomeren Faktoren heutzutage eine Rolle.

In diesem Sinne äußert sich von Behring*) folgendermaßen:

„Ich stelle mir die molekulare Struktur der zur Antikörperproduktion befähigten Agentien als dissoziationsfähig im Sinne einer Polarisation vor, und ich nehme an, daß unter dem Einfluß vitaler Kräfte der polarisierbare Infektionskörper in zwei antagonistische Teile gespalten wird, von welchen der eine im infizierten Organismus assimiliert und denaturiert wird, während der andere in polarisiertem und deswegen mit besonderen Kräften begabtem Zustande in der extrazellulären Körperflüssigkeit gelöst und nach außen befördert wird".

Setzen wir an Stelle der vitalen Kräfte die hydrolytische Spaltung, so wird, meiner Auffassung nach, die von Behringsche Hypothese einen Stützpunkt gewinnen, denn die Verbreitung und Mannigfaltigkeit der hydrolytischen Prozesse, sowohl im normalen Zellenleben, als auch unter pathologischen Bedingungen, wird von physiologischen Autoritäten, von denen Franz Hofmeister die Führung übernommen hat, allgemein anerkannt. Das Studium der fermentativen Vorgänge im Organismus bildet heutzutage die Basis der Umsetzungen in den einzelnen Zellenlaboratorien.

Wie wir bei der Resorbierung der Eiweißkörper die Hydrolyse als Grundbedingung erkennen, in analoger Weise werden wir auch die Resorptionsfaktoren bei Aufnahme der Fette und der Kohlehydrate auf die Wagschale zu legen haben.

Da durch die Hydrolyse die Anordnung der Moleküle bedingt wird, so liegt auf der Hand, daß die eigenartige Konfiguration, d. h. die stereometrischen Verhältnisse der Nährsubstanzen nicht nur bei der Oxydation, sondern bei der Assimilation und Resorption eine hervorragende Rolle spielen.

Deshalb habe ich bei der Pathogenese der Gicht, Fettsucht und Zuckerkrankheit schon seit etlichen Jahren die pathologische modifizierte Hydrolyse als ätiologischen Kardinalfaktor hingestellt.

Daß die Hydrolyse im Zellenleben der Oxydation vorausgeht, ist ein Grundsatz, welcher von keiner Seite mehr bestritten wird, und da wir bei der Entwicklung der Zuckerkrankheit mit einer mangelhaften Glykoseoxydation — wie von Noorden ebenfalls befürwortet — zu rechnen haben, so dürfen wir die Hydrolyse der Kohlehydrate bei dieser Krankheit nicht unberücksichtigt lassen, wenn wir uns ein Bild von der Defizitwirtschaft entwerfen wollen, welche durch den Symptomenkomplex, wie derselbe uns bei Diabetikern vor Augen tritt, gekennzeichnet wird. Wird durch die minderwertige Umprägung der Kohlehydrate als Endprodukt eine Dextrose geliefert, welche infolge pathologisch-modifizierter Hydrolyse eine abnorme Molekülekonfiguration hat und deshalb schwer verbrennbar ist, so wird den Gewebszellen ein bedeutsamer Kalefaktor entzogen.

Können die Körperzellen diese Dextrose zum Haushalte nicht verwerten, ist der Grad der Verbrennungsfähigkeit durch eine pathologische Molekülekonfiguration bedeutend herabgesetzt, so wird die Dextrose als schädigender Ballast im Blutstrome sich anhäufen, bis dieselbe durch die Nierentätigkeit aus dem Organismus exportiert wird. Daß die Dextrose der Diabetiker eine andere Beschaffenheit bei derselben chemischen Formel hat, wie die unter normalen Verhältnissen gebildete Dextrose, läßt sich nach den interessanten Injektionsexperimenten von Leo, Lépine, Boulud und anderen Forschern nicht mehr bestreiten*). Wir haben demnach bei Diabetikern eine Dextrose zu finden, welche der normalen Dextrose isomer, aber schwerer oxydabel ist.

*) Diphtherieserum, Tetanusserum, Brovakzin, Tulase (Deutsche Revue, November 1906).

*) Die verschiedenen Ursachen der Zuckerkrankheit von San.-Rat Dr. Schork. Med. Woche 47 und 48, 1905.

Feuilleton.

Die Rindertuberkulose und der Talmud.

Haben die biblischen und die talmudischen Juden die Rindertuberkulose gekannt und bekämpft?

Von **P. Garrault.** (Revue scientifique, 1902, 3 bis 4.)

(Fortsetzung.)

Gewiß, aber in dieser Richtung sind diese improvisierten Kritiker keineswegs geneigt, es zu hören. Hier der ungedruckte Kommentar von Maspéro. „Das Wort ‚donou', buchstäblich Gehör, bezeichnet jene Massen, welche aus der Rinde oder den Früchten der meisten Pflanzen ausschwitzen, aber nur wenn sie ausgetrocknet sind. Die Form, welche sie annehmen, wenn sie zusammenschrumpfen, erinnert entfernt an das Tierohr, welches in dem Hieroglyphentext dazu dient, die mit l'oreille bezeichneten Worte wiederzugeben".

Unter den mystischen Vorstellungen, welche beim Suchen der in der Natur als Medikamente verbreiteten Stoffe gebraucht werden, findet sich diese: Die Götter haben in der Natur Gegenstände geschaffen, welche sie mit gewissen Zeichen versehen haben, so diese Gummimassen in Ohrenform, um zu zeigen, zu welcher Verwendung sie herangezogen werden können. In allen Fällen aber wurde der Gebrauch oder die Anwendung des Medikamentes begleitet mit einem Gebet, einem Spruch, ohne welche die Wirksamkeit des Mittels absolut null war. Und weiter mußte eine Droge, um zu wirken, von bestimmten Menschen appliziert werden: Laon, Samnon, Ouibou-Loguhit, welche selbst ihre Kraft religiöser oder magischer Empfängnis entlehnen.

In der Tat wurde in keinem Falle das Medikament bei den Aegyptern, wenigstens in den Texten, welche wir besitzen, anders betrachtet als das geeignetste Vehikel für den durch den Spruch gerufenen Geist und Genius, welcher bestimmt ist, den Geist, den Genius der Krankheit zu verjagen. Der heilende Geist wohnt in einem Medikament, gerade so wie für die Christen der Geist Gottes in der Hostie wohnt. Die mystischen Vorstellungen, welche nur in der christlichen Kommunion eine Rolle zu spielen scheinen, sind sicherlich viel zu jung und zu schwach, um die Neigung der Menschen für diese Maßnahme zu rechtfertigen, welche darauf zurückgeführt, was sie heute ist, entkleidet der Ueberlieferung einer rituellen Anthropophagie*), wie sie während so viel Jahrtausenden bei unseren Voreltern sich erhalten hat, zugleich ebenso plump wie lächerlich sein würde. Die Menschen würden ihren Gott, welcher in einem unsichtbaren Hauch oder in einem einfachen Spruch sich zeigt, nicht verschlucken können. Ihnen fehlt ein Substrat, das Stück Brot und Wein, welches das Fleisch und Blut der noch zuckenden Opfer, oft der Erstgeborenen, darstellen,

*) Vortrag von Carl Vogt, Anthropophagie und menschliche Opfer, Congrès de Bologne, 1871, Nr. 5 der Ia serie des congrès internationaux, p. 294. S. ebenso de Mortillet, Bulletin Soc. Anthropol. Paris 1887, p. 778; 1888, 27.



Erwägen wir außerdem, daß bei den Verbrennungsvorgängen nicht nur die Konfiguration der passiven Substanz, sondern auch die Anwesenheit von Sauerstoff maßgebend ist, so muß dieser oxydative Faktor ebenfalls in Betracht gezogen werden, wenn eine abnorme Dextroseausscheidung nachgewiesen wird.

Es ist seit Jahren viel darüber debattiert worden, ob man die Sauerstoffübertragung als katalytischen Vorgang, d. h. als einen fermentativen Prozeß bezeichnen soll.

Im Anschluß an von Liebigs bekannte Kontakttheorie definiert Ostwald*) die Katalyse als „Beschleunigung eines Vorgangs, der auch unter Umständen unermeßbar langsam vor sich geht, durch die bloße Anwesenheit eines anderen Stoffes, der dabei selbst unverändert bleibt".

Es ist nun nicht zu bestreiten, daß diese Deutung des Wortes Katalyse sich mit der Hydrolyse deckt, anderweits steht noch nicht fest, ob der Eisengehalt des Hämoglobins, welcher die Sauerstoffübertragung im Organismus vermittelt, nicht stets erneuert werden muß, zumal derselbe durch die abwechselnde Oxydation und Reduktion der Veränderung unterliegt. Außerdem ist hervorzuheben, daß die Spezifität, wie dieselbe bei der Wirkung der Hydrolyse den Kardinalfaktor darstellt, bei der Sauerstoffübertragung in Wegfall kommt.

Wir erkennen die Oxydasenwirkung der anorganischen Substanzen im Organismus als Nachfolger eines hydrolytischen Prozesses an, sind jedoch meiner Ansicht nach nicht berechtigt, diesen Vorgang mit der Hydrolyse zu identifizieren, dagegen spricht die spezifische Wirkung der hydrolytischen Vorgänge, während eine Sauerstoffübertragung in jeder Zelle stattfinden kann.

Carl Oppenheimer l. c. führt aus, daß „die erste Phase der Fermentwirkung ein Anheften des Fermentes resp. einzelner Moleküle des Fermentes an spezifisch bindende Gruppen des Substrates darstellt, welcher dann als zweite Phase der katalytische Zerfall folgt".

Hier wird demnach die Katalyse der Hydrolyse gegenübergestellt, meiner Ansicht nach wird dadurch das Wesen der fermentativen Vorgänge bedeutend geklärt, deshalb habe ich stets den Standpunkt vertreten, daß bei einem vollkommenen fermentativen Prozeß die Sauerstoffübertragung sich der Wasseraddition anschließen muß.

Als Endresultat der Stoffwechselprozesse ist nach der Intraorganoxydation dann die Exportierung der Verbrennungsprodukte oder unter pathologischen Verhältnissen der unverbrannten Nährsubstanzen anzusprechen.

Eine Klarstellung über das Wesen der Fermentierung im menschlichen Organismus führt uns nicht nur auf die Ursachen der Konstitutionsanomalien zurück, sondern ist auch für die Normen unserer Behandlungsweise von einschneidender Bedeutung.

Die Anschauungen von Lépine, Stoklasa, Cohnheim und Blumenthal über die Existenz eines glykolytischen Fermentes im Blutstrome und die Beziehung desselben zum Pankreassekret lassen sich in einfacher Weise modifizieren, wenn wir die Hydrolyse der Sauerstoffübertragung entgegensetzen.

Heutzutage können wir die palliative Behandlungsweise des Diabetes durch eine kausale Therapie unterstützen. Wir werden uns nicht mehr auf die üblichen Diätvorschriften und die Toleranzfrage den Kohlehydraten gegenüber beschränken, sondern werden zunächst zu ergründen suchen, welche hydrolytischen Prozesse in ihrer Einwirkung gestört sind, wir werden zu erforschen suchen, weshalb dieselben ihre Funktion nicht in normaler Weise erfüllen können, und schließlich die gehemmte Sauerstoffübertragung zu berücksichtigen haben. Es wird allerdings nicht immer leicht fallen, eine präzise Differentialdiagnose zu stellen.

Wenn auch in den meisten Fällen der Ikterus auf einen gestörten Leberzellenchemismus hinweist und dann bei Dextrosebefund im Urin auf ein minderwertiges hydrolytisches Leberzellenenzym geschlossen werden kann, so liegen oft Komplikationen vor, welche wohl zu beachten sind. In dieser Richtung führt neuerdings Schmieden*) aus, daß der Ikterus auf eine Kompression der Gallengänge durch einen pankreatischen Tumor zurückgeführt werden kann. Auch wird oft bei Cholithiasis der Pankreas entzündlich verändert und ein Ikterus kann unter Umständen auftreten, wenn beide große Drüsen in Mitleidenschaft gezogen sind. Läßt sich dagegen ein Pankreastumor durch Palpation nachweisen, so ist immerhin bei Diabetes ein bestimmter Anhaltspunkt geliefert, welcher noch durch An-

*) Die Fermente und ihre biologische Bedeutung von Dr. Carl Oppenheimer. Verl. von Leonti Simion Nachf. Berlin, 1905.

*) Ueber die Zirrhose des Pankreas. Münch. Med. W. 47, 1906.

---

welche die alten rituellen Anthropophagen so lange verschlangen, nachdem sie durch Anrufung und Gebet ihren Gott herabsteigen ließen und ihn so in die Hostie umwandelten. Dieser Vergleich war erforderlich, um denen, welche weniger mit dem Mechanismus der alten Vorstellungen vertraut sind, verständlich zu machen, wie man im Altertum die kurative Eigenschaft der Heilmittel sich vorstellte. Diese Auffassungen finden sich überdies noch sehr deutlich in manchem Volksaberglauben wieder.

Von einer Neigung zur Objektivität, ähnlich wie wir sie bei den ägyptischen medicinischen Texten beobachtet haben, welche vielleicht im letzten Schimmer zu Salomos Zeiten erstrahlt hat, „des Königs, welcher alle Pflanzen seines Landes kannte, von der Ceder bis zur Ysop", bleibt bei den Ebräern nicht mehr eine kleine Spur übrig, von den großen Propheten an, d. h. von der Epoche, in welcher der älteste Kodex oder das Deuteronomium verfaßt wurde. Der Mystizismus d. h. Animismus oder transzendente Fetischismus hält den Geist dieser Verfasser völlig und ausschließlich gefangen.

Jeder mit der Kritik der antiken Materie vertraute Mensch muß also als absolut unwissenschaftlich die Hypothese von hygienischen Vorstellungen im hohen Altertum, und mit noch viel mehr Recht bei den alten Ebräern zurückweisen. Wie es oftmals bei der Frage der historischen Kritik und auch in allen menschlichen Dingen geht, ist gerade das Gegenteil von dem, was jedermann glaubt oder zu glauben neigt, durchaus wahr und lehrt, die Wahrheit. Gerade das Volk des Altertums, welches man uns als am tiefsten durchdrungen von hygienischen Ideen darstellt, in streng wissenschaftlichem Sinne des Wortes, besaß in Wahrheit nur die geringsten und war unter allen Völkern des klassischen Orients infolge seines krankhaften Mystizismus am wenigsten fähig, solche zu erwerben. Es ist unnötig, an die griechischen und lateinischen Zeugnisse, an die zahlreichen Texte zu erinnern, welche in so beredter Weise uns sagen, in wie tiefer Verachtung die jüdische Kultur bei den anderen Völkern stand, um zu wissen, was die Kultur der Ebräer galt im Vergleich mit der der Aegypter, Chaldäer und Griechen. Das Verhältnis ist ungefähr das gleiche, wie man heutzutage es aufstellen könnte zwischen den Völkern Europas und denen von Bornu oder Baghirmi. Außerdem gibt es, ich wiederhole es, bei den Aegyptern keine einzige Spur hygienischer Ideen; und es würde unverzeihlich sein, wollte man die Gesetze von Rein und Unrein mit hygienischen Begriffen verwechseln oder auch nur mit den Begriffen der Reinlichkeit. Diese Betrachtungen zeigen uns, was die Hygiene der Israeliten wert sein dürfte, und welches die wissenschaftlichen Grundlagen derjenigen sind, welche ihnen so grundlos solche Auffassungen zusprechen.

Ich muß einer wirklichen Ueberraschung Ausdruck geben, H. v. Oefele, der doch so durchdrungen von dem Geist der ägyptischen Medicin ist, im Laufe einer sehr beachtenswerten neuen Arbeit*) den Gedanken vertreten zu sehen, daß die von Herodot angegebenen Maßnahmen bei den ägyptischen Priestern (II, 36, 37), welche darin bestehen, Bäder zu nehmen und alle Körperhaare sich zu rasieren, die propreté: Reinheit zum Ziel

*) Studien über altägyptische Parasitologie, Archives de Parasitologie, IV, p. 500 bis 501, 1901.



wendung der Sahlischen Glutoidkapseln diagnostisch unterstützt werden kann.

Bei einem Ausfall oder einer Minderwertigkeit des amylolytischen Pankreasenzyms ist neuerdings die Organsafttherapie mit Erfolg angewendet, das Pankreon leistet in diesen Fällen gute Dienste.

Ist ein Leberleiden die Ursache der Dextroseausscheidung, so werden wir versuchen, die Störungen des Leberkreislaufes zu heben und durch Gebrauch bestimmter Mineralwassertrinkkuren eine Besserung zu erzielen.

Inwieweit die Mineralwasserzufuhr außerdem die Sauerstoffübertragung im Organismus, wenn dieselbe herabgesetzt ist, wieder regulieren kann, ist bis heute nur bei der Anwendung der Eisenwässer nachgewiesen.

Es liegt auf der Hand, daß bei einem eventuellen Minus von Eisen durch Aufnahme von Eisenjonen durch die hämatopoetischen Organe ausgeglichen werden kann, darauf weisen die Erfolge bei Anämie deutlich hin, wenn dieselbe mit Dextrosurie verbunden ist. Auch die Dextroseausscheidung, welche nach Malaria sich oft konstatieren läßt, wird durch Eisenmedikation gehoben, da eine Neubildung der Erythrozyten dadurch unterstützt wird und die herabgesetzte Sauerstoffübertragung wieder befördert wird. Soll eine Resorption der Eisenjonen stattfinden, so ist Bedingung, daß keine Darmaffektionen vorhanden sind und die selektive Funktion der haematopoetischen Organe nicht gestört ist. Nur unter diesen Umständen kann eine Deckung des Eisendefizit erfolgen.

Da wir wissen, daß bei Anwesenheit von Alkalien ebenfalls die Zuckerverbrennung befördert wird, so ist auch zu erwägen, inwieweit der Gehalt von Alkalien in den Heilquellen nach dieser Seite hin in Betracht zu ziehen ist.

Sind neurogene Momente als ätiologische Faktoren der Diabeteserkrankung anzuerkennen, so wird uns die Neurologie eine geeignete Handhabe reichen, unsere therapeutischen Anordnungen zweckentsprechend zu treffen, inwieweit in diesen Fällen eine Besserung erzielt werden kann, richtet sich nach der einzelnen Erkrankung. Es wird beispielsweise in Frage kommen, ob die Produktion verschiedener hydrolytischer Fermente, welche den Kohlehydratstoffwechsel regulieren, durch mangelhafte Innervierung der Drüsenzellen in Betracht zu ziehen ist und ob schwerwiegende Komplikationen vorliegen.

Immerhin hoffe ich, durch diese Auseinandersetzung klargelegt zu haben, daß die Hydrolyse im diabetischen Organismus uns den Weg bahnt, welchen wir einzuschlagen haben, wenn wir die Behandlung der Diabetiker nicht nach einem bestimmten Schema, sondern individualisierend einrichten wollen.

gehabt hätten. Das ist eine durchaus ungenaue Erklärung des Ausdruckes: *Προτιμιῶντες καθαρόι εἶναι.* Auch im Geiste Herodots bedeutet der Ausdruck *καθαρός* rein und nicht sauber, etwas durchaus verschiedenes. Die Selloi oder Helloi des Zeus zu Dodona, mit ungewaschenen Füßen auf der Erde liegend*), waren rein, *καθαρόι*, weil sie sich niemals wuschen und an der Fußsohle eine Erdschicht behielten, welche ihnen die nötige Berührung gestattete und ihnen erlaubte, chtonische Orakel von sich zu geben. Bei den Branchiden von Milet und zu Didyme**) reinigte ein Weib, welches im Gegenteil aus dem Wasser die Orakel empfing, seine Füße und den Saum seines Kleides an einer heiligen Quelle. Die einen und anderen waren *καθαρόι*, d. h. rein, die einen in ihrer Unsauberkeit, die anderen in ihrer Sauberkeit. Die eine oder die andere Bedingung fiel nur zufällig mit der Reinheit zusammen. Die modernen Begriffe über die animistische Bedeutung der Haare und ihrer Rasur, welche zum gewissen Teil auf mit den fundamentalen Gedanken der Beschneidung eng verbundenen Ideen beruhen, machen die von Oefele vertretene traditionelle Ansicht völlig unannehmbar, daß die ägyptischen Priester sich rasierten, um die Parasiten zu vermeiden. Endlich hätte die Verknüpfung dieser Anweisungen mit anderen Vorschriften von deutlich und rein totemistischer Bedeutung bei Herodot selbst, wie das Verbot von wollener Kleidung, von Lederschuhen, des Genusses von Bohnen, Oefele zur Vorsicht mahnen sollen.

*) Homer Ilias, XVI, 233 bis 235.
**) Jamblichus, de Mysteriis, III, 2.

(Fortsetzung folgt.)

XIV. internationaler Kongress für Hygiene und Demographie.

(Fortsetzung.)

Im weiteren Verfolg der bereits gegebenen kurz gefaßten Mitteilungen über die Arbeiten des Kongresses schließen wir heute sehr bemerkenswerte Ausführungen über die Hygiene der Beleuchtung an. Prof. Dr. Erismann, Vorstand des Gesundheitswesens der Stadt Zürich, stellte in seinem Referat

Über moderne Beleuchtungsarten und ihre hygienische Bedeutung

folgende Thesen auf:

1. Bei der künstlichen Beleuchtung gewisser Innenräume ist neben der Beschaffung einer möglichst großen Lichtmenge von besonderer Wichtigkeit die Rücksicht auf eine richtige Verteilung des Lichtes, sowie auf möglichste Beseitigung störender Schatten und der Blendung durch die Lichtkörper. Da bei direkter Beleuchtung eine gleichmäßige Verteilung des Lichtes nicht zu erreichen ist und Blendungserscheinungen nicht vermieden werden können, da ferner durch die bei der Arbeitsstellung eintretenden Kern- und Halbschatten die Belichtung der Arbeitsplätze auch in sonst hell erleuchteten Räumen so sehr herabgesetzt und die Beleuchtungsdifferenz zwischen den beschatteten und nicht beschatteten Stellen des Arbeitsobjektes so bedeutend wird, daß die allgemeine Lichtmenge, mag sie noch so groß sein, wesentlich an Bedeutung einbüßt (eine weitere Verstärkung der Lichtquellen also keinen Zweck hat), so wird den oben genannten Forderungen am einfachsten und sichersten entsprochen durch Anwendung des indirekten (diffusen oder zerstreuten) Lichtes. Die Frage, ob und wie weit durch die direkte Hochbeleuchtung (Reibmayr) die Mängel der gewöhnlichen direkten Beleuchtung vermieden werden, erscheint noch nicht hinreichend abgeklärt.
2. Die Vorzüge der indirekten Beleuchtung bestehen, neben der Aufhebung der strahlenden Wärme der Lichtquellen, in der besseren Verteilung des Lichtes auf die verschiedenen Plätze des Arbeitsraumes, sowie in der Beseitigung störender Schatten und jeglicher Blendungserscheinungen. Auf allen Plätzen eines in dieser Weise erleuchteten Raumes kann man bei genügender Stärke der Lichtquellen ungehindert schreiben, zeichnen, überhaupt arbeiten; außerdem kann man den Raum und alle Anwesenden überblicken, ohne durch den Glanz von Flammen geblendet zu werden.
3. Für Räume, in denen feinere Handarbeiten oder Zeichnungen ausgeführt werden, ist eine Platzhelligkeit von wenigstens 50 Lux (Meterkerzen) zu verlangen; für solche, in denen nur gelesen und geschrieben wird, soll ein Minimum von 25—30 Lux vorhanden sein. Gewöhnliche Schulzimmer und Hörsäle gehören in die letztere Kategorie. Vom hygienischen Standpunkte aus ist es zu begrüßen, wenn die hier genannten Mindestmaße überschritten werden.
4. Die indirekte Beleuchtung empfiehlt sich für mancherlei industrielle Etablissements, für kaufmännische Bureaus und größere Verkaufsläden, namentlich auch für Schulen, insbesondere für gewerbliche Lehranstalten und für Hochschulräume. Dagegen eignet sie sich da nicht, wo Schattenbildung geradezu erforderlich ist (Zeichensäle, in denen nach Modellen gezeichnet wird, sowie Werkstätten, in denen besonders feine Arbeiten an kleinen Objekten vorzunehmen sind).
5. Bei gleicher Lichtmenge hängt der Effekt der indirekten Beleuchtung, außer von der Beschaffenheit der Leuchtkörper selbst (s. unten), von verschiedenen Nebenumständen ab; 1. von der Zahl der Lichtquellen und ihrer Anordnung im Raum: die Lichtverteilung ist um so gleichmäßiger, je mehr



Einzellichtquellen über die ganze Arbeitsfläche verteilt werden; möglichst gleichmäßige Verteilung ist notwendig; in langgestreckten schmalen Räumen werden die Beleuchtungskörper am besten in einer Längsreihe über die Mitte der Tischreihen angebracht; 2. von der Entfernung der Leuchtkörper von der Decke: der Effekt wird caeteris paribus um so besser, je höher man die Lichtquellen befestigt — gerade umgekehrt wie bei direktem Licht; 3. von der Farbe der Zimmerdecke und der Wände: die indirekte Beleuchtung, jene mit Hrabowsky-Lampen ausgenommen, erfordert eine weiß gestrichene (Kalkanstrich), vor Nachdunkeln geschützte Decke; dasselbe ist zu sagen von den Wänden — wenigstens mit Bezug auf den oberen Teil, bis 1,5 m über dem Fußboden; — die Fenstervorhänge müssen von derselben Farbe sein; 4. von der Form der Reflektoren und der Beschaffenheit ihrer Oberfläche: die Form des Reflektors muß so gewählt sein, daß alle Horizontalstrahlen des Lichtkörpers den Reflektor treffen; er muß einen großen Oeffnungswinkel besitzen. Schirme mit glänzender Oberfläche geben bessere Resultate als matte oder mit Oelfarbe gestrichene: 5. von der Höhe der zu beleuchtenden Räume: eine Mindesthöhe von 3,5 m ist notwendig.

6. Die Kombination des direkten mit dem indirekten Lichte in Form der halbindirekten (gemischten) Beleuchtung, mit das Licht nach unten teilweise durchlassenden Schirmen (Milchglas, Ueberfangglas), gibt an und für sich eine bedeutendere Platzhelligkeit als das rein indirekte Licht, so daß beim letzteren etwas höhere Lichtstärken gefordert werden als für die halbindirekte Beleuchtung. Der Wert dieses für die gemischte Beleuchtung anscheinend günstigen Resultates wird aber aufgehoben durch den größeren Lichtverlust, welcher eintritt, sobald die Bedingungen zur Schattenbildung (Arbeitsstellung) gegeben sind. Allerdings sind die Schatten hier nicht so störend, wie bei der ganz direkten Beleuchtung, aber immerhin ist die halbindirekte Beleuchtung mit den unangenehmen Nebenwirkungen der größeren Helligkeitskontraste verbunden.

   Für kleine Lichtquellen, wobei der lichtdurchlassende Schirm nur mit geringer Flächenhelligkeit beleuchtet ist, mag eine gemischte Beleuchtung angehen; sowie es sich aber um starke Lichtquellen (elektrisches Bogenlicht event. auch Preßgas) handelt, bei denen die Schirme sehr hell beleuchtet werden, treten die unangenehmen Begleiterscheinungen (ungleichmäßige Lichtverteilung, Schattenbildung, Blendung) in störender Weise auf.

   Bei halbindirekter Beleuchtung sind sowohl Schattenbildung und Helligkeit als auch die Lichtverteilung in viel bedeutenderem Maße von der Distanz zwischen Lichtkörper und Decke abhängig als bei ganz indirektem Licht. Ein Tieferhängen der Lampen bewirkt hier einen Gewinn an Helligkeit, aber eine schlechtere Lichtverteilung und einen größeren Lichtverlust durch Beschattung; bei gänzlich indirekter Beleuchtung ist das Resultat ein umgekehrtes, der jeweilige Unterschied ist aber kleiner.

7. Bei der Verwendung der Hrabowskyschen Oberlichtreflektoren zur halbindirekten Beleuchtung ist die Helligkeit eine größere als bei Verwendung derselben Bogenlampen zu ganz indirekter Beleuchtung, aber die Lichtverteilung ist eine ungünstigere als bei der letzteren. Diese Art der Beleuchtung läßt sich nur da gut verwenden, wo es nicht notwendig erscheint, die Schattenbildung auf das möglichste Minimum zu reduzieren.

8. Für die indirekte Beleuchtung kann sowohl Elektrizität als Leuchtgas (gewöhnlich Gasglühlicht, Preßgas) verwendet werden. Beide Beleuchtungsarten haben ihre Vorteile und ihre Nachteile. Die Wahl im Einzelfalle hängt von den gegebenen Verhältnissen ab. Wo man in der Wahl ganz frei ist, wird man wohl vom hygienischen Standpunkte aus (Reinheit der Luft, thermische Verhältnisse) der gänzlich indirekten Beleuchtung mit elektrischem Bogenlicht den Vorzug geben, namentlich in großen, hohen Räumen und wenn der Helligkeitsbedarf ein großer ist. Auch die günstige ästhetische Wirkung der auf diese Weise erzeugten Beleuchtung spricht wohl für das elektrische Bogenlicht. — Lampen von hoher Stromstärke verdienen wegen der besseren Energieausnützung den Vorzug vor schwächeren Lampen. Erforderlich ist eine Lampe von 10 Ampères auf 40 qm Bodenfläche.

   Im Interesse eines ruhigen Brennens ist es zurzeit wünschenswert, daß da, wo elektrische Bogenlampen zur indirekten Beleuchtung verwendet werden, die gewöhnliche Kohlenstellung (+ oben, — unten) eingehalten werde. Da aber hierbei die Lichtemission eine für indirekte Beleuchtung ungünstige ist, so wäre eine umgekehrte Anordnung der Kohlen im Interesse einer größeren Lichtemission nach oben vorzuziehen. Man wird zur letztern übergehen, sobald es gelingt, das lästige Aufflackern der Flammen, welches vorderhand damit verbunden ist, gänzlich zu beseitigen.

   Wo man auf die Kosten nicht zu sehen braucht und schon eine elektrische Lichtanlage vorhanden ist, können für die indirekte Beleuchtung auch elektrische Glühlampen mit Vorteil verwendet werden wegen des ruhigen Brennens und der einfacheren Bedienung.

9. Auch die Gasbeleuchtung ist befähigt, den gesteigerten Anforderungen, welche gegenwärtig an die indirekte Beleuchtung überhaupt und speziell an diejenige großer Säle gestellt werden, zu entsprechen. Namentlich empfiehlt sich das Gaslicht da, wo es sich um mäßige Beleuchtungsstärken in Sälen von nicht sehr bedeutender Höhe handelt, oder wenn halbindirekte Beleuchtung zur Verwendung kommen soll; es ist nämlich in diesen Fällen bei Gasbeleuchtung wegen der größeren Zahl der Lichtquellen die Lichtverteilung gleichmäßiger als bei elektrischem Bogenlicht, während in großen und hohen Räumen, und bei ganz indirekter Beleuchtung, der Unterschied in der Lichtverteilung zwischen Gas- und elektrischer Beleuchtung mit Bogenlampen gering ist. Bei Verwendung von Auerlicht zu ganz indirekter Beleuchtung benötigt man zur Erzielung einer Helligkeit von 25 Meterkerzen eine Flamme auf je 8 qm Bodenfläche. Die Abnahme der Platzhelligkeit infolge längerer Brenndauer der Gasglühkörper innerhalb der in Frage kommenden Benutzungszeiten ist keine sehr bedeutende.

   Ein gewisser Vorzug des Gasglühlichtes bei indirekter Beleuchtung gegenüber dem elektrischen Bogenlicht liegt in der gleichmäßigen Intensität des ersteren, da Bogenlampen auch im günstigsten Falle Helligkeitsschwankungen bis zu 10 % zeigen. Noch störender ist bei letzteren das Zucken der Flammen, das aber im allgemeinen gegen früher seltener geworden ist und eigentlich bei sachgemäßer Herstellung der Anlage ausgeschlossen sein sollte.

   Im übrigen steht das Gasglühlicht dem elektrischen Bogenlicht auch bei indirekter Beleuchtung in hygienischer Beziehung deshalb nach, weil bei ersterem eine Luftverderbnis immerhin vorhanden ist und mit der Anzahl der Lampen steigt. Allerdings kann dieser Nachteil des Gasglühlichtes durch zweckmäßige Einrichtungen für Abzug der Verbrennungsprodukte ohne Schwierigkeiten beseitigt werden. Man hat aber außerdem auch mit der Gefahr der Vergiftung durch Ausströmen unverbrannten Gases zu rechnen. Die Bedienung ist bei Gasglühlicht weniger einfach als bei elektrischer Beleuchtung; der Deckenanstrich muß öfter erneuert werden.

10. Durch Anwendung des Preßgases gelingt es, auch in großen Räumen mittels einer beschränkten Flammenzahl eine intensive indirekte Beleuchtung zu erreichen, so daß der besseren Ausnützung des elektrischen Stromes in den größeren Bogenlampen die bessere Ausnützung des Gases in der Preßgasbeleuchtung gegenübersteht. Die Zahl der notwendigen Flammen ist bedeutend geringer als bei Gasglühlicht.

11. Es ist nicht leicht, eine gut funktionierende indirekte Beleuchtung dauernd gleich wirkend zu erhalten. Jedenfalls ist dem Unterhalte der Installation große Aufmerksamkeit zu schenken (Reinhaltung der Decke, Reinigung der Reflektoren und Brenner, rechtzeitige Erneuerung der Glühkörper).

12. Der Unterschied der Betriebskosten zwischen gewöhnlichem Gasglühlicht oder Preßgas einerseits und dem etwas teueren elektrischen Bogenlicht andererseits ist nicht so groß, daß er



da, wo überhaupt eine elektrische Lichtinstallation vorhanden ist und die übrigen Verhältnisse günstig sind, der Verwendung elektrischen Bogenlichtes zur indirekten Beleuchtung hindernd in den Weg treten sollte.

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 24. Juli 1907.

Vor der Tagesordnung:

Gräffner demonstriert eine Patientin mit Ochronose; sie zeigt die von Virchow beschriebene charakteristische Braunfärbung der Haut und Knorpel. Aetiologisch kommen wahrscheinlich jahrelang fortgesetzte Karbolumschläge wegen Ulcus cruris, die zu chronischer Intoxikation geführt haben, in Betracht.

Diskussion:

Hansemann hat einen Fall von Ochronose beobachtet, bei dem die Karbolsäure sicher keine Rolle spielt.

Pick unterscheidet zwei Arten von Ochronose, eine endogene und eine exogene; bei letzterer ist die Karbolsäure das die Pigmentierung veranlassende Moment.

Westenhoeffer demonstriert Situspräparate vom Thorax, die zeigen, daß die Spitzentuberkulose nicht vorn, sondern hinten (Birch-Hirschfeldsches Bronchialgeschwür im hinteren apikalen Bronchus) beginnt; mithin könnten die Anfänge durch die Goldscheidersche Methode der Spitzenperkussion nicht nachgewiesen werden, sondern nur durch die Auskultation.

Diskussion:

Goldscheider verweist darauf, daß seine Methode gerade die hinten gelegenen Anfänge der Spitzentuberkulose der Perkussion zugänglich macht; das Bronchialgeschwür läßt sich natürlich nicht perkutieren, wohl aber seine nächsten Folgeerscheinungen.

Westenhoeffer verweist noch darauf, daß in einem der Präparate eine unter dem Sternocleido gelegene Drüse, die in vivo nicht zu fühlen war, das Perkussionsergebnis hätte beeinflussen können.

Milchner demonstriert einen Fall von Cochinchinadiarrhö, bei dem sich im Stuhl Anguillulae stercorales finden.

Klemperer zeigt Nierensteine, die ein Patient sechs Stunden nach Einnahme von 200 g Glyzerin entleerte.

Weiter demonstriert er den Magen eines mit Eskalin behandelten Hundes; irgend welche Schädigungen, wie sie von Bickel behauptet, sind nicht zu sehen.

Diskussion:

Bickel führt erneut aus, daß das Eskalin als Ulkusmittel zu verwerfen sei.

Senator warnt vor der Einnahme größerer Mengen Glyzerin, schon bei 50 g hat er Hämaturie gesehen.

Israel demonstriert zwei Uretersteine von ungewöhnlicher Größe, die er durch Operation entfernte. Der erste stammt von einem 31 jährigen Patienten, der seit dem vierten Lebensjahre an Beschwerden litt; der Ureter war dick wie eine Dünndarmschlinge; am unteren Pol ist der primäre Stein zu erkennen, der Rest des Gebildes ist durch Apposition entstanden. Im zweiten Falle bestanden seit sieben Jahren Hämaturie und Koliken, keine Blasenbeschwerden; die pyonephrotische Niere wurde mitsamt dem Ureter entfernt.

Citron: Die kutane Tuberkulinreaktion nach von Pirquet (Papelbildung nach Ritzung der Haut mit 25% Tuberkulinlösung) ist bei Erwachsenen nicht brauchbar. Hier empfiehlt sich die konjunktivale Reaktion nach Wolff-Eisner. C. hat 1% Lösung von Alttuberkulin verwandt; davon einen Tropfen in die Konjunktiva geträufelt, gibt eine charakteristische Reaktion. Von 45 klinisch nicht Tuberkulösen zeigte sie nur einer, bei 31 sicheren Tuberkulosen fand sie sich 25 mal: unter den sechs negativen Fällen waren zwei Kachektische, ein Moribunder. 14 Fälle mit suspekter Tuberkulose (Pleuritis, Bronchitis, Peritonitis, Spondylitis) gaben elfmal positive, dreimal negative Resultate. Die Reaktion ist eine sehr milde, den Patienten kaum belästigende; nach etwa $8^1/_2$ Stunden zeigte sich eine Rötung der Karunkel am inneren Lidrand und eine Rötung der Conjunctiva palpebrarum; bisweilen rötet sich die ganze Konjunktiva (zweiter Grad); selten kommt es zu steriler, eitriger Konjunktivitis (dritter Grad), die aber in wenigen Tagen abheilt. Fieber stellt sich bei Erwachsenen nicht ein. Die großen Vorzüge der Reaktion sind, daß man sie auch bei fieberhaften Vorfällen anstellen kann, daß sie den Patienten nicht inkommodiert, und daß jeder Arzt sie vornehmen kann.

Jacobsohn zeigt ein zweijähriges Kind, das eine Bleiplombe verschluckt hatte; mittels Bronchoskopie ließ sich der Fremdkörper auffinden und entfernen, wonach sofortige Heilung eintrat.

Martens demonstriert eine Filaria sanguinis hominis, die er einem aus Kamerun zurückgekehrten Patienten entfernte. Der $5^1/_2$ cm lange Wurm war zeitweilig unter der Haut kriechend mit wellenförmigen Bewegungen zu sehen; unter Lokalanästhesie wurde er in einem solchen Moment durch Exzision aus dem Augenlid beseitigt.

Tagesordnung:

Orth: Immunisierung von Meerschweinchen gegen Tuberkulose.

Eine Immunisierungsmethode, die bei den für Tuberkulose so empfindlichen Meerschweinchen Erfolge erzielt, würde vielleicht auch für den Menschen etwas erwarten lassen. O. hat seine Versuche mit Meerschweinchen angestellt, die von Friedmann mit dem Schildkrötentuberkelbazillus infiziert waren. Ein so behandeltes Tier, das nach einem Jahre getötet wurde, zeigte eine Tuberkulose des Peritoneums über den Hoden, Bazillen waren nicht nachzuweisen; auch zwei weitere Tiere, die mit Organstückchen von diesem geimpft wurden, wiesen nach der Tötung, trotzdem in vivo keinerlei Krankheitserscheinungen gewesen, tuberkulöse Veränderungen auf. Daraus ergibt sich, daß die Schildkrötentuberkelbazillen wirklich zu den Tuberkelbazillen zu rechnen sind, daß sie für Meerschweinchen wenig virulent sind, aber in deren Organismus nicht völlig abgetötet werden. Mit den von Friedmann vorbehandelten Meerschweinchen wurden nun eine Reihe von Versuchen angestellt und dabei variiert die Menge der virulenten Bazillen, ihre Herkunft, bovine und menschliche, die Art der Infektion. Als Gesamtresultat ergab sich, daß alle Tiere tuberkulös wurden und zwar schon nach kurzer Zeit; ein Teil der Tiere zeigte nicht die gewöhnliche Allgemeininfektion, sondern bekam typische Lungenschwindsucht mit käsig zerfallenen Cavernen. Die Länge der Erkrankung ist nicht die Ursache dieser letzteren Veränderungen; vielmehr dürften diese wohl mit der Vorbehandlung durch den Schildkrötenbazillus zusammenhängen. Des weiteren ergab sich, daß die vorbehandelten Tiere länger lebten, als die nicht vorbehandelten Kontrolltiere, und zwar waren die Differenzen in einzelnen Versuchsreihen nicht unbedeutende. Daß die Vorbehandlung also eine gewisse günstige Einwirkung gehabt hat, läßt sich nicht bestreiten. Ob man dieses Resultat als so ermutigend betrachten soll, daß man mit den Schildkrötenbazillen weiter experimentieren soll, muß dem subjektiven Belieben überlassen bleiben. Die Frage, wodurch das Resultat erreicht wird, ist schwer zu beantworten; die Virulenz und Wachstumsfähigkeit der Bazillen wird durch die Vorbehandlung nicht abgeschwächt; eine bakterizide Einwirkung ist also ausgeschlossen; vielleicht werden toxische Antikörper durch die Vorbehandlung erzeugt.

Diskussion:

Friedmann betont, daß die von Orth benutzten Tiere nur einmal vorbehandelt worden sind; mit einer mehrmaligen Vorbehandlung dürfte sich noch Besseres erzielen lassen. Wenn beim Meerschweinchen, dem für Tuberkulose empfänglichsten Tier Gutes zu erreichen ist, dann kann man sicher Besseres bei minder Empfindlichen erwarten.

Wassermann hält es für zweifelhaft, ob man in solchen Fällen von einer Immunisierung sprechen darf; viel eher dürfte es sich um eine erschwerte Superinfektion handeln.



Periodische Literatur.

Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 29. 1907.

1. Bier, Berlin: **Beeinflussung bösartiger Geschwülste durch Einspritzung von artfremdem Blut.**

Subkutane Injektion von 10 bis 20 ccm unter aseptischen Kautelen aufgefangenem, faserstoffreiem Schweineblut erzeugt beim Menschen regelmäßig nach einigen Stunden an der Injektionsstelle eine Entzündung, die nach ein bis drei Tagen ihren Höhepunkt erreicht und allmählich wieder abklingt; sie ist meist begleitet von einer geringen Fiebersteigerung. Mit der Wiederholung der Einspritzung erhöhen sich in der Regel bei dem für das fremdartige Blut hämolytisch gewordenen Menschen entzündliche und fieberhafte Reaktion und lassen sich mit kleineren Mengen von Blut hervorrufen; insbesondere die Entzündung kann man so durch Wiederholung und Dosierung der eingespritzten Blutmengen von den mildesten bis zu den heftigsten Graden beliebig hervorrufen. Um heftige Temperatursteigerung und sichtbare, schwere Entzündungserscheinungen zu vermeiden, verwendet man der Reihe nach verschiedene artfremde Blutsorten, damit nicht der Körper des Empfängers für eine hämolytische wird, und geringere Mengen von artfremdem Blut; so läßt sich Entzündung erzeugen, ohne die für den Empfänger unangenehmen Begleiterscheinungen. Auf normale Gewebe scheint das artfremde Blut keinen erkennbaren auflösenden Einfluß auszuüben, wohl aber auf das pathologische. Bei der Behandlung inoperabler Karzinome hat Verf. das Schweineblut teils in die Geschwulst selbst, teils in die Umgebung eingespritzt; die Wirkung ist eine verschiedene. Fast ausnahmslos beschränkt es bei geschwürigen Karzinomen sofort ganz auffallend die Absonderung und die Jauchung; die schmerzstillende Wirkung war eine unsichere. Das Wachstum der Karzinome wurde durch die Blutinjektionen zum Teil gar nicht beeinflußt, besonders Nebenkarzinome, andere zerfielen schnell in ihrem Innern nekrotisch, andere bildeten sich so zurück, daß man glauben konnte, sie seien der Heilung nahe, bis ein Wiederwachsen oder die mikroskopische Untersuchung diese Annahme als irrig erwies. Zwei Fälle, die die Einwirkung der Blutinjektionen am deutlichsten zeigen, werden eingehender geschildert; beim einen handelte es sich um ein großes ulzeröses Gesichtskarzinom, beim zweiten um einen großen festen Tumor am Halse; im letzteren Falle trat eine ungeheure Nekrose von Geschwulstmassen ein, im ersteren Erdrückung des Karzinomgewebes durch eine heftige entzündliche Infiltration und Bindegewebsneubildung. Eine einwandfreie Heilung einer bösartigen Geschwulst durch Blutinjektionen hat Verf. bei seinen Versuchen nicht erzielt; immerhin sind die Ergebnisse so bemerkenswert, daß eine Fortsetzung derselben angezeigt erscheint. Von gutartigen Neubildungen hat Verf. bisher drei schwere Fälle von Prostatahypertrophie mit Harnverhaltung durch Einspritzung von artfremdem Blut behandelt mit anscheinend sehr gutem Einfluß auf die Wiederherstellung der Harnentleerung.

2. Franke, Braunschweig: **Diagnose und Behandlung der chronischen Gelenkerkrankung.**

(Nicht abgeschlossen.)

3. Citron, Berlin: **Ueber Komplementbindungsversuche bei infektiösen und postinfektiösen Erkrankungen (Tabes dorsalis etc.), sowie bei Nährstoffen.**

Ausgedehnte Untersuchungen über das Vorkommen von Antistoffen bei einem Material von 80 Fällen betreffend Tabiker und Tabesverdächtige, progressive Paralysen, Patienten mit Lues in der Anamnese, Patienten, die eine luetische Infektion negieren, bei denen aber sonstige Zeichen von Lues vorliegen, Patienten, die eine luetische Infektion negieren und keine Zeichen derselben zeigen, ergaben: 1. Bei der Tabes finden sich in der Regel im Serum Antikörper, während die Lumbalflüssigkeit seltener und dann fast stets weit weniger Antikörper enthält; es kommt jedoch gelegentlich auch das umgekehrte Verhalten vor. 2. Bei der Syphilis finden sich die Antikörper oft noch nach Jahrzehnten, bis zu 45 Jahren und wahrscheinlich noch länger, die ganz alten Fälle hatten einen besonders hohen Antikörpergehalt. 3. Auch hereditär Luetische können Antikörper im Serum haben. 4. Zwischen dem Antikörpergehalt und der spezifischen Quecksilberkur scheinen in dem Sinne Beziehungen vorhanden zu sein, daß je intensiver die Kur war, desto geringer der Antikörpergehalt ist. 5. Ein hoher Antikörpergehalt in der Lumbalflüssigkeit, wie er bei der Paralyse die Regel ist, kommt sonst anscheinend nur selten vor, es ist dieses Zeichen in hohem Grade pathognomonisch für Paralyse (eventuell für syphilitische Erkrankungen des Gehirns oder der Meningen). In praktisch-therapeutischer Hinsicht dürfte in den Fällen, in denen die Serumreaktion auf Luesantikörper positiv ausfällt, ohne daß tabische oder paralytische Symptome vorliegen, der Rat zu erteilen sein, auf das energischste spezifisch zu behandeln, da hier der Organismus selbst das deutliche Zeichen gibt, daß die bisherige Behandlung ungenügend war.

Bei den meisten Infektionskrankheiten sind mit Hilfe der Bordet-Gengouschen Methode Antikörper und vielfach auch Antigen nachgewiesen worden. Nach der Ehrlichschen Theorie der Immunität, sind die bei der Antikörperproduktion sich abspielenden Vorgänge nur analoga zu den bei der Assimilation der Nährstoffe verlaufenden Prozessen. Ist dies richtig, so müssen die gleichen Vorgänge, die bei der Immunisierung mit bakteriellen Stoffen zu beachten sind, sich auch bei parenteraler Einführung von Nährstoffen zeigen. Wie die Präzipitierungsversuche gezeigt haben, ist das bei den Eiweißstoffen der Fall; weiter hat schon Gengou nachgewiesen, daß nicht nur Präzipitine, sondern auch Ambozeptoren gegen gelöste Eiweißsubstanzen gebildet werden, womit sich die Analogie mit den bakteriellen Stoffen als eine vollkommene darstellt. Wassermann und Verf. haben nun in eingehenden Untersuchungen die Frage studiert, ob die Fähigkeit, Ambozeptoren zu bilden, d. h. als Antigen zu wirken, sich auf die nativen Eiweißkörper beschränkt, oder ob auch die Abbauprodukte derselben Antigene sind. Es ergab sich: 1. Das native Eiweiß bindet allein in sehr geringem Maße Komplement, zusammen mit inaktivem Normalserum findet nur eine geringere Steigerung statt, während spezifisches Immunserum eine ungeheuere Vermehrung der bindenden Kraft bewirkt. 2. Die peptischen Albumosen binden Komplement allein ziemlich stark, normales Serum bewirkt wesentliche Verstärkung, Immunserum wirkt in den ersten Stadien des Abbaues wesentlich stärker als Normalserum, verringert sich jedoch in seiner Wirksamkeit entsprechend dem weiteren Fortschritt des peptischen Verdauungsprozesses, bis schließlich jede Differenz zwischen normalem und Immunserum schwindet. 3. Die peptischen Peptone binden Komplement sehr wenig; normales sowohl wie Immunserum steigern die Fähigkeit, Komplement zu binden, nicht. Was die Frage der Tierspezifität anbelangt, so ergab sich, daß die peptische Verdauung diese zunächst nicht vernichtet. Die Frage endlich, ob die mit nativem Eiweiß erzeugten Antikörper identisch mit den Ambozeptoren der Abbauprodukte sind, dürfte wohl zu verneinen sein; es scheint, daß es wirkliche Antialbumosen gibt.

4. Strauß und Leva, Berlin: **Ueber eine neue Form der Motilitätsprüfung des Magens.**

In Verfolg der Bestrebungen, das Fett, das im Magen nicht resorbiert wird, im Zusammenhang mit einem für die Sekretionsdiagnostik verwendbaren Probefrühstück zur Feststellung des motorischen Verhaltens des Magens zu benutzen, haben Verff. ein Verfahren ausgearbeitet, das von drei Punkten ausgeht: 1. Benutzung eines fertig zu beziehenden Probeingestums mit konstantem Fettgehalt (ein in seiner Zusammensetzung dauernd gleichartiger, fetthaltiger Zwieback), 2. Gewinnung des gesamten im Magen verbliebenen Fettes durch Spülung, 3. Benutzung der refraktometrischen Fettbestimmung. Die näheren Einzelheiten der Methode werden eingehend beschrieben. Mit derselben haben Verff. eine Reihe von Mageninhalten untersucht, welche deutliche Differenzen ergaben, je nachdem es sich um Personen handelte mit normaler Motilität, mit gestörter motorischer Funktion oder mit digestiver Hypersekretion. Man kann also auf dem beschriebenen Wege mit einem einzigen Probeingestum und in einer für klinische Zwecke ausreichenden Form gleichzeitig über das Verhalten der Motilität und Sekretion des Magens sich orientieren.

5. Marcus, Pyrmont: **Untersuchungen bei zwei Fällen von Gicht.**

Die beiden Gichtiker zeigten nach Aufnahme von destilliertem



Wasser eine sehr bedeutende Vermehrung der Urinausscheidung, eine Verdoppelung der Diurese nach Pyrmonter Salzbrunnen, dagegen kam nach letzterem die stärkste Ausscheidung von im Urin gelösten Bestandteilen zur Beobachtung. Ein analoges Verhalten zeigte in beiden Fällen die Stickstoffausscheidung im Urin; ihre Zunahme entsprach im ganzen der Zunahme der Diurese bei Gebrauch von destilliertem Wasser, war aber gesteigert bei Gebrauch des Mineralwassers. Diese Steigerung der Stickstoffausscheidung durch den Pyrmonter Salzbrunnen ist wohl nicht an letzter Stelle eine Ursache seiner günstigen Einwirkung auf gichtische Zustände.

6. Caro, Posen: **Heilung eines Falles von vorgeschrittener Bantischer Krankheit durch Milzexstirpation.**

Der betr. Kranke kam in desolatem Zustand mit Aszites, Oedemen in Behandlung. Die Untersuchung des Blutes ergab Hämoglobingehalt 35%, Erythrozyten 1400000, Leukozyten 2600, polynucl. 69%, mononukl. 31%; nach Punktion des Aszites zeigte sich die Milz stark geschwollen, von der Leber war nur ein schmaler Dämpfungsstreifen in der Gegend der siebenten und achten Rippe nachzuweisen. Die Diagnose wurde auf Morbus Banti gestellt, und bei der Aussichtslosigkeit ein operativer Eingriff versucht. Die Milz wurde exstirpiert, das Netz in die Bauchwunde eingenäht; die Leber erwies sich als hochgradig verkleinert, von höckriger Oberfläche. Bald nach der Operation sammelte sich wieder Aszites an, der sich spontan durch die Bauchdeckennaht entleerte. Danach besserte sich das Befinden andauernd, es stellte sich eine wesentliche Gewichtszunahme ein, Aszites trat nicht wieder auf, der Patient konnte ohne subjektive Beschwerden in einem Zustande, der ihn zu leichterer Arbeit wohl befähigte, entlassen werden. Nach fünfviertel Jahren konnte ein gleich gutes Befinden konstatiert werden; die Blutuntersuchung ergab jetzt einen Hämoglobingehalt von 80%, eine Vermehrung der roten Blutkörperchen um das Dreifache, der weißen um das Fünffache. Vor der Operation war die Temperatur zeitweise erhöht, nach derselben ging sie noch weiterhin in die Höhe, um dann allmählich abzufallen und nach einigen Wochen dauernd normal zu bleiben. Da eine andere Ursache für das Fieber nicht nachweisbar war, nimmt Verf. an, daß dasselbe durch den Prozeß der Bantischen Krankheit bedingt war und auf eine toxische oder infektiöse Natur derselben hinweist.

7. Vörner, Leipzig: **Ein Fall von Oedema cutis factitium.**

Bei dem 25jährigen Patienten stellten sich zu manchen Zeiten an solchen Körperstellen, welche einem längeren Druck ausgesetzt waren, Anschwellungen ein, so in der Handfläche nach Arbeit mit einem schweren Hammer, an der Gesäßgegend nach längerem Sitzen auf einer harten Bank, an Ohrmuschel, Stirn, Schläfe nach Anlehnen an eine harte Wand. Die Schwellungen traten einige Tage bis Wochen auf, während dann wieder Perioden begannen, in denen der Patient völlig frei war. Die Farbe der geschwollenen Hautpartien war röter als normal, mit einer Nuance ins Livide, stach deutlich gegen die Umgebung ab; durch Druck ließ sich die Schwellung vollkommen verdrängen. Irgend eine Organerkrankung ließ sich bei dem Patienten nicht feststellen. Diese Art Hautveränderung, daß auf mechanische Einflüsse hin eine oedematöse Durchtränkung der tieferen und höheren Bedeckungsschichten erfolgt, ist in ein gewisses Verhältnis zum zirkumskripten Hautoedem (Quincke) zu setzen; während dieses ein akutes, umschriebenes Oedem der Haut (eventl. Schleimhaut) darstellt, welches spontan entsteht, ist die beobachtete Affektion dadurch gekennzeichnet, daß der gleiche Effekt durch artifizielle Ursachen hervorgerufen wird.

8. Böcker, Berlin: **Ueber paralytische Luxationen der Hüfte, ihre Entstehung und Behandlung.**

(Schluß aus Nr. 28.)

Verf. kommt zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Die spinale Kinderlähmung kann zu einer paralytischen Luxation der Hüfte führen.
2. Für die Entstehung einer paralytischen Luxation ist die antagonistisch-mechanische Theorie Seeligmüllers heute allgemein gültig.
3. Die paralytische Luxation nach vorn oder nach hinten entwickelt sich dann, wenn im Muskelapparat das Gleichgewicht gestört ist, d. h. wenn die eine Muskelgruppe die andere überwiegt. Die mechanischen Momente spielen nur eine untergeordnete Rolle.
4. Die Luxation nach hinten kommt häufiger vor, als bisher beobachtet.
5. Die Luxation nach vorn läßt sich aus der typischen Abduktionskontraktur und dem Fühlen des Schenkelkopfes unter dem horizontalen Schambeinast nicht immer richtig erkennen.
6. Das Röntgenbild ist stets ausschlaggebend und gestattet eine sichere Unterscheidung zwischen einer wirklichen Luxation und Subluxation, eventuell mit Nearthrosenbildung.
7. Wirkliche Luxationen nach vorn, die durch Röntgenbilder gestützt sind, existieren in der Literatur nicht, nur Subluxationen, eventuell mit Nearthrosenbildung.
8. Die prophylaktischen Maßnahmen zur Verhütung der Lähmungskontrakturen resp. des Entstehens einer paralytischen Luxation sind von größter Wichtigkeit.
9. Bei wirklicher Luxation, nach vorn wie nach hinten, ist in frischen Fällen nach vorheriger Tenotomie das Redressement zu versuchen, in älteren Fällen ist die blutige Reposition nach Karewsky vorzunehmen.
10. Bei Subluxationen, eventuell mit Nearthrosenbildung nach vorn, ist bei geringen Kontrakturen eine orthopädische Behandlung oder das Redressement, bei stärkeren Kontrakturen die offene Durchschneidung der kontrakten Muskeln und Gipsverband in extendierter und adduzierter Stellung zu empfehlen.

9. Boethke, Berlin: **Das Krankenhaus der kleinen Städte.** (Schluß aus Nr. 28.)

10. Kron: **E. Mendel. Gedenkblatt.**

Therapie der Gegenwart. Heft I.

1. Kraus, Berlin: **Sollen wir das Fieber behandeln?**

Verf. gibt zunächst eine Uebersicht über die historische Entwicklung der Fieberlehre und kommt nach einer Erörterung der Verhältnisse bei der Infektion und Immunität zu dem Ergebnis, daß sich theoretisch daraus durchaus nicht ableiten läßt, daß das Fieber eine absolut zweckmäßige Einrichtung, eine Reaktion gegen die Giftwirkung der Bakterien, der eine salutäre Bedeutung zukommt, darstellt. Selbst wenn in Zukunft die spezielle Rolle des Fiebers für die Entstehung der Immunität wahrscheinlicher werden sollte, so wäre doch der Wert im Einzelfalle ein verschiedener, es wäre auch dann noch nicht einfach zu wählen zwischen schlechthin schädlicher Lebenserscheinung und vollkommenem zweckmäßigem Kampfmittel. Wenn auch jeder Infekt das Resultat von Infektion und Reaktion des Organismus darstellt, so kann doch nicht geschlossen werden, daß eine Bedingung der Genesung in der Proportionalität von Infektion und Reaktion bestehe. Einen Maßstab für die Reaktion im allgemeinen und für die Einzelvorgänge derselben besitzen wir nicht. Grundsätzlich ist deshalb die Frage: soll das Fieber behandelt werden, nicht zu verneinen. Die Praxis ist auch immer wieder zur Antipyrese zurückgekehrt. Sie hatte in den letzten zwei Dezennien besonders zwei Methoden, die pharmakologische Beeinflussung des Wärmehaushaltes und die kalten Bäder. Als Repräsentanten der vorhandenen Antipyretica werden das Chinin und das Antipyrin in ihrer antipyretischen Wirkungsweise erläutert. Die hydriatische Behandlung der febrilen Infekte bedient sich nicht bloß der wärmeentziehenden, sondern auch der Reizwirkung der hydriatischen Maßnahmen; letztere erstrecken sich auf Hebung der Zirkulation, günstige Beeinflussung der Respiration und des ganzen Nervensystems, vielleicht auch auf den Stoffwechsel, Chemotaxis usw.; die milderen Prozeduren sind zu bevorzugen. Trotz des großen modernen Programms der allgemeinen Therapie der Infektionen — passive Immunisierung, empirisch-spezifische Therapie, nicht spezifische anti-infektiöse Behandlung, die Resistenz des Organismus hebende Agentien — sind die bisher in der Bekämpfung der Infektionskrankheiten erzielten Erfolge nur höchst beschränkte. Eine gemäßigte klinische Antipyrese stellt noch immer die beste Behandlung in zahlreichen febrilen Infekten dar.



2. Schultze, Bonn: Klinische Mitteilungen.

1. **Ueber Pupillenstarre im hysterischen Anfall und bei Syncope.**

Bei einem 16jährigen Mädchen mit zweifellos hysterischen Anfällen fanden sich in einem Anfall die Pupillen stark erweitert und völlig reaktionslos gegen Licht. Bei einem 15jährigen Knaben, der abgesehen von subjektiven Beschwerden und einer mäßigen Herzneurose keine nachweisbaren Veränderungen aufwies, waren in einem Ohnmachtsanfall mit erhaltenem Bewußtsein die Pupillen maximal erweitert und zogen sich auf Lichteinfall nicht zusammen. Gegenüber der Möglichkeit, derartige Zustände mit Epilepsie zu verwechseln, sind diese Beobachtungen von Wichtigkeit.

2. **Zur Diagnose der Leukämie.**

Die superlativische Bezeichnung „Leukämie" ist Schuld daran, daß oft die Diagnose der Erkrankung selbst noch in vorgeschritteneren Stadien in praxi verhindert wird. Leukämische haben keineswegs besonders blasse Wangen oder blasse Lippen, im ersten und mittleren Stadium der Erkrankung selbst bei recht bedeutendem Milztumor, ist eine Farbe wie bei Anämischen oder gar wie bei Chlorotischen selten. Meist haben Leukämiker einen eigentümlichen, etwas kupferfarbenen, rotgrauen Farbenton des Gesichts.

3. Minkowski, Greifswald: **Zur Behandlung der Wassersucht durch Regelung der Wasser- und Salzzufuhr.**

Wo im Organismus hydropische Flüssigkeitsansammlungen zustande kommen, handelt es sich nicht nur um eine Retention von Wasser, sondern um eine solche von Salzlösungen, deren Konzentration innerhalb enger Grenzen schwankt. Die Gleichmäßigkeit der Konzentration setzt voraus, daß überall da, wo Wasser im Körper zurückgehalten wird, auch Salze retiniert werden, und umgekehrt bei gestörter Ausscheidung von Salzen auch Wasser zurückgehalten wird. Von den Salzen kommt namentlich das Kochsalz in Frage. Die Kochsalzretention kann also sowohl Folge wie Ursache der Wasserretention sein. Die Erhaltung der normalen Konzentration des Blutes und der Gewebssäfte wird dadurch ermöglicht, daß in der Norm die Niere die Fähigkeit besitzt, auf den Reiz, den die stärkere Anhäufung bestimmter Substanzen ausübt, entsprechend zu reagieren und die im Ueberschuß vorhandene Substanz in stärkerem Maße auszuscheiden. Die Ausscheidung der verschiedenen Substanzen des Wassers, der Salze und der Schlacken des Stickstoffwechsels werden wohl durch verschiedene, in der Hauptsache voneinander unabhängige Funktionen geregelt. Unter pathologischen Verhältnissen kann jede der hierbei in Betracht kommenden Funktionen in verschieden hohem Grade gestört sein. Wo die mechanischen Verhältnisse der venösen Stauung in erster Linie für das Zustandekommen der Wassersucht verantwortlich zu machen sind, bei dem rein cardialen Hydrops, wird die Ausscheidung des Wassers durch die Nieren verringert; mit dem Wasser werden auch Salze retiniert; aber die Salzretention ist die Folge der Wasserretention. Beschränkt man in solchem Falle die Wasserzufuhr, so müßte zunächst die molekulare Konzentration des Blutes ansteigen; dagegen schützt sich der Organismus, indem er mehr Salze im Harne ausscheidet und Wasser aus den Geweben aufnimmt; mit dem Salze kann eine größere Menge Wasser im Harn ausgeschieden werden, als mit der Nahrung aufgenommen wurde, so daß die Wassereinschränkung direkt zu einer Verminderung des Hydrops führen kann. Weniger wirksam ist in solchem Falle die Verminderung der Kochsalzzufuhr; es wird dann zunächst nur entsprechend weniger Salz im Harne ausgeschieden, eine erhöhte Salzzufuhr könnte eher zu einer Steigerung der Flüssigkeitsausfuhr führen, indem alsdann die diuretische Wirkung der Salze zur Geltung kommt und mit der gesteigerten Salzausfuhr dem Organismus Wasser entzogen wird.

Anders liegen die Verhältnisse da, wo eine Insuffizienz der Nierentätigkeit die primäre Ursache eines allgemeinen Hydrops wird. Bei der Niereninsuffizienz leidet die Fähigkeit, die gelösten Substanzen auszuscheiden, in stärkerem Maße, als die Fähigkeit der Wasserausscheidung. Den abnorm dünnen, salzarmen Urin findet man bei der typischen Schrumpfniere, bei der eine ausreichende Salzausscheidung nur ermöglicht wird durch Absonderung großer Wassermengen, weshalb hier die Wasserretention und damit auch der Hydrops fehlt. Auch da, wo die Wasserausscheidung in den Nieren zunächst gehemmt ist, bei den zum Hydrops neigenden akuten und chronischen parenchymatosen Nephritiden, leidet die Salzausscheidung in noch höherem Grade als die Wasserausscheidung; erstere geht auch zeitlich voran und kann daher als Ursache der letzteren angesehen werden. Eine Einschränkung der Wasserzufuhr würde hier nur noch ein weiteres Sinken der Harnmenge und eine stärkere Retention von Salzen zur Folge haben. Schränkt man die Salzzufuhr ein, so kann sich der Organismus allmählich des Salzüberschusses entledigen, eine wesentliche Ursache für die Wasserretention wird beseitigt, ein Schwinden der Oedeme kann erfolgen.

Kompliziert werden nun die Dinge durch verschiedene Momente. Sehr häufig kombinieren sich die Erkrankungen des Zirkulationsapparates mit Affektionen der Niere, so daß eine scharfe Trennung der Fälle von kardialem und renalem Hydrops nicht immer durchführbar ist. Dann kommen neben der venosen Stauung und der ungenügenden Nierenfunktion für die Entstehung des Hydrops noch wesentlich in Betracht besondere Zustände der Kapillarendothelien und Veränderungen an den Gewebselementen des ganzen Körpers. Immerhin kann in der Hauptsache der Satz in Geltung bleiben, daß in der richtig angewandten Regelung der Wasser- und Salzzufuhr ein nicht zu unterschätzendes Hilfsmittel für die Behandlung der Wassersucht gewonnen ist.

Für die Praxis ergibt sich folgendes Verhalten. Bei kardialem Hydrops muß jede übermäßige Flüssigkeitszufuhr eingestellt werden, die Gesamtflüssigkeitsmenge der Nahrung soll auf das normale Quantum von annähernd $1^1/_2$ Litern reduziert werden; darüber hinaus kann man mit weiterer Einschränkung langsam vorgehen, nach Bedarf bis auf 1200, 1000 ccm täglich; unter 800 ccm zu gehen, ist nicht ratsam; genaue Kontrolle des Körpers ist dabei nötig; bei Auftreten von Unbehagen, Uebelbefinden, Kopfschmerzen, Widerwillen gegen Nahrung, ist die Flüssigkeitsbeschränkung nicht fortzusetzen. Eine Einschränkung der Kochsalzzufuhr ist nur in mäßigem Grade erforderlich. Beim echten reinen Hydrops, bei akuter und chronisch-parenchymatöser Nephritis ist in erster Linie die Einschränkung der Salzzufuhr zu versuchen, womit in manchen Fällen ein glänzendes Resultat zu erzielen ist, indem ohne jede weitere Maßnahme in kurzer Zeit Oedeme und Transsudate schwinden. Eine hinreichende Wasserzufuhr ist in diesen Fällen zur besseren Ausschwemmung der Stoffwechselschlacken notwendig; oft ist das Wasser bei solchen Nierenkranken das einzige wirksame Diureticum; da, wo Urämie droht, wird man, ungeachtet des Hydrops, soviel Wasser als irgend möglich per os, per klysma und eventl. subkutan zuführen. Uebertreibung in der Flüssigkeitszufuhr, wie sie namentlich bei Verordnung reiner Milchdiät, wobei zur ausreichenden Ernährung drei Liter und mehr zugeführt werden, ist durchaus zu verurteilen. Die reine Milchdiät bildet keine zweckmäßige Nahrungsform für Nephritiker; mit mäßigen Mengen Milch (1 bis $1^1/_2$ Liter) kann man einen Nephritiker, wenn strenge Diät indiziert ist, viel rationeller ernähren, wenn man reichlich Kohlehydrate und Fette, die der Niere nicht schaden, hinzufügt. Völlig unberechtigt ist die reine Milchdiät in den Fällen von Schrumpfniere. Die Flüssigkeit ist hier nicht zu sehr einzuschränken, selbst dann nicht, wenn im weiteren Verlauf die Oedeme hinzutreten, die sich erst einzustellen pflegen, wenn die durch Herzhypertrophie gegebene Kompensation nachläßt. Für die Behandlung des Hydrops treten dann die eigentlichen Herzmittel, vor allem die Digitalispräparate in ihre Rechte. Die durch Digitalis erzeugte diuretische Wirkung besteht nicht nur in einer Steigerung der Wasserzufuhr, sondern auch in einer erhöhten Ausscheidung von Salzen. Dasselbe gilt für die andere Gruppe der Diuretica, die die Nierenfunktion zu steigern vermögen (Coffein, Diuretin, Agurin, Theocin); diese Mittel können die Salzausfuhr aus dem Organismus bedeutend erhöhen, ihre Anwendung bei Nierenkrankheiten ist durchaus am Platze, umsomehr, als sie auch bei längerem Gebrauch die Nieren nicht schädigen.

4. Klemperer, Berlin: **Wann soll bei diabetischer Gangrän operiert werden?**

Die in der Literatur niedergelegten Erfahrungen geben auf diese Frage keine bestimmte Antwort. Verf. glaubt, daß man in Bezug auf die chirurgische Indikationsstellung bei diabetischer Gangrän am weitesten kommt, wenn man weniger den lokalen

Befund, als vielmehr die Natur der diabetischen Allgemeinerkrankung in Betracht zieht. Bei Diabetikern ohne Azidosis führt die strenge Entziehung der Kohlehydrate durch Entzuckerung des Blutes fast immer zum Stillstand der Gangrän. In jedem Fall diabetischer Gangrän soll man zuerst den Urin auf Azetessigsäure untersuchen und bei negativem Befund strengste Kohlehydratentziehung einleiten; bleibt dabei die Eisenchloridreaktion aus, so wird der Patient zuckerfrei und dann kann man ruhig die Demarkation abwarten. In acht Fällen konnte K. so die spontane Absetzung von Zehengliedern und völlige Heilung ohne chirurgischen Eingriff beobachten. Eine Beschleunigung der Heilungsprozesse ist durch die Biersche Stauung zu erzielen. Nur wenn bei fehlender Azidosis hochgradige Albuminurie vorhanden ist oder Zeichen von Granularatrophie, ist die Widerstandsfähigkeit der Gewebe gegen bakterielle Invasion so herabgesetzt, daß schnelles Fortschreiten des Brandes eintreten kann; hier ist deshalb möglichst bald die hohe Amputation vorzunehmen.

Bei Diabetikern mit Azidosis, die schon bei gewöhnlicher Lebensweise positive Eisenchloridreaktionen zeigen, oder wo die Azidosis erst bei der Entziehung der Kohlehydrate zum Ausbruch kommt, ist es nicht möglich, das Blut zuckerfrei zu machen; hier würde man vergeblich auf Demarkation der Gangrän warten; der Brand schreitet unaufhaltsam fort; die einzige Rettung des Patienten beruht auf schneller Absetzung der Extremität möglichst weit von den Bakterienherden entfernt. Trotz aller Gefahren muß hier operiert werden, will man den Patienten nicht sicher verloren geben. K. sah fünf Patienten mit diabetischer Gangrän bei Azidosis, wovon zwei durch Operation gerettet wurden, drei trotz derselben erlagen. Die Operation muß so früh wie möglich gemacht werden, was nicht immer leicht ist, da dem Patienten die Erlaubnis zu einem so schweren Eingriff im Beginn, wo die Gefahr von ihm noch nicht in ihrer vollen Bedeutung gewürdigt wird, meist nur schwer abzuringen ist.

5. Géronne, Berlin: **Beitrag zur Frage des syphilitischen Leberfiebers.**

Die betr. Patientin abortierte einige Monate nach der Verheiratung, dann stellte sich ein Ikterus ein und nach einiger Zeit in unregelmäßigen Zwischenräumen Fieberanfälle mit Frösten, wobei aber wesentliche Beschwerden fehlten; während der Menses war das Fieber meist am intensivsten. Bei der Aufnahme bestand starker Ikterus, das Fettpolster war trotz der langen Dauer der Erkrankung gut erhalten, Milz und Leber ließen sich als vergrößert nachweisen. Die Patientin war schon in verschiedenster Weise ohne Erfolg behandelt. Obgleich die Anamnese einen Hinweis auf die syphilitische Natur der Erkrankung vermissen ließ, wurde doch von vornherein, da jede andere Leberaffektion auszuschließen war, mit einer Schmierkur begonnen und außerdem nach einigen Tagen mit der Darreichung von Sajodin. In $2^1/_2$ Wochen wurde bei dieser Behandlung Fieberfreiheit, Schwinden des Ikterus, Verkleinerung der Milz erzielt, und nach einer weiteren Schmierkur ist die Patientin dauernd geheilt geblieben. Nachträglich ließ sich auch eine weitere Klärung bezüglich der Aetiologie erzielen, indem schließlich der Ehemann gestand, drei Jahre vor der Verheiratung einen harten Schanker und Sekundärerscheinungen gehabt zu haben, deren Heilung er mit einer Schmierkur erzielt glaubte. Die syphilitische Natur der Leberaffektion bei der Frau dürfte so als sicher zu betrachten sein.

6. Krüger, Magdeburg: **Klinische Untersuchungen über Diureticum „Theolactin".**

Theolactin ist ein Doppelsalz von Theobromin-Natrium und Natrium lacticum. Es hat eine die Diurese anregende Wirkung, die hauptsächlich auf seinem Gehalt an Theobromin beruht. Ein absolut sicher wirkendes Diureticum ist es nicht; in einigen Fällen versagt es; doch blieben hier meist auch andere Diuretica wirkungslos; einige Male entfaltete es eine noch stärkere Wirkung als Diuretin. Die Bekömmlichkeit ist eine zweifelhafte; auch bei Personen mit ungeschwächtem Magen kann sich Erbrechen und Appetitlosigkeit einstellen. Eine häufige Ursache des Erbrechens dürfte in dem schlechten Geschmack des Theobromins zu suchen sein. Durch Einverleibung des Mittels per rectum, wobei die Wirksamkeit ungeschwächt bleibt, läßt sich die Nebenwirkung auf den Magen vermeiden. Auf andere Organe entfaltet das Theolactin keine schädlichen Nebenwirkungen, insbesondere nicht auf das Herz: selbst Kranke mit schwer geschädigtem Herzen konnten das Mittel nehmen, ohne daß ein nachteiliger Einfluß auf die Herztätigkeit zu bemerken gewesen wäre. Eine nachhaltige Wirkung nach Aussetzen des Mittels konnte Verf. nicht beobachten.

Vermischtes.

Berlin. Der gegenwärtige Zyklus von Fortbildungsvorträgen, welche das Zentralkomitee veranstaltet, soll, wie bereits mitgeteilt, ein Bild der zeitgenössischen Chirurgie entrollen und ist dem Andenken an Ernst von Bergmann gewidmet. Er wurde am 22. d. Mon. durch eine kurze Trauerfeier eingeleitet, zu welcher auch Frau von Bergmann, deren Sohn und Schwiegertochter erschienen waren. Herr Prof. Dr. Kutner hielt eine Ansprache, in welcher er von Bergmann in seiner Bedeutung für die Chirurgie, in seiner menschlichen Größe, ganz besonders aber in seinen Verdiensten um das ärztliche Fortbildungswesen warmherzig und beredt schilderte. Es folgte dann der erste Vortrag Hildebrand's „Ueber die Grundsätze der chirurgischen Behandlung", ein überaus geistvoller, fein überdachter und formvollendeter Versuch, neben den gewaltigen Errungenschaften der chirurgischen Technik auch die ethische Seite des chirurgischen Handelns in großen Zügen zu beleuchten.

Berlin. Herr Prof. Dr. C. Benda, bisher Prosektor am Urban-Krankenhause, übernimmt vom 1. Januar nächsten Jahres an die Prosektur am Krankenhause Moabit, welche durch die Berufung Prof. Westenhoefers nach Chile frei wird.

Berlin. Der Neubau von Prof. Hirchbergs Privat-Augenheilanstalt ist schon soweit vorgeschritten, daß die Eröffnung im Mai 1908 wird erfolgen können.

Berlin. Nach einer uns zugegangenen Mitteilung des Fünfzehner-Ausschusses der Groß-Berliner Aerzteschaft hat Herr Geheimrat Bier in entgegenkommendster Weise für den 1. Nov. versuchsweise die Wiedereinführung des Reglements zugesagt, wie es seinerzeit durch Herrn Geh.-Rat von Bergmann auf Anregung des Fünfzehner-Ausschusses eingeführt war. Es werden daher in Zukunft Fälle, die für die Zwecke der chirurgischen Universitätspoliklinik nicht geeignet sind, insbesondere solche, die für Unterricht und Forschungszwecke nicht in Betracht kommen, nach der erstmaligen Beratung von der weiteren Behandlung ausgeschlossen werden. „Die Aerzte von Groß-Berlin werden hiermit auf das dringendste ersucht, Patienten, die von der Weiterbehandlung aus der chirurgischen Universitätspoliklinik zurückgewiesen werden, möglichst nicht wiederum an diese zurückzusenden. Alle Aerzte, denen daran gelegen ist, einerseits den Universitätsunterricht zu schützen, andererseits die Mißstände zu bekämpfen, die sich aus den staatlichen Polikliniken ergeben haben, werden gebeten, vorstehendes zu beherzigen."

Frankfurt a. M. Geh. Med.-Rat Dr. Grandhomme in Frankfurt a. M., besonders bekannt durch seine Tätigkeit als Vertrauensarzt der Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning, ist am 4. d. M. verstorben.

Frankfurt a. M. Die Senckenbergische naturforschende Gesellschaft in Frankfurt a. M. hat anläßlich der Einweihung ihres naturhistorischen Museums eine größere Anzahl von korrespondierenden Mitgliedern ernannt, darunter Geh. Rat Prof. O. Hertwig-Berlin und Geh. Rat Prof. R. Hertwig-München.

Breslau. Der 29. Balneologen-Kongreß wird im März 1908 hierselbst tagen. Anmeldungen von Vorträgen und Anträgen nimmt entgegen der Generalsekretär der Balneologischen Gesellschaft, Geh. Sanitätsrat Dr. Brock, Berlin NW., Thomasiusstr. 24.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Medicinische Woche

Herausgegeben von

R. Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80. Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion: Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81. Dr. P. Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 11. November 1907. Nr. 45.

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage Therapeutische Rundschau und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Ueber die Behandlung des Diabetes mellitus.

Von Dr. **E. Wetschtomow**, Nischni-Nowgorod.

Die Therapie des Diabetes, die, sofern die Grundursachen der Krankheit, d. h. der abnorme Stoffwechsel, der zu einer ungenügenden Assimilierung der Zuckersubstanzen seitens des Organismus des Diabetikers führt*), in Betracht kommen, machtlos ist, ist hauptsächlich eine symptomatische und gegen die Hyperglykämie und die Glykosurie gerichtet. Uebrigens werden mit der Verringerung oder Beseitigung dieser letzteren Erscheinungen auch die übrigen Erscheinungen des Diabetes beseitigt und zugleich der Allgemeinzustand des Patienten gebessert.

A. Diätetische Behandlung des Diabetes.

Das Wesen der diätetischen Behandlung des Diabetes liegt darin, daß der Patient den Genuß von Mehl- und Zuckerspeisen vermeide und hauptsächlich auf Kosten von Eiweiß und Fett lebe.

I. Absolute Eiweißdiät bei Verordnung von 500,0 — 1000,0 täglich. Bei dieser Diät verschwindet in leichten Fällen der Zucker aus dem Harn vollständig, während seine Quantität in schweren Fällen sich bedeutend verringert. Für die Oekonomie des Organismus ist aber diese Diät ungenügend, da die ausschließliche Fettnahrung mit einem hochgradigen Fleisch- und Fettverlust einhergeht und den mit der Wärmebildung verknüpften Verlust nicht deckt. Infolgedessen wird absolute Eiweißdiät nur in schweren Fällen von kurzer Zeit, wenn Azetonurie nicht vorhanden ist, verordnet; man muß infolgedessen neben dieser Diät Milch (namentlich bei diabetischem Coma, bei Nephritis und Leberkrankheiten), sowie Brot und Gemüse mit Butter verordnen. Wenn bei diesem Zusatz die Zuckerquantität steigt, so wird wiederum reine Eiweißdiät festgesetzt.

1. Animalisches Eiweiß.
2. Pflanzliches Eiweiß mit Verordnung von vegetarischer Diät mit Ausschluß von derselben von Mehl, Brot und Zucker (Kolisch**).

II. Eiweißfettdiät, durch welche der mit der Wärmebildung verknüpfte Konsum besser gedeckt wird. Jedoch wird bei dieser Diät die Verdauung dadurch gestört, daß große Quantitäten Fett mit Gemüse und Brot verabreicht werden. Bouchardat empfiehlt beispielsweise eine Diät, welche aus 500,0 Fleisch, 150,0 — 200,0 Fett, ca. 1 Liter Wein zum Ersatz der Kohlehydrate, Gemüse und Glutenbrot besteht. In leichten Fällen von Diabetes kann der Patient nach zwei bis drei Monaten, in schweren nach sechs Monaten zur normalen Diät zurückkehren. Sobald der Zucker aus dem Harn verschwunden ist, werden Mandeln, Nüsse etc. verabreicht. In den schwersten Fällen wird Fleisch-Fettdiät nach vorangehendem ein- bis eineinhalbtägigem vollständigen Fasten verordnet. Naunyn unterscheidet drei Arten von Fleisch-Fettdiät: a) strengste Fleischdiät, bei der zur Zubereitung des Fleisches Oliven- oder geschmolzene Butter verwendet wird, b) strenge Diät, bei der das Fleisch in der üblichen Weise zubereitet wird, und c) leichte Diät, bei der ein Teil des Fleisches durch Eier und Gemüse ersetzt, sowie Brot in geringer Quantität gestattet wird.

III. Gemischte Diät, bei der gleichzeitig mit den Eiweiß- und Fettsubstanzen Kohlehydrate gegeben werden. Diese Diät ist besonders bei toxogenem Verfall der Eiweißsubstanzen im Organismus und bei bedeutendem Zuckergehalt im Blute (Hyperglykämie) erforderlich.

1. Verabreichung von Kohlehydraten, die vom Organismus des Diabetikers vollständig utilisiert werden können.
   a) Inulin, das in frischen Bohnen, japanischen Kartoffeln und Topinambur enthalten ist.
   b) Lävulose, 50,0 täglich.
   c) Pentaglykose.
2. Darreichung von anderen Kohlehydraten: Milch, Brot und Gemüse, welches mit fetten Saucen zubereitet wird. Diese Diät wird in schweren Fällen von Diabetes mit Azeton im Harn und auch in denjenigen leichten Fällen von Diabetes verordnet, in denen die Entziehung der Kohlehydrate eine Verringerung des Zuckers im Harn nicht herbeiführt: Die Kohlehydrate kann man in solchen Fällen in einer Quantität geben, die der Patient vertragen kann. Hierher gehört auch die Ernährung der Diabetiker nach v. Noorden unter Verordnung von 250,0 Hafermehl, 300,0 Butter und 100,0 Roborat täglich*).

Als für Diabetiker unbedingt erlaubte Substanzen gelten auf Grund der Untersuchungen von Bouchardat, Pavy, Seegen, Cantani, Pickmeyer, Ebstein, Naunyn, Mehring u. a.: Jegliches Fleisch von geschlachtetem Vieh, namentlich fettes, mit Ausnahme der Leber; Schinken, Wurst, Zunge, Speck, Knochenmark, Kalbsnierenfett, Geflügel, Wild, Fische, Krebse, Hummern, Austern, Käse, Eier, Bouillon, die mit einer Beimischung von Kohlehydraten nur mit Gemüse und Eigelb zubereitet ist, Gelatine (in Dosen von 15,0 in wässriger

*) In schweren Fällen gesellt sich wahrscheinlich noch Kohlehydrate-Degeneration der Gewebe des Organismus hinzu (Paschutin).

**) Der Nutzen der vegetarischen Diät wird darauf zurückgeführt, daß das pflanzliche Eiweiß bald langsamer verdaut wird, als das animalische einen so starken Reiz auf den Stoffwechsel der Zellen des erkrankten Organismus nicht ausübt und eine gesteigerte Zuckerbildung nicht verursacht.

*) Der Nutzen dieser Behandlung nach v. Noorden wird darauf zurückgeführt, daß die Kohlehydrate, die im Darm der Gärung verfallen, in Form von solchen Gärungsprodukten absorbiert werden, die in Zucker sich nicht mehr verwandeln können. Gleichzeitig muß sich bei der v. Noordenschen Diät auch die Azidose des Blutes verringern.



Lösung); aus Kleie gebackenes Brot (Prout), Mandeln (Pavy), Pflanzenleimstoff (Bouchardat), Inulin (Kulz), Aleuronat (Hundhausen), Lichenin, Gluten und Kongluten, süße Substanzen: Kristallose, Zuccerin, Dulcin, Saccharin (Saccharini, natrii bicarbonica ana 3,0 manniti 5,0. M. f. trochisci Nr. 100); Getränke: Soda- und Mineralwässer (Bilin, Selters u. a.), nicht versüßte Mandelmilch, nicht versüßte Limonade, Limonade aus Milchsäure, Cheres, Rotwein, zur Stillung des gewöhnlich starken Durstes Kauen von Kaffeebohnen, Saugen von Eisstückchen usw.

Zu den Substanzen, welche bedingt ungefähr in denjenigen Fällen gestattet sind, in denen der Zuckergehalt bei Fleischdiät bis 1% sinkt, gelten:

Butter, Rahm, grünes Gemüse, Senf, Kresse, Schrotbrot bis 40,0—100,0 täglich, Spinat, Radieschen, Sellerie, Salat, Gurken, Spargel, Sauerampher, Artischocken, Pilze; Milch, Kefir, Kumys, Milchzucker, Alkohol und Zuckerrahm, Wein, bitteres Bier.

Zu den Substanzen, welche mit großer Vorsicht ungefähr in denjenigen Fällen gegeben werden, in denen ausschließliche Fleischdiät den Zuckergehalt im Harn auf Null oder wenigstens $\frac{1}{2}$% herabsetzt, gehören:

Blumenkohl, Sauerkohl, Rettich, Schoten, Bohnen, süße Beeren, Apfelsinen, Mandeln, süße, Rohrzucker, Maltose, Eier mit Rahm, Blanmange ohne Zucker.

Verboten sind: Zucker, Sirup, Honig, Brot im Ueberschuß, Makronen, Pastinake, Rettich, Zwiebeln, Erbsen, Bohnen, Kastanien, Spritznudeln, Mais, Sago, Hafergrütze, Gerstenmehl, Kartoffeln*), Mohrrüben, süße Früchte, süße Weine, Champagner, Liköre, dunkle und starke Biersorten und Schokolade.

B. Hygienische Behandlungsmethoden des Diabetes.

I. Gesteigerte Muskeltätigkeit bei Fehlen von allgemeiner und Herzschwäche (Bouchardat, Trousseau, Kulz, Zimmer, Mehring): Spaziergänge, Marschieren, Bergsteigen, Turnen, Reiten, Jagen, Gartenarbeiten. Dies alles ist dann besonders wirksam, wenn es innerhalb der ersten zwei Stunden nach dem Genuß der Kohlehydrate stattfindet**).

*) Mosse empfiehlt dagegen Kartoffeln wegen ihres größeren Gehaltes an Kaliumsalzen, welche die Axydationsprozesse steigern.

**) Gesteigerte Muskeltätigkeit behindert eine Ueberfüllung des Blutes mit Zucker, stärkt den Organismus und steigert den Stoffwechsel dermaßen, daß die verlorene Fähigkeit, Zucker zu assimilieren, wieder hergestellt wird (Mehring).

II. Allgemeine Massage des Körpers mit schwachem Herzen.
III. Ruhe für erschöpfte und abgemagerte Diabetiker.
IV. Steigerung der Hautfunktion.
1. Trockene Abreibungen mit einem zottigen Handtuch oder Flanelltuch.
2. Kalte Abreibungen des Körpers mit dem Schwamm und nachfolgende Abreibung mit Alkohol oder Kölnischem Wasser.
3. Warme Wannenbäder zwei- bis dreimal täglich.
4. Warme Abreibungen.

V. Andere hygienische Maßnahmen.
1. Beseitigung psychischer Erregungen und seelischer Erschütterungen.
2. Seeaufenthalt.
3. Bergaufenthalt.

VI. Kräftigung des Organismus durch Elektrizität.
1. Galvanisation des Halsteiles des N. sympathicus.
2. Elektrizität in Form von Strömen höherer Spannung.

C. Medikamentöse Behandlung des Diabetes.

Allgemeine Bemerkungen hinsichtlich der pharmazeutischen Diabetesbehandlung. Es sind zu viele verschiedene Mittel gegen Diabetes empfohlen worden, jedoch basierte diese Empfehlung weniger auf dem wirklichen Einfluß des Mittels auf die Krankheit, als auf irgend einer zufälligen Erscheinung, beispielsweise auf einer einfachen Verringerung des Appetits durch die Einnahme eines gewissen Mittels. Auch Mehring bestätigt, daß alles, was den Appetit verschlechtert, auch die Glykosurie herabzusetzen vermag. Infolgedessen ist es am besten, nicht bei einem der unten bezeichneten Mittel zu bleiben, sondern dieselben hintereinander abwechselnd kurze Zeit hindurch anzuwenden.

I. Remedia narcotica (wirkt wahrscheinlich durch Verlangsamung des Stoffwechsels und der erhöhten Tätigkeit des Nervensystems).

1. Opium, welches Diabetiker in sehr großen Dosen bis 0,3—0,5 dreimal täglich vertragen, wird sieben bis 14 Tage lang gegeben*).

*) Indem das Opium das Durstgefühl herabsetzt und die Harnquantität verringert, führt es auch eine Verringerung des Prozentgehalts des Zuckers im Harn herbei, wobei die Quantität des Zuckers, der sich aus Albuminaten bildet, sich in größerem Maße verringert, als die Quantität des mit

Feuilleton.

Die Rindertuberkulose und der Talmud.

Haben die biblischen und die talmudischen Juden die Rindertuberkulose gekannt und bekämpft?

Von **P. Garrault.** (Revue scientifique, 1902, 3 bis 4.)

(Fortsetzung.)

Derartige Begriffe — und niemand von denen, welche über die Bedeutung der Riten, der Gebote und Verbote aller primitiven Religionen, von welchen die jüdische Religion durch keinen wesentlichen Zug sich unterscheidet, auf dem Laufenden sich erhalten, wird auch nur einen Moment daran zweifeln können — derartige Begriffe, wie wir sie soeben haben Revue passieren lassen, kommen bei Völkern vor, deren Kultur und geistige Entwicklung mit denen des jüdischen Volkes sich nicht vergleichen lassen, welche bei der Einrichtung ritueller Formalitäten betreffend der Fleischuntersuchung vor dem letzten den Vorrang haben.

Der Hauptgrund, welcher bei den Juden die Mitwirkung eines Opferpriesters, die rituelle Untersuchung des geschlachteten Fleisches erforderte, war die Notwendigkeit, sicher zu gehen, daß keine Spur von Blut mehr im Tierkörper vorhanden ist. Das ergibt sich mit einer absoluten Bestimmtheit aus der oberflächlichen Prüfung der Bibelstellen, welche sichtlich die jüdischen Maßnahmen wiedergeben. Durchaus klar bekunden uns Bibelstellen in großer Zahl, daß das Blut die Seele ist, und daß die Seele, das Pneuma der Griechen, aufbewahrt bleiben muß für die Ernährung Jehovahs*). Die Seele darf unter keinen Umständen im Körper des Tieres eingeschlossen bleiben und der, welcher davon essen würde, würde ganz einfach mit dem Tode gestraft werden. Das Blut ist tabou, d. h. geheiligt oder unrein (denn was zu heilig ist, wird unrein und verpönt, und wir sind durch zahlreiche eingehend geprüfte Beispiele überzeugt, das zu Reine und das Unreine sind nur zwei Seiten eines und desselben Begriffes), weil die Seele im Blute enthalten ist, wie es sehr gut der Strahl beweist, welcher aus den geöffneten Gefäßen hervorspritzt. Mit der Seele, einem mysteriösen Ausfluß der Gottheit, in Berührung zu kommen, würde gefährlich sein. Andererseits ist Jehovah in den alten Texten durchaus keine milde Gottheit. Weit entfernt davon, dieser wilde Melek wird immer von Blut aufgeregt, er wittert beständig, wie die Wölfe unserer Märchen, das dampfende Fett und das Blut der Opfer, welche das Pneuma, das Leben enthalten, von denen er sich nährt, ebenso wie die wildesten Fetische der Neger, und welches ihm durchaus reserviert wird in den Versammlungen, welche seine Getreuen durch die Opfer, die Hostien mit ihm abhalten, wo sie sich beschränken müssen, allein das Fleisch zu verzehren. Jehovah ist nicht zufrieden mit Tieropfern, er braucht auch dampfendes Fleisch von erstgeborenen Kindern; und diese Tatsache, noch vor einigen Jahren von allen Juden-Christen mit Heftigkeit ge-

*) Die wichtigsten Bibelstellen in dieser Hinsicht sind: Genesis IX, 4—6; Exodus XXII, 30—31; Leviticum III, 8—17; VII, 26—27; XVII, 10—13; Deuteronomium XV, 16, 23—24; Hesekiel IV, 14.



a) Opii puri 0,01—0,02—0,3
Sacchari 0,3
M. f. p. D. t. d. Nr. 10. S. Je 1 Pulver dreimal täglich.
b) Opii puri 0,03
Natrii bicarbonici 0,5.
M. f. p. D. t. d. Nr. 10. S. Je 1 Pulver dreimal täglich.
2. Alkaloide des Opiums.
a) Codeini 0,6—1,0
Extr. Gentianae q. s.
Ut. f. pil. Nr. 30. DS. Je 1 Pille drei- bis sechsmal täglich.
b) Codeini phosphorici 1,0
Pulv. Gentianae 1,0
Extr. Gentianae q. s.
Ut. f. pil. Nr. 30. DS. Je 1 bis 2 Pillen dreimal täglich.
c) Morphii muriatici je 0,005—0,01 einige Male täglich.
d) Narceinum.
e) Narcotinum.
3. Belladonna-Präparate.
a) Extr. Belladonnae
Extr. Opii ana 0,03
Sacchari 0,3
M. f. p. D. t. d. Nr. 10. Je 1 Pulver dreimal täglich.
4. Chloralhydrat.
5. Chloroformium.
a) Chloroformii 10,0
G. arabici 3,0
Aqu. destillat. 140,0.
MDS. Alle 2 Stunden 1 Eßlöffel voll. (Berndt).
6. Somnal 2,0—3,0 in einer großen Quantität Wein oder Sirup.
7. Sulfonal.
8. Cocainum muriaticum.
9. Cannabis indica.

II. Remedia nervina, seu sedativa.
1. Valerianapräparate.

der Nahrung zugeführten Zuckers. Zu gleicher Zeit erleichtert das Opium, indem es den Appetit herabsetzt, die Durchführung einer streng antidiabetischen Diät.

2. Kalium bromatum je 0,5—1,0 pro dosis.
3. Camphorae tritae 5,0.
Carbonis Tiliae pulv.
Extr. Centauri ana q. s.
ut. f. pil. Nr. 50 DS. Je 1—3 Pillen dreimal täglich.
4. Exalgini (Methylacetanilid) 2,0
Spir. Menthae 15,0
Aqu. destillat. 200,0
Sir. simplicis 20,0.
MDS. morgens und abends 1 Eßlöffel voll.
5. Neurodinum je 0,5—3mal täglich.
Die Tagesdosis kann 3,0 betragen.

III. Remedia antipyretica. (Diesen Mitteln wird eine die Zuckerbildung beschränkende Wirkung zugeschrieben. Sie sind dort indiziert, wo rheumatische und neuralgische Erscheinungen in den Vordergrund des klinischen Bildes treten.)
1. Antipyrinum.
a) Antipyrini 1,0
Natrii bicarbonici 0,5.
M. f. p. D. t. d. Nr. 10 S. Je 2—3 Pulv. täglich.
b) Antipyrini 5,0
Codeini 0,5
Extr. Gentianae q. s.
Ut. f. pil. Nr. 50 DS. Je 1—2 Pillen dreimal täglich.
2. Antifebrinum.
3. Chininum.
4. Phenacetinum.
5. Acetopyrinum.

IV. Präparate der Salicylsäure (sie beschränken die Zuckerbildung und sind bei Nierenentzündung kontraindiziert).
1. Ac. salicylicum je 0,5 alle zwei Stunden bis zum Auftreten von Ohrensausen.
2. Salol Je 0,5—0,1,0 pro dosis (Lorand).
3. Aspirinum je 0,5—1,0 zwei- bis dreimal täglich.
4. Natrii salicylici 5,0—10,0
Aqu. destillat. 180,0
Syr. liquiritiae 20,0.
MDS. je 1 Eßlöffel voll ein- bis zweistündlich.

(Schluß folgt.)

---

leugnet, ist heute von der Gesamtheit der modernen unabhängigen Exegeten*) absolut akzeptiert. Das Blut muß, wenn es möglich ist, auf dem Altar ausgebreitet werden. Aber in Rückkehr zu den Kulten der Toten, zu den chtonischen, mehr archaischen Kulten, welche eine so große Rolle beim alten Israel spielten, ebenso wie bei allen alten Völkern, an welchen sich wieder so eng mehrere der fundamentalen Ideen des primitiven Jahvismus anschließen, muß man das Blut, wenn man damit nicht den Altar besprengen kann, in den Boden vergraben und mit Staub verdecken (Leviticum VII, 13). Es gibt noch einen Grund, das Blut, die Seele Jehovah zurückzuerstatten, weil Jehovah an mancher Stelle der Bibel, wie Osiris in den heiligen ägyptischen Texten, vorzugsweise den Tod bringt, und er weist auf chtonischen Ursprung hin. Wie B. Stade, einer der anerkanntesten Kenner dieser Materie, in seiner Geschichte Israels ganz klar anerkennt, Jehovah war ein Toter. Bevor er eine Gottheit der Berge des Muscri, dann etwas später des Sinai und des Horeb wurde, wie Osiris, bevor er nicht Ré, die Sonnenscheibe oder Atoma, die Strahlen wurde, blieb Jehovah lange Zeit ein Gott der Unterwelt bei den Vorfahren der Völker von Kaleb und Juda, welchen er besonders

*) S. hierüber P. Garrault, Le livre de Strack sur le sang et le crime rituel des Israïlites, Bull. et mém. de la Soc. d'Anthropol. de Paris, séance du 3. I 1901; P. Garrault, Les théories palaeo-égyptiennes de la circulation, de la resperation, de la phonation et de l'audition dans leurs rapports avec la théorie du pneuma, Soc. de Biolog. 1901, et Soc. d'Anthrop. 1901, et v. Oefele, Die pneumatische Anschauung der Jahvischen und die humorale Anschauung der Elahisten in der Genesis, Prag. med. Wochenschrift XXV, 10, 1900.

angehörte, welche ihn den anderen Tribus auferlegten, als David, zuerst Fürst von Hebron, über ganz Israel herrschte*).

*) H. Winkler, Geschichte Israels in Einzeldarstellungen I, 1895, II 1900.
Für keinen, welcher mit etwas Bildung und kritischem Verstande in ägyptischer Materie urteilen kann, ist es heute noch die Frage, ich will nicht sagen, zu wissen, ob der Pentateuch von Moses geschrieben ist, zu seiner Zeit oder unter seiner Inspiration, sondern vielmehr, ob eines seiner Teile vor dem 8. Jahrhundert unserer Zeitrechnung zusammengestellt, redigiert, geschrieben sein kann. Moriz Vernes und viele Gelehrte sehen auch als Zeit seiner Verfassung eine viel spätere an.
Da die Hauptgrundsätze aller modernen Theorien über Regierungsformen, Republiken wie Monarchien, die Anschauungen, auf welche die Gesellschaftsordnung aufgebaut ist, auf der Bibel und auf den fetischistischen und dualistischen Lehren beruhen, ist es nicht erstaunlich zu sehen, wie wenig wohlwollend in allen Ländern angesichts dieser exegetischen und philosophischen Kritik die leitenden Klassen sind, daß gerade die Geschichte der Bibel oder der Philosophie ihnen antipathisch ist.
Trotz der Veröffentlichungen von Renans und wahrscheinlich auch infolge seines, wenn auch falschen Einflusses, bei soviel Achtung für die Offenbarung der Wahrheit, nimmt Frankreich unendlich viel weniger an der doppelten Arbeit teil, als England und besonders Deutschland. Die gemeinsame Arbeit von Jehovah und Moses an der Aufstellung unserer Hygiene- und Moralcodices kann in unserem Lande als eine fundamentale Doctrin betrachtet werden. Äußerst selten trifft man Personen, welche wissen, daß die Kritik in definitiver, unbedingter Weise das Fehlen jeder historischen Grundlage in den patriarchalischen Erzählungen der Bibel gelehrt hat. Man weiß, daß die auf das Leben und die Zeit der Patriarchen sich beziehenden Erzählungen auf keinem historischen, ja nicht einmal auf legendärem Grunde beruhen und einfach die Anschauungen der Verfasser des 5., 6. und 7. Jahrhunderts, beeinflußt durch die beobachteten Tatsachen ihrer Zeit, ausdrücken.
Indes hat bisher die lange Gewohnheit der Menschen, Moses als beständigen Vertrauten Jehovahs zu betrachten, der Wunsch, in dem Ursprung der von ihnen bekannten und besonders ausgebauten Religion ein göttliches Gepräge zu finden, eine große Anzahl relativ freier, scharfsinniger

XIV. internationaler Kongress für Hygiene und Demographie.

(Fortsetzung.)

Ueber die in den letzten Jahren als Krankheitserreger in den Vordergrund des Interesses getretenen Spirochäten hielt Levaditi vom Pasteur-Institut einen interessanten Vortrag, dessen Schlußsätze wir hier folgen lassen.

Krankheitserregende Spirochäten.

1. Eine gewisse Anzahl von Infektionskrankheiten der Menschen und Tiere, die durch Spirillen hervorgerufen werden, ist gegenwärtig bekannt. Abgesehen von der Syphilis, der tropischen Frambösia und einer Schweine-Dermatosis, sind alle Spirillosen tatsächlich wirkende Blutinfektionen. Die Spirillen des europäischen und des amerikanischen Rekurrensfiebers, des Zeckenfiebers (afrikanisches Rekurrensfieber), sowie der Spirillose der Gänse, Hühner und Flattertiere wuchern im Blutkreislauf, wo sie sich in außerordentlicher Weise vermehren.

   Die verschiedenen krankheitserregenden Spirillen unterscheiden sich voneinander durch ihre morphologischen Kennzeichen und biologischen Reaktionen. Es gibt indessen zwischen gewissen Arten von Spirillen Aehnlichkeiten, auf Grund deren man sie als miteinander sehr nahe verwandt bezeichnen kann. Wenn eine Spirille sich in einer gegebenen Tiergattung akklimatisiert hat, erwirbt sie neue biologische Eigenschaften und kann wiederum eine besondere Abart darstellen. In Fällen, wo die mikroskopische Untersuchung bemerkenswerte Unterschiede zwischen zwei pathogenen Spirillen nicht erkennen läßt, können Serumreaktion, Pfeiffersches Phänomen und aktive Immunität recht deutliche Verschiedenheiten aufweisen (Breinl und Kinghorn, Fraenkel, Uhlenhuth). Auf diese Weise hat man zwischen Spir. Obermeyeri, Spir. Duttoni und den Spirillen des amerikanischen Rekurrensfiebers unterscheiden können.

2. Es ist behauptet worden, daß die krankheitserregenden Spirillen Protozoen seien und nicht Bakterienarten. Es liegt indessen keine bewiesene Tatsache vor, auf Grund deren man diese Frage endgültig entscheiden könnte. Die Vertreter der Meinung, daß die Spirillen Protozoen seien, begründen ihre Ansicht auf dem mikroskopischen Aussehen dieser Parasiten (Vorhandensein einer undulierenden Membran, eines Kerns etc.), auf der Art der Teilung (Längsteilung) und auf der Tatsache, daß gewisse Spirillosen durch Ektoparasiten übertragen werden, welche nicht einfache Träger sind (Argas, Ornythodorus moubata).

   Nichts ist aber weniger bewiesen als das Vorhandensein dieser undulierenden Membran und eines kernförmigen Apparates bei den pathogenen Spirillen und andererseits haben Autoren von Bedeutung bemerkt, daß diese Spirillen sich durch transversale Teilung vermehren. Ferner haben Borrel und Zettnow ohne jeden Zweifel Geißeln beim Spir. gallinarum und Spir. Duttoni entdeckt. Was die von Prowazek beschriebenen Ruheformen betrifft, so scheinen dieselben einfach Involutionszustände zu sein, aus denen sich auf einen Krankheitszustand des Parasiten schließen läßt, welcher seinem Tode vorangeht (Levaditi). Die Hypothese der Protozoennatur der pathogenen Spirillen bedarf also noch der Bestätigung.

3. Es ist bisher unmöglich gewesen, krankheitserregende Spirillen außerhalb des lebendigen Organismus zu züchten. Eine Kultur dieser Spirillen konnte nur in Kollodiumsäcken gezüchtet werden, welche in das Peritoneum von Kaninchen eingeführt wurden (Levaditi, Novy und Knapp). Auf diese Weise hat man reichliche Kulturen mit einer langen Reihe von Nachkommenschaft vom Spir. gallinarum, Spir. Duttoni, Spir. Obermeyeri und Spir. refringens erhalten. Unter diesen Verhältnissen behalten die Parasiten einen Teil ihrer Virulenz auf lange Zeit. Sie vermehren sich durch transversale Trennung und während der Wucherung der Parasiten macht sich kein evolutiver Zyklus bemerkbar.

4. Viele der bekannten Spirillosen sind Rückfallkrankheiten. Der erste Anfall endet mit einer Krisis oder Lysis, während welcher die Spirillen mehr oder weniger schnell aus dem Blutkreislauf verschwinden. Der Vorgang dieser Vernichtung der zirkulierenden Spirillen ist gut untersucht und festgestellt worden. Das Verschwinden der zirkulierenden Parasiten wird nicht durch die bakteriolytischen Antikörper verursacht, denn diese Antikörper (Lysine oder Agglutinine) erscheinen erst einige Zeit nach der ersten Lysis. Die Krisis wird durch die Aufnahme der Spirillen durch die Phagozyten verursacht und durch deren intraprotoplasmatische Vernichtung, wie sich aus der mikroskopischen Prüfung der Organe von Tieren ergeben hat, welche während der Evolution der Krisis getötet wurden. Die Spirillen bleiben während der Krisis lebendig und beweglich und

---

Es wird durch die Bibel (Levitic. XI, 39, 40, XVII, 15; Deuteronom. XIV, 21 cf.) verboten, Fleisch zu essen, welches von spontan gestorbenen oder vom Zahn der wilden Tiere zerrissenen Tieren entstammt; denn das Blut, d. i. die Seele, würde in diesem Fleisch eingeschlossen sein; und durch die Tat des Blutessens würde man einen Frevel begehen selbst zu einer Zeit, wenn man sich in erheblicher Gefahr befände, durch Berührung des Tabou. Aber die krankhaften Störungen, welche das durch Krankheit und nicht durch Erwürgen (welches dann nur mehr eine betrügerische List darstellen könnte) getötete Tier zeigt, machen das Fleisch terepha, d. h. unrein zur Speise. Auch sehen wir die gelehrten Talmudkommentatoren, durchdrungen von griechischer Heilkunde, die Tiere verbieten, deren Lunge ulzeriert, perforiert ist, kurz Störungen zeigt, welche gemäß der derzeitigen Wissenschaft die Annahme des Todes infolge von Krankheit verständlich machen.

Geister verhindert, Moses dieselbe Gerechtigkeit widerfahren zu lassen, wie schon Abraham, Joseph und Jakob.

Dadurch, daß man auch behauptet, daß die Anschauung von Moses einen gleichen historischen Wert hat als die einiger anderer Personen der Richter, ist es noch viel schwerer, das auszuscheiden, was in den wunderbaren Erzählungen seines Lebens wirklich Ueberlieferung (ich sage nicht einmal historisch) oder reine Dichtung ist, wie z. B. im Leben des Pythagoras. Die ganze Erzählung von der Gefangenschaft in Aegypten, vom Exodus, welche kein Schriftstück, kein ägyptisches Dokument (man kann doch wirklich und ernsthaft der Inschrift am Minephtah einen Wert nicht beimessen) bestätigt, hat wahrscheinlich nicht mehr Wert, als die auf Joseph sich beziehenden Erzählungen, welche ihres historischen und selbst sagenhaften Charakters entkleidet sind.

Die neuste Interpretation von Winkler, welcher in den Erzählungen des Exodus und der Wanderung durch das Rote Meer eine Art Verdoppelung der Wanderung durch den Jordan durch eine andere erdichtete Person, Josua, sieht, und welchem selbst eine andere Sache nur eine bildliche Darstellung der Durchwanderung des Jordans durch die Rotten Kabeb und Juda unter Davids Führung wurde, enthält wahrscheinlich, wenn nicht die ganze Wahrheit, so doch einen großen Teil dieser Wahrheit. Es ist ganz gewiß, daß niemals die Knechtschaft in Aegypten und der Exodus dieses ganzen Volkes, welches überdies zu der Zeit, wo man seine Wanderungen in der Wüste erzählte, nicht existierte, sondern erst sehr langsam in Abhängigkeit von sehr verschiedenen Gründen sich entwickelt hat, unter der in der Bibel erzählten Form vor sich gegangen ist Auch daß Moses ein altes Stammeshaupt darstellt, welches aus einer Halbknechtschaft in Berührung mit Aegypten sich befreit hätte, und dessen Andenken andauernd sich erhalten hätte, ist noch sehr zweifelhaft. Moses ist eine Gestalt, welche nicht mehr historisch ist, als die Simsons, des Nazareners.

Wie es auch sein mag, man hat kein Recht mehr, von den Büchern Mosis, vom mosaischen Gesetz, Codices, zehn Geboten zu reden. Alle diese alten Betrügereien müssen zu den zahlreichen gerechnet werden, welche allzulange am Leben geblieben sind.

Die Bemühungen der traditionalistischen Aegyptiologen Ebers, Naville, die Bestätigung der biblischen Nanen von den Ruinen zu Pithorn und Ramses, vom Wege des Exodus ausgehen zu lassen, sind ebenso erfolglos geblieben, wie die der alexandrischen Juden, welche ehedem zu gleichem Ziel die ägyptische Chronologie von Manetho durchforschten (s. Maspéro: Le geste de Sesostris à propos du travail de Kurt Lethe, Journal des savants. 1901, pp. 593—609; 665—883). Für die Gelehrten hat der Name Moses seine Bedeutung verloren. Dieser alte Held stellt nunmehr eine Art eponymischer, paränetischer und repräsentativer Persönlichkeit vor. Es ist an der Zeit, diese Kenntnisse zu verbreiten, da man beobachten kann, daß die Menschen, welche scheinbar für ihre allgemeine Verbreitung am besten geeignet sind, am meisten bestrebt sind, sie unbeachtet zu lassen.

(Fortsetzung folgt.)



eine kernige Umwandlung (Pfeiffersche Erscheinung) der während des kritischen Vorganges untersuchten Spirillen ist niemals festgestellt worden.

5. Welchem Umstande ist der Rückfall zuzuschreiben? Eine Einimpfung mit Blut und mit den Organen von Tieren, welche ihre Krisis durchgemacht hatten, zeigt, daß eine gewisse Anzahl von lebenden und giftigen Parasiten aus der Krisis unbeschädigt hervorgehen. Uebrigens kann man auch durch die mikroskopische Untersuchung, vorausgesetzt, daß sie an einer großen Anzahl von Präparaten vorgenommen wird, im Blute typische Spirillen finden, woraus sich ergibt, daß die zwischen zwei Anfällen liegende Acalmie nicht einem besonderen Stadium der Evolution der Spirillen entspricht.

   Die spirillolytischen Antikörper erscheinen im Blute ungefähr 48 Stunden nach der ersten Krisis. Wie erklärt man sich nun die scheinbar paradoxe Tatsache, daß die Spirillen im Organismus verbleiben und sich dort auch vermehren können, daß sie einen zweiten Anfall verursachen, trotz des Vorhandenseins von bakterientötenden Stoffen im Serum? Es ist bewiesen worden (Levaditi und Roché), daß die Spirillen, welche aus der Krisis entkommen, gegen die Antikörper immun werden. Sie erwerben neue Eigenschaften, dank denen sie der mikrobenzerstörenden Einwirkung der spezifischen Bakteriolysine widerstehen; sie sind ebenfalls unfähig geworden, diese Antikörper zu fixieren. Diese so erworbenen Eigenschaften sind erblich übertragbar, denn die Rückfallspirillen behalten ihre Widerstandsfähigkeit nach mehreren Uebergängen in empfindliche Tiere bei. Der Rückfall wird also durch die Immunisierung der Spirillen gegen die spirillentötenden Antikörper verursacht.

6. Gewisse Spirillosen sind durch Ektoparasiten (Argas für die Hühnerspirillose, Ornythodorus moubata für das Zeckenfieber, die Wanze für die europäische Spirillose) übertragbar.

   Es ist bisher nicht gelungen, das Vorhandensein eines evolutiven Kreislaufs der Spirillen bei diesen Ektoparasiten, die Zwischenwirte sind, zu beweisen. Die Spirillen vermehren sich im Organismus von Argas (Borrel und Marchoux) und dringen bis ins Ei (Ornythodorus, Koch). Levaditi und Manouëlian haben bewiesen, daß dies Eindringen in das Ei auch bei den Wirbeltieren (Huhn) bemerkt worden ist; dies ist eine interessante Feststellung, wenn man sie der erblichen Uebertragung der Spirochaeta pallida bei der Syphilis des Menschen gegenüberstellt.

7. Die Impfung gegen Spirillose ist äußerst leicht durchzuführen. Eine Einspritzung von vorher abgetöteten Spirillen oder von einer Menge von Parasiten, welche die Krankheit nicht hervorrufen kann, bringt Immunität mit sich. Auch die Serotherapie ist möglich, denn das Serum geheilter Tiere (Spir. gallinarum, anserina, Duttoni, Obermeyeri) wirkt stark bakterientötend, agglutinierend und präventiv.

   Die Behandlung kann erfolgreich mit Hilfe gewisser chemischer Produkte stattfinden. Atoxyl verhindert und heilt Hühnerspirillose (Uhlenhuth, Levaditi und Mc Intoch) und gewisse Farben (Benzidin) führen in der durch Spir. Duttoni (Mesnil und Vassal) hervorgerufenen Blutvergiftung die gleiche Wirkung herbei.

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur.

Klinischer Abend, am 11. Oktober 1907 in der Universitäts-Kinderklinik.

Vors.: Herr Czerny.

1. Herr Czerny: „Ueber die Tuberkulinreaktion nach Pirquet."

Bei der Immunisierung durch Antigene fand Pirquet, daß die Wiederholungen anders wirken als die erste Einverleibung, und zwar durch Bildung von Antikörpern. Dies hatte er bei Serum und Vaccine nachgewiesen. Durch Analogie-Schlüsse kam er auch auf die Tuberkulose. Wird ein Tropfen Tuberkulin auf die Haut gebracht und ganz oberflächlich ein Ritz gemacht, dann tritt eine lokale Reaktion ein ohne Allgemeinstörung. Erwachsene sind immer positiv, Säuglinge geben keine Reaktion, Kinder je nach dem Alter. Bei Miliartuberkulose und Meningitis basilaris war keine Reaktion. Ueberhaupt ist der positive Ausfall nicht beweiskräftig; er zeigt nur, daß der Körper Tuberkelbazillen beherbergt, aber nicht, ob eine tuberkulöse Erkrankung besteht. Daher ist die Probe vor der Hand noch unbrauchbar. Demonstration zweier Kinder, von denen eins positive, das andere negative Reaktion zeigte.

2. Herr Uhthoff: „Ueber Orbitalhämorrhagie mit Exophthalmus nach Keuchhusten." U. stellt ein Kind vor, das vor zwei Jahren Keuchhusten durchgemacht hat, wobei das rechte Auge etwas hervorgetreten sein soll. Vor einigen Wochen trat nun stärkerer Exophthalmus auf, der allmählich eine bedrohliche Form annahm; außerdem bestand am äußeren Augenwinkel eine kleine schwarze Geschwulst, die den Eindruck eines malanotischen Sarkoms machte. Beim Einschnitt entleerte sich dunkles Blut, das in größerer Menge aus der kleinen Wunde abfloß, worauf die Hervorwölbung des Auges zurückging. Jetzt nach zehn Tagen ist das Auge vollständig normal. Es handelte sich also um eine Abkapselung von Blut in der Orbita, die den Exophthalmus erzeugt hatte.

3. Herr Vogt: „Ueber alimentäres Fieber." Die Tagesschwankungen bei der Temperatur der Neugeborenen sind nicht so groß, wie bei Erwachsenen, aber nur bei Brustkindern, während bei den künstlich ernährten Kindern die Schwankungen größer sind, wahrscheinlich infolge von Verdauungsstörungen. Finkelstein hat den Begriff des alimentären Fiebers geschaffen, d. h. eines Fiebers ohne Mitbeteiligung von Bakterien. Das zeigt sich, wenn man plötzlich die Nahrung ändert (Buttermilch). Die wahre Ursache des Fiebers ist noch nicht aufgeklärt.

4. Herr Birk demonstriert Fälle von zyklischer Albuminurie. Die Kinder werden meist als Blutarme überwiesen, und zwar hauptsächlich Mädchen (4 : 1). Symptome sind: Schwindel, Herzklopfen, Rückenschmerzen, Erbrechen und schlaffes Wesen; aber von Blutarmut keine Spur. Der Urin enthält Albumen, aber nicht konstant: der Nachturin ist ganz frei, dann steigt der Eiweißgehalt bis Mittag und verschwindet wieder am Abend. Dieses Phänomen wird bedingt durch die aufrechte Körperhaltung. Bei Bettruhe tritt kein Eiweiß auf. Heubner schlug die Bezeichnung „Orthostatische Albuminurie" vor. Im Sediment ist gewöhnlich kein Befund; ebensowenig bei der anatomischen Untersuchung der Niere. Aetiologisch ist nichts Sicheres bekannt; die Kinder stammen meist aus schwer tuberkulösen Familien; französische Autoren sprechen daher von prätuberkulöser Albuminurie. Therapie ist symptomatisch, besonders suggestiv. Prognose meist günstig. Die Krankheit hört von selbst auf.

5. Herr Peiser: „Ueber Osteopsathyrose". Die Aetiologie dieser abnormen Knochenbrüchigkeit ist unbekannt. Die Rhachitis macht Infraktionen, während es hier echte Frakturen sind. Kinder sind sämtlich psychisch defekt und schlecht ernährt; daher als Trophoneurose anzusehen. Therapie muß auf das Allgemeinbefinden gerichtet sein.

6. Herr Freund stellt zwei Kinder vor, von denen das erste eine Idiosynkrasie gegen Kuhmilch hat; es traten sofort Gewichtsstürze mit Temperatursteigerungen auf; F. hat es viermal experimentell nachgewiesen. Das zweite ist ein Hydrocephalus, der mit systematischen Lumbalpunktionen (4 mal 50 — 100 ccm klare Flüssigkeit) erfolgreich behandelt wurde.

Peritz (Breslau).

Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur.

(Med. Sektion.)

Sitzung vom 18. Oktober 1907.

Vors.: Herr Uhthoff. Schriftf.: Herr Rosenfeld.

Herr v. Strümpell: „Zur Pathologie und Behandlung des Bronchialasthmas." Als Ursache des plötzlichen Anfalls hatte man früher einen Zwerchfellkrampf angenommen



Dies ist aber falsch, da das Zwerchfell, wie man im Röntgenbilde feststellen kann, dabei beweglich ist. Biermer hat zuerst von einer diffusen Bronchiolarstenose (einem Krampf der Bronchialmuskeln) gesprochen. Da die exspiratorischen Hilfsmuskeln schwächer sind, als die inspiratorischen, tritt eine akute Lungenblähung auf. Aber diese Erklärung genügt nicht für alle Erscheinungen, so besonders für den Auswurf. Im Sputum sind kleine Flöckchen (Curschmannsche Spiralen), Flimmerzylinder, eosinophile Zellen und Asthma-Kristalle. Curschmann sprach daher von einer Bronchiolitis exsudativa. Verwandt ist damit auch das Heu-, Ipecacuanha- oder Veilchen-Asthma. Als Analogie betrachtet der Vortr. auch die Urticaria; ebenso läßt sich auch bei Asthmatikern eine sog. Urticaria factitia meist hervorrufen. Es besteht eben eine vasomotorische Uebererregbarkeit. Str. nimmt an, daß es sich um eine Sekretionssteigerung durch spezifische Wirkung handelt, und erwähnt noch als Analogon die Colica mucosa, bei der auch eosinoph. Zellen und Kristalle gefunden worden sind. Reflektorisches Asthma von der Nase aus ist nach seiner Ansicht ziemlich selten. Therapeutisch hat man bisher mit Jod-Präparaten durch Steigerung der Sekretion, ebenso mit Räuchermitteln und event. Morph.-Injektionen gute Erfolge erzielt; aber die Wirkung ließ bald nach. Seine Methode besteht in elektrischen Glühlichtbädern zum Zweck der Diaphorese. Hierbei ist der Erfolg besser wie bei anderen Schwitzkuren, und war auch zumeist ein lang andauernder. Es wirkt durch die enorme Anregung der inneren Sekretion.

Diskussion: Herr Rosenfeld ist selbst Asthmatiker und Schüler Biermers und hält dessen Theorie aufrecht. Er hat an sich und vielen anderen mit der Nasenbehandlung die glänzendsten Resultate erzielt.

Herr Kuznitzky spricht für Ausatmung in verdünnte Luft.

Herr Eckardt wendet sich gegen die Nasenbehandlung. Ebenso Herr Hinsberg, der noch anführt, daß neben den Reflexpunkten auch noch Sekretionszustände in der Nase zu Asthma Veranlassung geben können.

Herr Kaiser hält bei der Asthma-Behandlung den psychischen Effekt für bedeutungsvoll. Dann sprachen noch die Herren Marcuse und Rosenfeld. Peritz (Breslau).

Periodische Literatur.

Münchener medicinische Wochenschrift. Nr. 30. 1907.

1. Menge, Erlangen: **Zur Indikationsstellung bei den beckenerweiternden Operationen.**

Verf. stellt folgende Thesen auf: 1. Bei engen Becken mit einem Konjugatamaß von 5,5 cm und weniger kommt bei ausgetragenen lebenden und toten Kindern von mittlerer Größe nur die Sectio caesarea abdominalis in ihren verschiedenen Modifikationen in Betracht (klassischer Kaiserschnitt, Frankسche Modifikation des konservativen Kaiserschnitts, Porrooperation). 2. Bei den engen Becken, deren Konjugatamaß 5,5 cm übersteigt, kommt bei totem Kind nur die Kraniotomie in Betracht. 3. Bei den engen Becken mit Konjugata zwischen 5,5 bis 6,5 cm kommt bei lebendem mittelgroßem Kinde nur der abdominale Kaiserschnitt aus relativer Indikation in seinen verschiedenen Modifikationen in Frage. 4. Bei Becken mit 6,5 bis 7,5 cm Konjugata, früher bei lebendem Kinde ausschließlich das Feld des Kaiserschnittes aus relativer Indikation, ist die Hebosteotomie nur dann zu machen, wenn der operativen Beckenerweiterung ein glücklicher Spontanaustritt der Frucht folgen kann; das ist nur bei Kopflagen der Fall. Der Kaiserschnitt aus relativer Indikation bleibt bei diesem Grade der Beckenverengerung als therapeutisches Verfahren in Geltung: a) bei Schief- und Beckenendlagen, b) auch bei Kopflagen, wenn im Interesse der Mutter oder des Kindes rasch entbunden werden muß, oder wenn Nabelschnur oder kleine Teile neben dem Kopf vorgefallen sind und deren Reposition nicht gelingt. Bei den Becken mit 6,5 bis 7,5 Konjugata kann man (bei Kopflagen) die Hebosteotomie schon zur Ausführung bringen, bevor die Anpassungsfähigkeit des Kopfes erprobt ist, also auch schon vor dem Blasensprunge; denn auf eine glückliche Spontangeburt ist nicht zu rechnen; doch ist es wünschenswert, bei stehender Fruchtblase den Eingriff bis zur völligen Erweiterung des Muttermundes hinauszuschieben. Bei gesprungener Blase hebosteotomiert man dagegen möglichst früh, da nur der tiefertretende Kopf die Fruchtblase ersetzen kann, und beim Einlegen des Metreurynters der Kopf leicht zum Abweichen gebracht wird. 6. Bei engen Becken mit 7,5 cm und mehr Konjugata (früher vielfach das Feld der künstlichen Frühgeburt, der prophylaktischen Wendung und der hohen Zange) ist immer die Spontangeburt eines ausgetragenen Kindes anzustreben. Stellt sich im Verlaufe der Geburt die Anpassungsunfähigkeit des Kopfes heraus, — ein Urteil darüber ist erst möglich, wenn der Uterus nach dem Blasensprunge längere Zeit kräftig auf den Kopf eingewirkt hat, wenn also der Zeitpunkt für die Wendung längst verflossen ist, — so ist bei lebendem Kind die Hebosteotomie indiziert. 7. Bei 7,8 bis 8,0 cm Konjugata ist die Hebosteotomie einer eventuellen Wendung und Extraktion am Beckenende vorauszuschicken, a) wenn das Kind in Schieflage liegt und die Wendung auf den Kopf nicht möglich ist, b) wenn neben dem vorliegenden Kopf Nabelschnur oder kleine Teile vorgefallen sind und deren Reposition nicht gelingt oder aussichtslos scheint, und c) wenn die Frucht in Beckenendlage liegt. Bei den Becken mit mehr als 8 cm Konjugata wird unter den gleichen Verhältnissen der nachfolgende Kopf ohne vorausgegangene Beckenerweiterung imprimiert. 8. An die Hebosteotomie ist nur dann eine entbindende Operation anzuschließen, wenn Mutter oder Kind oder beide sich in Lebensgefahr befinden und nach der Beckenerweiterung in Lebensgefahr bleiben.

Es ergibt sich nach diesen Leitsätzen eine Umformung der bisherigen Therapie bei den vulgären Arten des engen Beckens durch die Einführung der operativen Beckenerweiterung. Die Grenzen des Kaiserschnitts aus absoluter Indikation und der Kraniotomie des toten Kindes bleiben die alten. Der Kaiserschnitt aus relativer Indikation wird durch die Hebosteotomie wesentlich eingeschränkt. Künstliche Frühgeburt und prophylaktische Wendung sind aus der Therapie des engen Beckens ganz auszuschalten; für sie eine fest umschriebene Indikation aufzustellen, ist unmöglich. Die Wendung wird nie des engen Beckens wegen, sondern nur aus besonderen Indikationen, wie sie auch beim normalen Becken bestehen, auszuführen sein. Die hohe Zange soll ganz gestrichen werden. Ob die Perforation des lebenden Kindes durch die Hebosteotomie und die Franksche Modifikation der Sectio caesarea ganz aus der klinischen Geburtshilfe verdrängt werden kann, hängt von der Frage ab, ob diese Eingriffe in der Regel mit Glück für Mutter und Kind bei Genitalfieber intra partum ausgeführt werden können, worüber ausreichende Erfahrungen noch nicht vorliegen. Aus der allgemeinen Geburtshelferpraxis wird die Kraniotomie des lebenden Kindes niemals völlig verschwinden; denn weder Kaiserschnitt noch Hebosteotomie können jemals Allgemeingut des praktischen Arztes werden. Die alte Lehre, daß zirka 80% der Kinder bei konservativer Geburtsleitung spontan und lebend durch das enge Becken hindurchtreten, ohne die Mutter zu schädigen, muß für die Therapie des praktischen Arztes das Leitmotiv werden. Er muß es verstehen, diejenigen engen Becken auszuscheiden, bei denen eine spontane Gebärmöglichkeit von vornherein ausgeschlossen ist, diese soll er auf alle Fälle dem klinischen Geburtshelfer überlassen. Bei Schieflagen und Nabelschnurvorfall muß er zu wenden verstehen, um das in Beckenendlage befindliche Kind durch das enge Becken hindurchzuleiten, wenn der Grad der Verengerung diese Therapie zuläßt. Bei Kopflagen aber soll er unter Verzicht auf Kaiserschnitt und Beckenspaltung, auf künstliche Frühgeburt und prophylaktische Wendung und auch auf die ominöse hohe Zange die Geburt immer abwartend leiten, wenn überhaupt an die Möglichkeit einer Spontangeburt gedacht werden darf. Dann wird er gegen früher in seiner Bilanz ein bedeutendes Plus an gesunden Müttern und Kindern erzielen, auch wenn er gelegentlich einmal ein lebendes Kind perforieren muß.

2. Plaut, München: **Ueber den gegenwärtigen Stand des serologischen Luesnachweises bei den syphilogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems.**

Verf. berichtet über die bisher mitgeteilten Ergebnisse und



über weitere eigene Untersuchungen bei 44 Fällen von Paralyse. Bezüglich der Spinalflüssigkeiten war der Befund von luetischen Antistoffen einmal negativ, zweimal fraglich, sonst positiv; auch in drei Fällen, wo die Ventrikelflüssigkeit untersucht werden konnte, fanden sich reichlich Antistoffe in derselben. Die Sera dieses Paralytikermaterials reagierten ausnahmslos positiv, auch das Serum des Kranken, dessen Spinalflüssigkeit frei von Antistoffen war, gab einen deutlich positiven Ausschlag. Der Gehalt der Spinalflüssigkeit an Antistoffen übertraf meist den des korrespondierenden Serums; indessen fanden sich Fälle, wo bei geringer oder fehlender Reaktion der Spinalflüssigkeit mit dem zugehörigen Serum ein deutlich positiver Ausschlag zu erzielen war. Die Untersuchung des Serums sollte deshalb in keinem Falle unterlassen werden. Gegenüber Marie und Levaditi, die aus ihren Versuchsergebnissen den Schluß gezogen haben, daß beginnende Fälle von Paralyse fast durchgängig Antistoffe in der Spinalflüssigkeit vermissen lassen, während vorgeschrittene Fälle fast regelmäßig sich positiv verhalten, und daraus weiter folgerten, daß die Antistoffproduktion erst einsetze, nachdem der paralytische Prozeß in ein vorgerückteres Stadium eingetreten sei, und daß dann die Antikörper entsprechend dem Fortschreiten der Erkrankung an Menge zunähmen, betont Verf., daß nach seinen, sich auf etwa 100 Fälle von Paralyse stützenden Erfahrungen der Grad der Antikörperproduktion kein Kriterium für die Intensität des Krankheitsprozesses darbietet. Er fand sehr reichen Antistoffgehalt bei ganz frischen Fällen ebensowohl wie bei sehr langsam verlaufenden, wie auch bei weit vorgeschrittenen; und zuweilen nur Spuren oder gänzliches Fehlen von Antistoffen in ganz alten, fast agonalen Fällen und gelegentlich auch bei beginnender Erkrankung. Was die Förderung der Erkenntnis vom Wesen des paralytischen Prozesses durch diese Untersuchungen betrifft, so dürfte zunächst nur zu sagen sein, daß die bisherigen Erhebungen darauf hinweisen, daß sich bei der Paralyse Prozesse abspielen, die zur Lues in Beziehung stehen. Wo diese Prozesse sich abspielen, welcher Art sie sind, müssen weitere Untersuchungen ergeben.

3. Fornet und Schereschewsky, Straßburg: **Serodiagnose bei Lues, Tabes und Paralyse durch spezifische Niederschläge.**

Wassermann und seine Mitarbeiter haben gezeigt, daß sich Auszüge aus syphilitischen menschlichen Organen einerseits und die Cerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern und Tabikern andererseits bezüglich der Komplementbindung genau so verhalten, wie ein Antigen und der entsprechende Antistoff. Ueber die Natur dieser Stoffe ist aber bisher nichts bekannt. Es erscheint deshalb wünschenswert, die angenommenen für Lues charakteristischen Stoffe und Antistoffe auf andere und zwar möglichst direkte Weise zu demonstrieren. Bei dem engen Zusammenhang zwischen der in Rede stehenden Komplementbindung und den Krauseschen Präzipitinen schien die Möglichkeit gegeben, die syphilitischen Antigene und Antistoffe unmittelbar durch die Präzipitation zu veranschaulichen. Verff. benutzten Blutsera von Paralytikern und Tabikern, deren Gehalt an antisyphilitischen Stoffen im Sinne Wassermanns vorher durch die Komplementablenkungsmethode festgestellt war, und brachten diese zusammen mit dem Blutserum von frisch infizierten Syphilitikern und zur Kontrolle mit normalem Menschenserum. Zirka 50 Versuche ergaben ein übereinstimmendes Resultat: das Serum von Paralytikern und Tabikern gibt ausschließlich mit dem Serum von Luetikern eine positive Präzipitinreaktion und umgekehrt. Diese Methode kann danach einerseits bei Paralyse und Tabes die syphilogene Natur der Erkrankung feststellen und andererseits bei suspekten Erkrankungen die Frage, ob Syphilis vorliegt oder nicht, auf serodiagnostischem Wege entscheiden.

Ein Nachtrag bei der Korrektur besagt, daß nach dem gleichen Prinzip des Aufeinanderwirkens zweier Patientensera aus differenten Stadien ein- und derselben Krankheit es inzwischen auch gelungen ist, bei Scharlach, Masern, Typhus das Vorhandensein des entsprechenden Präzipitinogens und Präzipitins im Blutserum nachzuweisen.

4. Löhlein, Leipzig: **Ueber A. E. Wrights „Opsonine" und seine therapeutischen Bestrebungen bei Infektionskrankheiten.**

Wright und seine Schüler haben im Laufe der letzten Jahre angeblich vielfach mit sehr gutem Erfolge eine Reihe von Infektionskrankheiten des Menschen, insbesondere die Tuberkulose, spezifisch durch Impfung mit abgemessenen Dosen abgetöteter spezifischer Krankheitserreger (Vakzins) behandelt. Das Verfahren ist demnach nicht neu; z. B. verwenden die englischen Therapeuten zur Behandlung der Tuberkulose Kochs Neutuberkulin. Durchaus neu ist aber der Maßstab, den Wright für die Dosierung seines Vakzins eingeführt hat. Dieser wird durch den „opsonischen Index" des Serums des Patienten geliefert, der nach Wright ein außerordentlich empfindlicher und zuverlässiger Indikator für den Gehalt des Blutes an gewissen antibakteriellen Substanzen darstellt. Zur Aufstellung dieses Maßstabes gelangte W. auf folgendem Wege: Er hatte im Serum normaler und erkrankter Individuen bis dahin anscheinend unbekannte Substanzen — „Opsonine" — gefunden, die im Reagenzglase pathogene Keime der Phagozytose durch die Leukozyten des Blutes zugänglich machten. Durch genaue Zählung der unter ganz bestimmten Versuchsbedingungen aufgenommenen pathogenen Keime konnte W. die „opsonische Kraft" eines solchen Serums ziffernmäßig genau bestimmen. Als „opsonic index" bezeichnet W. das Verhältnis des Opsoningehaltes des Serums eines Patienten zu dem Opsoningehalt eines normalen Serums. Nach W.s Angaben zeigt der „Opsonic index" ein streng gesetzmäßiges Verhalten bei verschiedenen Infektionskrankheiten, und auf Grund theoretischer Erwägungen erblickt W. in dem „Opsonic index" einen objektiven Maßstab, nach dem sich das therapeutische Handeln zu richten hat. W. hat über ein größeres Material von Tuberkulosefällen berichtet, die er unter Kontrolle des Opsoningehaltes des Serums mit T. R. mit sehr günstigen Resultaten behandelt hat. Auch gegen eine Reihe anderer Infektionserreger will er auf Grund des skizzierten Verfahrens günstige Erfolge erzielt haben. Die Lösung des Problems der bakteriellen Infektion will W. in der Annahme gefunden haben, daß pathogene Mikroorganismen sich im Organismus in jedem Falle in einem Gebiet herabgesetzter „bakteriotropic pressure" vermehren, d. h. in einem Gebiet, wo die antibakteriellen Schutzstoffe fehlen oder im Vergleich mit ihrer Menge im zirkulierenden Blute erheblich vermindert sind. Dadurch soll es sich erklären, daß sie der Vernichtung durch das Zusammenwirken von Opsoninen und Leukozyten, d. h. durch Phagozytose, entgehen. Im Kampfe gegen die Eindringlinge wird der Organismus unter geeigneten Bedingungen unterstützt durch die mit Hilfe des „Vakzins" erzielte Mehrproduktion von Opsoninen, die, an den Infektionsherd gelangt, die Phagozytose begünstigen. Gegen die theoretischen Ueberlegungen W.s macht Verf. einige Einwände, ohne damit zu einer Ablehnung seiner therapeutischen Bestrebungen zu kommen.

5. Pankow, Freiburg: **Warum muß bei gynäkologischen Operationen der Wurmfortsatz mit entfernt werden?**

P. faßt das Resultat seiner klinisch-histologischen Untersuchungen folgendermaßen zusammen: 1. Die Appendizitis beim Weibe ist unvergleichlich häufiger als man früher annahm, und befällt zirka 60% aller Frauen schon in der Geschlechtsreife. 2. Es ist deshalb der Appendizitis für die Entstehung entzündlicher Becken- wie Adnexerkrankungen eine weit größere Rolle zuzuschreiben wie bisher. 3. Speziell ist die Appendizitis in nicht seltenen und vor allem prognostisch günstigen Fällen als die Ursache einer durch Tubenverschluß bedingten Sterilität anzusehen. 4. Schließlich ist ein Teil der früher meist als Ovarie bezeichneten rechtsseitigen Unterleibsschmerzen auf die Folgen einer akuten Appendizitis zurückzuführen.

Der relativ häufige Nebenbefund einer abgelaufenen, oft unbemerkt vorübergegangenen Appendizitis bei den Operationen beweist trotz aller gegenteiligen chirurgischen Behauptungen die relative Gutartigkeit der Blinddarmentzündung. Trotzdem muß man den heutigen chirurgischen Standpunkt der Frühoperation im akuten Anfall billigen, weil die diagnostischen Hilfsmittel nicht mit Sicherheit sagen können, wie jeder einzelne Fall verlaufen wird. Da weiterhin nach verschiedenen Statistiken die eitrige Form der Appendizitis in 5%, die nicht eitrige in 33 bis 100% zu Rezidiven neigt, jedes Rezidiv aber die gleiche Mortalität haben kann wie der erste Anfall, so ist die Forderung korrekt, daß man bei gynäkologischen Operationen auch den makroskopisch veränderten Processus mit entfernen muß, wenn man einmal gezwungen ist, die Bauchhöhle zu eröffnen. Umso mehr ist man dazu berech-

tigt, als die Entfernung des Organs einen funktionellen Ausfall im Haushalt des Körpers bisher nicht ergeben hat. Bei Anerkennung dieser Forderung muß man der Laparotomie wieder ein weiteres Gebiet einräumen gegenüber der Kolpotomie, da man nur auf dem abdominalen Wege den Processus vermiformis leicht entfernen und mit seiner Exstirpation nicht selten erst der Patientin die sichere Garantie auf einen dauernden operativen Erfolg geben kann.

6. Geigel, Würzburg: **Die Bedeutung der Ohrmuschel für das Hören.**

Nach der gewöhnlichen Vorstellung soll die Ohrmuschel die Schallwellen sammeln und sie in einen Trichter durch Reflexion in den Gehörgang hineinleiten. Das dürfte nur zum geringeren Teil richtig sein. Von größerer Bedeutung für das Hören werden die Ohrmuscheln dadurch, daß ihre Knorpel die Schallwellen aufnehmen, durch dieselben ins Schwingen geraten und diese Schwingungen ohne Uebergang in Luft durch lauter feste Teile dem Trommelfell zuleiten.

7. Tintemann, Göttingen: **Querulatorische Psychosen im Zusammenhang mit der Arbeiterversicherung.**

Verf. gibt die Krankengeschichten von zwei Fällen desselben Typus von Psychose, charakterisiert durch eine ausgesprochene Neigung zum Querulieren; bei beiden spielen dieselben ätiologischen Momente eine Rolle, die degenerative Anlage, kompliziert durch einen nachweisbaren Schwachsinn, und der Kampf um die Rente, beim einen infolge eines Unfalls, beim anderen nach Ablehnung eines Invalidenrentenantrages. Durch den abnormen Geisteszustand ist eine Prädisposition zur Erkrankung geschaffen, ein solches Gehirn unterliegt schädigenden Einflüssen, mögen sie bedingt sein in reellen wirklichen Einwirkungen der Außenwelt, wie sie ein Unfall darstellt, oder in rein psychischen Momenten bestehen, wie sie die Aufregungen eines langwierigen Rentenverfahrens mit sich bringen, leichter; das Vorstellungsleben dieser Menschen wird leichter in abnorme Bahnen gedrängt. Zum Zustandekommen eines solchen einsichtslosen Querulantentums genügt die degenerative Anlage allein nicht, es muß zu ihr noch hinzukommen ein gewisser Grad von Schwachsinn mit Einschränkung der Urteilsfähigkeit. Auf den so vorbereiteten Boden wirkt der zweite Faktor, der Unfall mit dem folgenden Streitverfahren resp. dieses allein, als auslösendes Moment für die Geisteskrankheit. Er gehört zum Zustandekommen einer solchen Psychose ebenso unbedingt wie der erste, er bestimmt ihre Form und ihren Verlauf, bestimmt die Form des Wahnsystems. Ein so labiles Zentralnervensystem kann natürlich auch auf eine andere dasselbe treffende Schädlichkeit mit einer Psychose reagieren, aber dieselbe würde dann unter einem anderen Bilde verlaufen. Eine solche Erkrankung ist demnach im Zusammenhang stehend nur als Folge des Rentenverfahrens und damit eventuell auch als Folge eines vorangegangenen Unfalls anzunehmen unter Betonung, daß sie nur auf einem vorbereiteten Boden zur Ausbildung kommt.

8. Berndt, Stralsund: **Zur Operation des Mastdarmkarzinoms.**

Verf. entwickelt einen Operationsplan, der die Hauptgefahren der Mastdarmexstirpation, Darmgangrän, Infektion der Bauchhöhle und Wunde, vermeiden soll; auf primäre Herstellung definitiver Verhältnisse soll verzichtet, also zweizeitig operiert werden; zur späteren Einpflanzung in den Anus soll ein höherer Darmteil, prinzipiell die Flexura sigmoidea gewählt werden; jede Durchtrennung und Eröffnung des Darmes soll extraperitoneal vorgenommen werden.

9. Tretzel, Würzburg: **Ueber ein diagnostisches Symptom bei Appendizitis.**

Die Beobachtung von Blumberg (Nr. 24. d. W.), daß bei Appendizitis eine stärkere Schmerzhaftigkeit der entzündeten Stelle bei raschem Zurückgehen der palpierenden Hand im Vergleich mit dem gewöhnlichen Druckschmerz vorhanden sein kann, ist Verf. schon länger bekannt und als diagnostisches Hilfsmittel benutzt worden. Bei allen peritonischen Entzündungs- und Reizzuständen ist das Symptom vorhanden, daher fast stets bei schwereren Fällen von Appendizitis; prognostisch und therapeutisch ist es hier von größter Wichtigkeit. Fast nie findet es sich bei anderweitigen Erkrankungen des Unterleibs, Darmkatarrh, Koliken, Koprostasen, meteoristischen Zuständen, Ileus, Neuralgien und ist deshalb für die Differentialdiagnose bedeutungsvoll.

10. Engels, Frankfurt: **Zur klinischen Verwertbarkeit der Buchnerschen Eiweißbestimmung im Harn.**

Verf. hat das Buchnersche Albuminimeter (d. W. 1906 Nr. 24) auf seine Verwertbarkeit für die klinische Eiweißbestimmung nachgeprüft. Für Harne, die 0,1 bis 3,0 Prom. Eiweiß enthalten, ergab dasselbe durchweg richtigere Resultate, als die alte Esbachsche Methode. Dabei ist das Resultat bereits nach einer Stunde gegeben. Bei höheren Eiweißmengen von 3,0 bis 10,0 Prom. erwies sich die Esbachsche Bestimmung als die genauere.

11. Bewersdorf, Wansen: **Ueber einen mit Streptokokkenserum Menzer behandelten Fall von puerperaler Pyämie.**

Nach der ersten Seruminjektion (20 ccm) stellte sich bei einem Fall von puerperaler Pyämie nur noch ein Schüttelfrost ein, nach zwei weiteren Injektionen (je 10 ccm) blieb die Temperatur normal und der Heilungsprozeß verlief ungestört.

12. Pfaundler: **Ueber die Behandlung der angeborenen Lebensschwäche.**

(Nicht abgeschlossen.)

13. Kienböck, Selig, Beck, Wien: **Untersuchungen an Schwimmern.**

(Schluß aus Nr. 29.)

Die Untersuchungen wurden an Schwimmern bei einem Wettschwimmen angestellt und die Befunde sowohl vor als auch unmittelbar nach der Schwimmtour erhoben. Die orthodiagraphische Herzuntersuchung ergab das auffällige Resultat, daß unmittelbar nach der exzessiven Anstrengung nicht nur keine Vergrößerung, sondern eine Verkleinerung der orthodiagraphischen Herzfigur vorhanden war. Die Verkleinerung des Herzschattens war unter elf Fällen zehnmal zu konstatieren, bei einzelnen sehr beträchtlich. Das Zustandekommen dieser akuten Herzdimminution durch Ueberanstrengung kann wohl in primärer Erweiterung gewisser Blutbahnen eine plausible Erklärung finden. Auch der eigentümliche Respirationstypus beim Schwimmen, lange Dauer der Atmungspause, angestrengte, gewaltsame Respiration, kann wohl zur Verkleinerung des Herzens beitragen. Der Puls zeigte nach dem Schwimmen die Veränderungen wie bei jeder forzierten Muskelarbeit, hauptsächlich Beschleunigung; Arhythmien wurden nicht beobachtet. Der Blutdruck verhielt sich nicht einheitlich, bald Erhöhung, bald Erniedrigung. Die Respiration war beschleunigt und angestrengt. Die Körpertemperatur war erhöht (bis 38,5). Die Harnuntersuchung ergab bei sieben von elf Fällen das Auftreten von Albumin in Mengen bis zu $1^1/_2$ Prom.; dabei fanden sich wenig renale Elemente in den untersuchten Harnen. Bei zwei von fünf darauf untersuchten Fällen wurden Spuren Zucker gefunden. Neben den unmittelbaren Folgen des Wettschwimmens waren auch Dauerfolgen nach den vor der Tour erhobenen Befunden zu konstatieren. Sieben der zwölf Fälle boten abnorme Befunde am Herzen, starke Vergrößerung, Arhythmie, Geräusche. Daß diese als geschädigt zu betrachtenden Herzen doch so große Leistungen vollbringen konnten, bestätigt die Erfahrung, daß beides vereinigt sein kann, Defekt und große Leistungsfähigkeit. Die Erklärung dürfte darin liegen, daß es sich um durch Training hypertrophische Herzen handelt.

14. Schloßmann: **Die Akademie für praktische Medicin in Düsseldorf.**

15. Laquer, Wiesbaden: **Emanuel Mendel.**

(Nekrolog.)

Nr. 31. 1907.

1. Aschoff, Freiburg: **Die Dreiteilung des Uterus, das untere Uterinsegment (Isthmussegment) und die Placenta praevia.**

Der Grenzpunkt zwischen charakteristischer Cervixschleimhaut und charakteristischer Corpusschleimhaut liegt an einer anderen Stelle als derjenige Punkt, welcher nach makroskopischer Betrachtung als Uebergangsstelle zwischen Corpus und Cervix betrachtet



werden muß. Die makroskopisch als solche mehr oder weniger leicht vom Corpus abzugrenzende Cervix zerfällt bei histologischer Betrachtung in zwei differente Abschnitte, in einen oberen ungefähr 1/3 des makroskopischen Cervixkanals entsprechenden Teil, welcher noch mit charakteristischer Corpusschleimhaut ausgekleidet ist, und einen unteren Abschnitt, den unteren 2/3 entsprechend, der mit typischer Cervixschleimhaut bedeckt ist. Danach kann man bei der Uterushöhle drei Teile unterscheiden: das Cavum corporis, vom Fundus bis zum makroskopisch erkennbaren Orificium internum (Orificium internum anatomicum), den Isthmus von dem Orificium internum anatomicum bis zur Uebergangsstelle von der Corpus- in die Cervikalschleimhaut (Orificium internum histologicum) und das Cavum cervicis, den mit typischem Cervixepithel ausgekleideten Rest des Cervixkanals. Der Isthmus nimmt an den typischen Schwangerschaftsreaktionen der Schleimhaut, wie sie das Corpus aufweist, in regelmäßiger Weise, wenn auch in geringerer Stärke, teil, während die Cervixschleimhaut nur ausnahmsweise eine deziduale Reaktion aufweist; dagegen zeigt der Isthmus in dem physiologischen Verhalten seiner Muskulatur bei der Gravidität eine viel größere Aehnlichkeit mit dem Cervix. Der Isthmus nimmt also eine wirkliche Zwischenstellung zwischen Corpus und Cervix ein, indem er bezüglich seiner Schleimhautreaktion ganz an das Corpus, bezüglich des Verhaltens seiner Muskulatur mehr an die Cervix sich anschließt. Dieser Abschnitt ist es, der sich zum unteren Uterinsegment entwickelt, und der Streit um dieses letztere, das bald zum Corpus, bald zur Cervix gerechnet wird, kann durch die besondere Bezeichnung dieses eigenartigen Abschnittes als Isthmus aus der Welt geschafft werden. Seine Zwischenstellung zeigt sich auch in den zeitlichen Verhältnissen, in welchen die einzelnen Abschnitte des Uterus in der Gravidität und beim Partus in Anspruch genommen werden. Während der ersten Monate der Gravidität bildet normalerweise nur das Cavum corporis die Kammer für das Ei; in der zweiten Hälfte wird auch der Isthmus mehr und mehr zur Eikammerbildung benutzt, indem dieser Abschnitt in mehr passiver Weise durch das wachsende Ei gedehnt wird und die Eihüllen mit der dezidual veränderten Schleimhaut des Isthmus in feste Verbindung treten. Am Ende der Gravidität besteht die Eikammer aus einem oberen Abschnitt, dem Cavum corporis entsprechend, welcher beim Partus die Kontraktion und Austreibung des Eies zufällt, und einem unteren, bereits in der Gravidität gedehnten, dem Isthmus entsprechend, welcher während des Partus eine weitere Dehnung erfährt. Die Cervix bleibt während der Gravidität unter normalen Verhältnissen von dem wachsenden Ei unberührt, niemals wird die echte Cervikalschleimhaut zur Anheftung der Eihäute benutzt.

Bezüglich der Genese der Placenta praevia greift mehr und mehr die Anschauung Platz, daß es sich hier um ähnliche Prozesse handelt, wie bei der Tubenschwangerschaft, fußend auf der allgemein akzeptierten Lehre von dem aktiven Einwandern des Eies in die mütterlichen Gewebe. Für die verschiedenen Formen der Placenta praevia ist die verschiedene Gestaltung des Einpflanzungsbodens für das Ei von ausschlaggebender Bedeutung, insofern die Dicke der Dezidualbildung einerseits und die Starre der Wand andererseits die mächtigsten Faktoren darstellen; da diese in den drei Abschnitten des Uterus: Corpus, Isthmus, Cervix, sich ganz verschieden verhalten, so empfiehlt es sich, eine Einteilung der Placenta praevia-Formen nach der anatomisch-histologischen Differenz der drei Uterusabschnitte vorzunehmen. Als Placenta praevia simplex wäre die Placentabildung zu bezeichnen, bei welcher die Placenta das Isthmusgebiet zum geringen Teil okkupiert; sie entspricht dem tiefen Sitz der Placenta. Als Placenta praevia isthmica sind die Formen zusammenzufassen, bei denen der größte Teil des Isthmus oder der ganze Isthmus in Beschlag genommen ist; sie entspricht der Placenta praevia marginalis. Die Placenta praevia cervicalis stellt die seltenen Fälle dar, bei denen die Cervicalwand selbst durch das wachsende Ei aufgewühlt worden ist und die Ueberdachung des Cervicalkanals durch richtiges Placentargewebe, d. h. die Bildung einer Placenta praevia totalis zustande gekommen ist. Die Tatsache erscheint bemerkenswert, daß derselbe Prozeß, d. h. die Zerstörung der Wand des weiblichen Genitalschlauchs in gleicher Weise eingeleitet wird, wenn das Ei einen zu kurzen Weg zurücklegt und schon im Eileiter zur Ansiedlung gelangt, und auch, wenn es einen zu weiten Weg zurücklegt und über das Cavum uteri proprium hinaus erst im Isthmus oder am Cervixeingang zur Ruhe gelangt.

2. Claus, Berlin: **Luetische Erkrankung der Parotis.**

Eine Patientin, die nie an Lues erkrankt gewesen sein will, zeigte eine chronische Mittelohreiterung, die angeblich seit sechs Jahren mit Intervallen bestand, eine Fistelbildung am Sternoklavikulargelenk, hervorgegangen aus einer vor vier Jahren hier entstandenen Schwellung, Schwellung und Fistel in der Jochbogengegend und derbe Infiltration beider Parotiden, durch die im Verein mit der Jochbogenperiostitis seit einem Jahre eine erhebliche Kiefersperre bedingt war, und schließlich eine Tumorbildung an der hinteren Pharynxwand. Schon auf geringe Jodkaligaben hin gingen die Erscheinungen alle so prompt zurück, daß ihre Deutung als luetische unbedingt berechtigt erscheint.

3. Grünbaum, Berlin: **Ein neuer Fall von primärem Krebs der Appendix.**

Bei der betreffenden Patientin wurde auf Grund der Anamnese und des objektiven Befundes die Diagnose Pyosalpinx duplex mit entzündlicher Beteiligung der Appendix gestellt und die Laparotomie vorgenommen. Die Operation ergab die erwarteten Veränderungen an den Adnexen; bei der Inspektion der rechten Seite fand sich die Appendix verdickt, teilweise in Adhäsionen liegend, mit der Spitze am hochgeröteten und vergrößerten Ovarium adhärent. Das proximale Ende der 4 cm langen Appendix zeigte ganz normale Verhältnisse und erwies sich auch mikroskopisch als völlig normal; das distale Ende dagegen war bohnengroß verdickt, verhärtet; auf dem Durchschnitt zeigte sich die Verdickung, an der hauptsächlich die Außenschichten beteiligt waren, bedingt durch eine solide Neubildungsmasse von gelblich-opaker Färbung. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Carcinoma simplex, welches von der in den Krebs aufgegangenen Mukosa ausgehend, alle Schichten gleichmäßig von der Schleimhaut bis zur Serosa durchwucherte und diese selbst noch infiltrierte. Das Mesenteriolum war frei von Drüsen und Krebseinlagerung, ebensowenig waren am Peritoneum des benachbarten Ovariums und der Tube karzinomatöse Herde nachweisbar. Der Fall bestätigt betreffs der Diagnosenstellung die Ansicht Th. Landens, daß das klinische Bild des Appendixkarzinoms mit dem der Appendizitis identisch ist, und deshalb wohl selten ante operationem die richtige Diagnose gestellt wird; auch sonst fügt sich der Fall in klinischer Beziehung (das jugendliche Alter der Patientin, die relative Gutartigkeit des Tumors, die günstige Prognose) in das durch die bisherigen Forschungen über das Appendixkarzinom gegebene Bild.

4. Schanz, Dresden: **Eine typische Erkrankung der Wirbelsäule (Insufficientia vertebrae).**

Die betr. Patienten, die meist den mittleren Lebensaltern angehören, kommen gewöhnlich zum Arzt mit Klagen, welche sich auf die Abdominalorgane oder auf die Brust- oder Unterleibsorgane beziehen; über Rückenschmerzen wird gewöhnlich von den Patienten spontan gar nicht geklagt; im einzelnen sind die Angaben über die subjektiven Beschwerden unscharf und wechselnd. Die Untersuchung der Gegenden, die als Sitz der Beschwerden angegeben werden, ergibt stets ein völlig negatives Resultat. Die genauere Körperuntersuchung des Patienten zeigt aber an der Wirbelsäule eine oder mehrere schmerzhafte Stellen auf, deren Prädilektionsstellen die mittlere Brust-, untere Lendenwirbelsäule und die Lendenwirbelkörper darstellen; außerhalb der Wirbelsäule finden sich häufig Druck- und Klopfempfindlichkeit am Rippenkorb und am Becken. Das Allgemeinbefinden der Patienten ist meist erheblich gestört; körperliche und geistige Anstrengungen, psychische Affektionen bringen meist eine Verschlimmerung des ganzen Zustandes, während bei Ruhe Besserung eintritt. Ein bestimmter Zeitpunkt für den Beginn der Beschwerden wird selten angegeben; häufig haben sich dieselben an Erkrankungen, die den Allgemeinzustand des Patienten heruntergedrückt haben, angeschlossen, bisweilen auch an eine direkte Schädigung der Wirbelsäule (Trauma). Die Beschwerden als Ausstrahlungen von andern erkrankten Organen zu betrachten, oder sie als nervöse, hysterische Spinalirritation zu deuten, ist nicht angängig. Die große Aehnlichkeit, die die Erscheinungen in diesen Fällen mit bekannten Krankheitsbildern aus der Pathologie der Wirbelsäule (tuberkulöse



Spondylitis, chronische rheumatische Erkrankungen, Spondylitis deformans, Kümmelsche Deformität) bieten, legt es nahe, auch hier die Ursache in einem besonderen pathologischen Zustand der Wirbelsäule zu suchen. Verf. führt des Näheren aus, daß eine weitgehende Parallelität in Bezug auf Krankheitsursachen, Symptome und Verlauf zwischen diesen Wirbelsäulenschmerzen und den Plattfußbeschwerden besteht und glaubt, daß die charakterisierten Schmerzzustände an der Wirbelsäule für die Wirbelsäule dasselbe sind, was für den Fuß die Plattfußbeschwerden sind. An der Wirbelsäule wie am Fuß werden Schädigungen hervorgerufen, wenn die statische Inanspruchnahme über die statische Leistungsfähigkeit ansteigt. Die Therapie muß das ursächliche Belastungsmißverhältnis an der Wirbelsäule ausgleichen, einmal durch eine Verminderung der Belastung, die sich durch Ruhe und Anlegung eines stützenden Apparates erzielen läßt, und dann durch Erhöhung der Tragfähigkeit der Wirbelsäule, wozu hauptsächlich Massage und Gymnastik heranzuziehen sind. Bei richtiger Diagnose und richtiger Ausführung der Kur dürfte jeder Patient zur Heilung zu bringen sein.

5. Herzog, Mainz: **Die Syphilis des Herzens und ihre Frühdiagnose.**

Unter Anführung einiger Krankengeschichten erläutert Verf., daß die früheste Frühdiagnose der Lues cordis in einer Reihe von Fällen möglich ist, nämlich bei alleinigem oder vorzugsweisem Ergriffensein der Aorta und der Kranzarterien. Jeder schwere Anfall von Angina pectoris bei jungen oder Leuten in den mittleren Lebensjahren, aber auch leichtere Beschwerden von Präkordialdruck und Angst bei vorher Gesunden, speziell nicht Nervösen, sollen an Lues denken lassen. Dabei werden Zeichen von Drucksteigerung im Aortensystem, das Mussetsche Symptom (Nicken des Kopfes synchron mit dem Puls), Akzentuation des zweiten Aortentones, Drucksteigerung an der Radialis, hebender, verbreiteter Spitzenstoß mit Wellenbewegungen über der Herzgegend, so vieldeutig sie auch sind, doch ein sehr wertvolles Hilfsmittel bieten. Auch um eine Frühdiagnose kann es sich handeln bei der Diagnose von Herzmuskelerkrankungen spezifischer Natur; bei anderweitiger spezifischer oder in dieser Richtung suspekter Organerkrankung, oder wenn eine Herzvergrößerung sich relativ rasch ohne sonstige nachweisbare Ursache sich entwickelt, ist an die Möglichkeit der Lues zu denken. Das Auftreten einer Aorteninsuffizienz in mittleren Jahren ohne Gelenkrheumatismus muß schließlich höchst suspekt erscheinen; das ist freilich keine Frühdiagnose der Lues cordis mehr, höchstens eine solche des Aneurysmas.

6. Pick, Berlin: **Ueber Meningokokken-Spermatozystitis.**
(Schluß aus Nr. 30.)

Bei dem betr. Falle zeigten die Befunde am Zentralnervensystem, im Nasenrachenraum und in den Nebenhöhlen wie in den übrigen Organen ganz das bekannte Bild der übertragbaren Genickstarre; auch die bakteriologische Untersuchung der eitrigen Lumbalflüssigkeit und des Eiters von der Hirnkonvexität lieferte den Meningococcus intracellularis Weichselbaum in seinen typischen morphologischen und kulturellen Eigenschaften. Daneben aber fand sich bei der Autopsie ein doppelseitiges Empyem der Samenblasen und einseitiges im Endteil der Samenleiterampulle; im Eiter der Samenblasen war der nämliche gramnegative semmelförmige Diplokokkus von den nämlichen kulturellen Eigenschaften in Reinkultur vorhanden. Daraus wäre zu schließen, daß hier Meningokokken mit dem zirkulierenden Blute in die Samenblasen gelangt sind. Aber das Eigenartige und Auffallende dieser Lokalisation kann zu einer anderen Fragestellung führen, ob der gefundene Mikroorganismus wirklich der Meningokokkus und nicht doch vielleicht der Gonokokkus, von dem er morphologisch sich in nichts unterscheidet, ist, und ob nicht die eitrige Entzündung der Samenblasen die primäre, die eitrige Entzündung der Meningen die sekundäre Affektion ist, die lokalisierte Folge einer Gonokokkensepsis von der primären Spermatocystis gonorrhoica aus. Diese Auffassung liegt umso näher, als eine enge Verwandtschaft zwischen Meningo- und Gonokokken besteht, und als nicht nur die Allgemeininfektion durch Gonokokken als erwiesen gelten muß, sondern hierbei wiederholt die Infektion des Zentralnervensystems und seiner Häute festgestellt ist. Die genauere Untersuchung der Mikroorganismen, im vorliegenden Falle besonders mittels der Agglutination mit einem hochwertigen spezifischen Serum und der Kultur auf den bunten zuckerhaltigen Nährböden Lingelsheims, ergab aber, daß beide Kulturen zweifellos Meningokokken darstellen. Danach lag also eine Infektion der Leptomeningen mit dem Weichselbaumschen Meningokokkus vor und Meningokokkeninfektion der Samenblasen: Meningitis cerebrospinalis contagiosa et Spermatocystitis meningococcia. Damit ist erwiesen, daß, wie der Gonokokkus von seinem eigensten Bezirk, dem Urogenitaltraktus aus gelegentlich in den Hüllen des Zentralnervensystems sich einnistet, auch umgekehrt der Meningokokkus außer in den Leptomeningen in die Domäne des Gonokokkus, in die eigentlichen Organe der Urogenitalsphäre gerät und hier sehr erhebliche Empyeme erzeugen kann.

7. Runge, Berlin: **Stauungstherapie in der Gynäkologie und Geburtshilfe.**

In Betracht kommt hier wesentlich nur die Saugbehandlung. Die Technik des Verfahrens ist die, daß mit einem gewöhnlichen Röhrenspekulum die Portio eingestellt und eventuell, wenn man eine Blutentziehung mit der Stauung verbinden will, eine Skarifikation der Portio vorgenommen wird. Darauf wird das Spekulum mit einem Gummistopfen, durch den ein Glasrohr hindurchführt, luftdicht abgeschlossen und vermittelst eines mit einem Dreiwegehahn versehenen Schlauchs mit einer Spritze verbunden, mit der die Luft im Spekulum verdünnt wird. Die Portio wird dann tief in das Rohr hineingezogen, schwillt an, wird dunkelrot, livid verfärbt; aus dem Muttermund entleert sich reichlich Schleim, eine eventuell vorhandene Errosion beginnt zu bluten. Man staut fünf Minuten mit Pausen von drei bis fünf Minuten, im ganzen $^1/_2$ bis $^3/_4$ Stunde. Zum Schluß wird die Portio gereinigt und ein steriler Wattetampon vorgelegt. Das Verfahren wird alle ein bis drei Tage wiederholt. Soll auch auf die Korpusschleimhaut eingewirkt werden, so muß ein Dilatator in das Uteruskavum eingeführt werden, der dasselbe auseinanderspreizt; dazu empfiehlt sich ein kleiner Dilatator mit einem festeren Metallstab als Mittelstück und sechs feinen, darum gruppierten Drahtspangen, die bei der Einführung sich fest an den Mittelstab anschmiegen und nachher durch eine Schraubenvorrichtung auseinander gedrängt werden. Als geeignet für das Verfahren erweisen sich hauptsächlich chronische Entzündungen der Uterusschleimhaut, mag es sich um einen Cervixkatarrh mit oder ohne Errosion oder um eine Entzündung der Korpusschleimhaut handeln, wie sie in Form von Menorrhagien, anteponierten Menses und Dysmenorrhöen in Erscheinung tritt. Die Heilung wird mit diesem Verfahren nicht schneller erreicht als mit den sonstigen Behandlungsmethoden, wenn auch anfangs zumeist sehr schnell Besserung erzielt wird; ein Nachteil gegenüber der bisherigen Therapie besteht darin, daß viel mehr Zeit erforderlich ist, da jede Sitzung $^1/_2$ bis $^3/_4$ Stunde dauert. Eine weitere Anwendung findet das Saugverfahren bei parametranen Exsudaten; sind diese von der Vagina aus inzidiert oder punktiert, so läßt sich der Abfluß des Sekretes und die Ausheilung des Prozesses unter dem Ansaugen nicht unwesentlich beschleunigen. Auch bei Fisteln in Laparotomienarben ist das Verfahren mit Erfolg verwandt worden. Auf dem Gebiete der Geburtshilfe hat sich die Stauungshyperämie glänzend bewährt bei der Behandlung der Mastitis. Nach kleiner Inzision eventueller Abszesse wird die Mamma in großen Glocken angesaugt; sie wird dabei blaurot, livide, entleert etwas Milch und aus eventuellen Inzisionen Eiter; bestehen Schrunden an der Mamille, so bluten sie meist, heilen aber schnell ab. Mit Pausen von fünf Minuten wird etwa zehn Minuten lang, im ganzen ungefähr $^3/_4$ Stunde täglich ein- bis zweimal bis zur völligen Ausheilung gestaut. Der Erfolg der Methode ist fast immer ein eklatanter; das Fieber schwindet schnell, die Schmerzen lassen prompt nach, die Behandlungsdauer wird bedeutend abgekürzt; vom kosmetischen Standpunkt aus ist das Resultat ein ausgezeichnetes, da die ausgedehnten Narben nach den früheren breiten Inzisionen wegfallen. Ein weiterer Vorteil liegt darin, daß man das Kind zumeist an der Brust belassen kann, muß man es zeitweilig entfernen, so bleibt die Milchsekretion infolge der Ansaugung fast immer gut erhalten, und das Kind findet, wenn es wieder angelegt werden kann, genug Nahrung vor.



Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 29. 1907.

1. Placzek und Krause, Berlin: **Zur Kenntnis der umschriebenen Arachnitis adhäsiva cerebralis.**

P. berichtet über die klinischen Daten des betr. Falles. Bei der 25jährigen Patientin hatten sich zunächst Gehstörungen geltend gemacht, dann war allmählich eine Augenmuskellähmung eingetreten, schließlich eine Lähmung der rechten Gesichtshälfte. Auf Grund dieses Befundes und charakteristischer Allgemeinsymptome, Erbrechen, Kopfschmerz, Schwindel, weiter der Veränderung des Ganges, des Taumelgefühls, der Neigung nach links zu fallen, wurde ein raumbeengender Tumor in der hinteren Schädelgrube diagnostiziert. Bei dem schweren Zustande der Kranken wurde die Operation beschlossen: dieselbe wurde zweiseitig vorgenommen und ergab außer einer ungewöhnlichen Verdickung des Schädelknochens, einer Verdickung der harten Hirnhaut und starken Verwachsungen derselben mit der weichen Hirnhaut, eine abgekapselte Flüssigkeitsansammlung an der unteren Fläche der rechten Kleinhirnhemisphäre. Die bei dem überraschenden Befunde natürlichen Bedenken, daß der eigentliche Tumor noch an irgend einer anderen Gehirnstelle sitzen müßte, wurden zunächst zerstreut durch den verblüffenden Erfolg der Operation, indem schon am Tage nach derselben die Lähmungen der Augenmuskeln und des Gesichts fast völlig geschwunden waren. Erneute Bedenken aber stiegen wieder auf, als zehn Tage nach der Operation eine hohe Temperatursteigerung, begleitet von Schüttelfrost und Erbrechen, einsetzte und eine monatelange kritische Zeit einleitete, in der hohe Temperaturen bis 40° mit jähen Abfällen, fieberfreien Perioden und plötzlichen Anstiegen wechselten, vielfach Schüttelfröste und ungemein häufiges Erbrechen zeitweilig auftraten. Auffallend war dabei, daß trotz der alarmierenden Erscheinungen das Allgemeinbefinden ein ausgezeichnetes und auch die früheren Lähmungssymptome dauernd geschwunden blieben. Erst nach drei Monaten wurde die Temperatur dauernd normal und die Genesung eine völlige. Als Ursache des seltsamen Krankheitsbildes bleibt nur anzunehmen, daß die Manipulation bei der Operation, das Betasten des Kleinhirns, die Druckwirkung auf Kleinhirn und Medulla oblongata durch den Spatel temperatursteigernd gewirkt haben.

K. ergänzt die Mitteilungen durch Schilderung der operativen Technik und der Beobachtungen bei der Operation. Bezüglich des vorliegenden Krankheitsbefundes erinnert K. daran, daß alle Symptome der Rückenmarks- oder Rückenmarkshautgeschwulst durch eine umschriebene Ansammlung von Liquor cerebrospinalis hervorgerufen werden können, daß die gleichen Veränderungen und Symptome auch durch eitrig-nekrotisierende Knochenprozesse an den Wirbelbögen und den Wirbelkörpern verursacht werden können. Die Analogie zu der letzteren akuteren Form bietet die sogenannte Meningitis serosa cerebralis, wie sie bei eitrigen Prozessen des Mittelohres und der benachbarten Teile vorkommt, wahrscheinlich als fortgeleitetes entzündliches Oedem. Zur chronischen Form der Meningitis serosa spinalis bietet das vorliegende Krankheitsbild die Analogie; beide Male handelt es sich um genau umgrenzte Ansammlungen von Liquor, die unter hohem Druck stehen und dadurch wie eine wirkliche Geschwulst wirken. Die Entstehung des Leidens erscheint durch den vorliegenden Fall geklärt. Die Dura war über die Maßen verdickt und zeigte mikroskopisch ein zellarmes, festes, fibröses Gewebe, das nur spärlich mit dünnen Bluträumen durchsetzt war; die cystenartige Flüssigkeitsansammlung an der inneren unteren Kleinhirnfläche dürfte auf entzündliche Verlötungen der Arachnoidealmaschen zurückgeführt und als sekundäre Liquorstauung in den abgeschlossenen Hohlräumen aufgefaßt werden. Der Entstehung gemäß erscheint die Bezeichnung dieser Veränderungen als Arachnitis adhäsiva circumscripta angezeigt; zugleich dürfte damit auch die wahrscheinliche Pathogenese der chronischen Meningitis serosa spinalis gegeben sein.

2. Peiser, Breslau: **Ueber das habituelle Erbrechen der Säuglinge („Speikinder").**

Eine große Zahl von Speikindern wird unter Brustkindern gefunden; in vielen Fällen dürfte es sich hier um dauernde Ueberernährung und Außerachtlassung regelmäßiger Trinkpausen handeln; der zu reichlich aufgenommenen Nahrung entledigt sich das Kind per os und schützt sich gegen eine Ueberlastung seines Magendarmkanals; bei Einhaltung regelmäßiger und mindestens vierstündiger Pausen hört hier das habituelle Erbrechen rasch auf, andernfalls kann es zu akuten Ernährungsstörungen ex alimentatione kommen. Bisweilen ist das Speien auf einen bestimmten Nahrungsbestandteil zurückzuführen, das Milchfett; die Therapie ist erfolgreich, wenn sie dieses herabsetzt, sei es in Form der Verkleinerung der Einzelmahlzeiten, sei es in Form der Abrahmung. Dieses bei der Brusternährung habituell gewesene Erbrechen hört nach dem Absetzen auf. Weniger einfach in der Aetiologie und undankbarer in der Therapie ist eine zweite Art von Speien, welche sich bei Brustkindern und künstlich genährten Säuglingen in gleichem Maße findet; meist wird das Speien im zweiten Lebenshalbjahr seltener und hört auf, ohne daß eine bestimmte Ursache für diese Besserung verantwortlich gemacht werden könnte. Diese Kinder gehören zu den nervös, neuropathisch veranlagten. Es gibt Familien, wo sämtliche Kinder aller Therapie zum Trotz monatelang speien; der Uebergang zu festerer Nahrung erst bringt das Symptom zum Schwinden. Vielleicht handelt es sich bei dieser Art habituellen Erbrechens um Pylorusspasmen oder um formes frustes derselben. Während die Kinder der bisherigen Gruppen trotz des habituellen Erbrechens gut gedeihen, unter Umständen fette „Prachtkinder" werden, bleiben die Kinder einer weiteren Gruppe in Wachstum, Gewicht und Gesamtentwickelung gegen gleichaltrige Säuglinge erheblich zurück; ihre Farben sind schlecht, das Fettpolster gering, der Tonus der Muskulatur minimal; es sind aber keine Atrophiker. Sie speien nicht im Strahl, das Erbrechen besteht darin, daß der Mageninhalt ohne wesentlichen Druck zum Mundwinkel herausrinnt; sie speien nicht täglich, sondern nur, wenn man sie nach dem Trinken nicht ruhig liegen läßt; oft erfolgt das Erbrechen noch drei bis vier Stunden nach dem Trinken. Wahrscheinlich ist bei diesen schlaffen, atonischen Kindern die Magenmuskulatur zu schwach, um die normale Entleerung des Magens in der normalen Zeit zu bewerkstelligen. Die Cardia nimmt an der Atonie der Magenmuskulatur teil; bei Kompression des Abdomens und des Magens wird der Schluß der Cardia leicht überwunden, und der Mageninhalt fließt zum Oesophagus hinaus; befindet sich das Kind dagegen nach dem Trinken in Ruhe, so genügt der schwache Cardiaverschluß, um ein Regurgitieren der Nahrung zu verhindern. Die Therapie des Speiens dieser Kinder muß eine allgemeine sein, auf die Hebung der Gesamtkonstitution gerichtet. Eine weitere Gruppe umfaßt Kinder mit gleichfalls schlechtem Ernährungszustand, aber nicht aus konstitutionellen Gründen, sondern weil sie von einer akuten Ernährungsstörung noch nicht repariert sind; von dieser haben sie eine Toleranz gegen das Fett zurückbehalten; infolgedessen speien sie bei jeder milch- i. e. milchfettreicheren Nahrung. Es sind das die für das praktische Handeln des Arztes wichtigsten Fälle; hier feiern die fettarme Malzsuppe und die beinahe fettfreie Buttermilch ihre Triumphe.

3. Lewandowsky, Berlin: **Ueber Apraxie des Lidschlusses.**

Bei einem Patienten, der plötzlich mit linksseitiger Lähmung erkrankte, fand sich als auffälliges Symptom die Vernichtung des aktiven Augenlidschlusses; er war weder imstande, auf Befehl oder aus eigenem Antriebe die Augen zu schließen, noch die passiv geschlossenen Lider aktiv geschlossen zu halten; spontaner Lidschlag war vorhanden; der Blinzelreflex erfolgte prompt; im Schlaf hielt der Kranke die Augen geschlossen. Es ist anzunehmen, daß das Rindenzentrum für den Fazialis intakt war, und daß die organische Läsion, auf die der Ausfall zurückzuführen, nicht nur supranukleär, sondern — nach der Terminologie Wernickes — transkortikal, besser transzentral gelegen war. Unterbrochen mußten die assoziativen Verbindungen des Rindenzentrums für den oberen Fazialis mit andern Gebieten der Rinde, von denen der Impuls zum Lidschluß ausgeht, sein. Die so charakterisierte Störung ist als Apraxie des Lidschlusses zu bezeichnen. Auffallend ist, daß im vorliegenden Falle nur Zeichen für eine Läsion der Hemisphäre vorliegen und die Störung des Lidschlusses eine doppelseitige war. Vielleicht sind aber, wie die Sprache und ein Teil der Extremitätenhandlung an die linke Hemisphäre gebunden sind, andere Bewegungsformen an die rechte Hemisphäre geknüpft.

4. Funk, Köln: **Zur Biologie der perniziösen Blutkrankheiten und der malignen Zellen.**

Perniziöse Blutkrankheiten und maligne Neoplasmen haben



vor allem die prinzipielle zwecklose Massenproduktion jungen unfertigen Zellmaterials gemeinsam. Wie alle anderen Zellen, so differenzieren sich auch die Blutzellen entwicklungsgeschichtlich sowohl, als in der Ontogenese zu den verschiedenen Typen auf dem Wege der physiologischen Arbeitsteilung. Daneben findet noch eine Differenzierung der Bildungsstätten der Blutzellen statt. Diese ganze Differenzierung der Blutzellen, die der Art sowohl, als die lokale, sind phylogenetisch und ontogenetisch jung. Beide sind beim Neugeborenen kaum ausgebildet, und besonders die lokale Anordnung der Bildungsstätten erfolgt präzise erst im Verlaufe der weiteren Entwicklung; selbst nach stattgefundener lokaler Differenzierung der Blutzellenbildung erfolgt die qualitative Differenzierung zu reifen Blutzellen, also die Ausreifung, auch im ausgewachsenen Organismus physiologischer Weise permanent. Beide Umstände: Jugend der lokalen Differenzierung und Fortbestehen der Differenzierung an den Bildungsstätten und als drittes Moment die schon unter physiologischen Umständen lebhafte Tätigkeit der Bildungsstätten bedingen eine starke Labilität der Blutzellenbildung. Ein die jeweilige Zellart treffender Reiz ruft lebhafte Reaktion hervor, die Produktion steigt rasch an, bei der hastigen Neubildung reifen die neugebildeten Zellen nicht aus, unreife Zellen werden ins Blut geworfen. Nach Zessieren des Reizes pflegt eine qualitative und quantitative Rückkehr zur Norm in der Blutzellenbildung einzutreten. Bleibt diese jedoch aus, hat das hämatopoetische System infolge von konstitutioneller Differenzierungsschwäche, verbunden mit einer eventuellen vitalen Schädigung durch den Reiz, die Noxe, welche den primären Prozeß, die Reaktion, auslöste, nicht mehr die Kraft, zur physiologischen Funktion zurückzukehren, d. h. geht die Reaktion in einen selbständigen Prozeß über, so ist sie zur Krankheit, zur perniziösen Blutkrankheit geworden. Der Zeitpunkt, wann dieser Uebergang zur selbstständigen Krankheit stattfindet, ob er schon stattgefunden, ist aus dem Blutbild als solchem nicht immer mit Sicherheit zu ersehen. Die Differenzierungsschwäche des hämatopoetischen Systems, die zum Entstehen der selbständigen perniziösen Blutkrankheit erforderlich ist, zeigt sich auch darin, daß der einmal ausgelöste Prozeß der Entdifferenzierung auch auf andere Zellgattungen übergreift. Mit der qualitativen Entdifferenzierung der Blutbildung erfolgt auch eine lokale, die am stärksten wird bei den Lymphämien, wo die Neubildung der Lymphozyten fast universell wird.

Nicht nur die Blutzellen, alle Zellen des Organismus haben sich in der Phylogenese und Ontogenese differenziert; bei diesem Prozeß haben sie mit der Einordnung in den Zellstaat und der Leistung einer spezifischen Arbeit immer mehr von der ursprünglichen Selbständigkeit des einzelligen Wesens, des Protisten verloren. Jeder Schritt zurück, jeder Grad der Entdifferenzierung bringt als Rückschlag einen Grad der verlorenen Selbständigkeit wieder, und in einem gewissen Stadium der Entartung wird die Zelle wieder zum Protisten, zum Parasiten im menschlichen Organismus. Im Gegensatz zur Zelle der perniziösen Blutkrankheit wachsen die Zellen des malignen Neoplasmas sofort destruierend; die Zellen müssen, um leben zu können, in das umliegende Gewebe destruierend einwachsen. Auch bei der Genese des malignen Neoplasma muß die Annahme einer allgemeinen oder lokalen Neigung des Gewebes zur Entdifferenzierung, einer Differenzierungsschwäche, und eines die Entdifferenzierung auslösenden Reizes gemacht werden. Dieser Reiz kann verschieden stark adäquat, chronisch oder akut sein, kann von einem Parasiten ausgehen, mechanischer, chemischer, thermischer Art sein. Durch diesen Reiz wird, wie bei der perniziösen Blutkrankheit, zuerst eine reaktive Wucherung ausgelöst, die erst im Verlaufe, infolge der mehr oder minder starken Differenzierungsschwäche des wuchernden Zellmaterials malign wird und diesen Charakter infolge der Tenazität der Zellen beibehält. Die Gefahr der Entartung liegt in jeder Wucherung und auch die Zellen gutartiger Wucherungen sind biologisch minderwertig. Wann und wo der Uebergang von der biologisch minderwertigen Geschwulstzelle zur wirklich malignen Zelle stattgefunden hat, ist nur aus dem Verhältnis der Zelle zum umliegenden Gewebe erkennbar.

Die Wesensbildung der malignen Neubildung ist von Bedeutung für die Deutung der elektiven Wirkung der Röntgenstrahlen. Für das Zustandekommen dieser Wirkung kommt nur in geringerem Grade eine Widerstandsfähigkeit der malignen Zelle, die durch die lebhafte Wucherung, d. h. den jeweiligen Zustand der Kernteilung der Zelle bedingt ist, in Betracht. Durch Röntgenstrahlen werden jeweilig die sich eben differenzierenden Zellgruppen vor den differenzierten und von diesen die eben differenzierten, also zytogenetisch jungen, elektiv geschädigt; dieser Faktor, mangelhafte Differenzierung, bedingt in der Hauptsache die Widerstandsunfähigkeit der malignen Zelle gegen Röntgenstrahlen. Die Wirkung dieser hat man bisher auf physikalischem Wege gedeutet; seitdem es aber gelungen ist, durch Injektion von Cholin, einem relativ ungiftigen Ptomain, dieselben Erscheinungen hervorzurufen, ist wohl anzunehmen, daß durch Röntgenbestrahlung ähnliche Ptomaine im bestrahlten Gewebe erzeugt werden und diesen die Röntgenwirkung zuzuschreiben ist. Wenn subakute und akute Infektionskrankheiten das Blutbild bei Leukämie für Monate zur Norm bringen können, wenn maligne Neoplasmen unter einem Erysipel verkleinert werden oder zur Abteilung kommen, so ist das Effekt der bei diesen Injektionen produzierten Ptomaine. Coley hat aus Erysipel- und Prodigiosuskulturen eine wirksame toxische Substanz isoliert und damit bei Sarkomen sehr bemerkenswerte Erfolge erzielt. Das Toxin wirkt vorzugsweise lokal, in abgeschwächtem Maße an den von der Injektion entfernten Stellen; dasselbe gilt für die Wirkung der Röntgenstrahlen. Die Röntgentherapie ist ein äußerst differentes Mittel; die durch die Strahlen im Organismus gebildeten Stoffe können speziell bei Leukämie einerseits heilend, die mangelhaft differenzierten Zellen ausmerzend, andererseits im blutbildenden System als Reiz zur malignen Wucherung wirken; eine sichere Handhabe, die eine oder andere Wirkung zu erzielen, gibt allenfalls die fortlaufende Kontrolle der eintretenden Blutveränderungen. Die therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen sollte deshalb auf die notwendigsten Fälle mit strenger Indikationsstellung beschränkt werden. Ungefährlicher als die Erzeugung der toxischen Substanz im Organismus selbst durch Bestrahlung ist, dieselbe genau dosiert an den Ort, an dem sie wirken soll, einzuführen, besonders da ihre Wirkung vorzugsweise lokal ist. Für die Behandlung der perniziösen Blutkrankheiten kommt diese Methode nicht in Betracht; bei malignen Tumoren erscheint sie rationeller als die Bestrahlung. Zusammenfassend ergibt sich: die maligne Zelle ist gegen gewisse Toxine widerstandsfähiger als die physiologischen Zellen; von den bisher erprobten toxischen Substanzen haben die Ptomaine und unter ihnen das von Coley isolierte Ptomain die stärkste Wirkung auf die maligne Zelle; eine Kombination mit gleichzeitiger oder vorhergehender Methylenblau- oder Atoxylbehandlung läßt vielleicht intensivere Wirkungen erwarten.

5. Neumann, Potsdam: **Zur Behandlung des Erysipels mit Metakresolanytol.**

6. Moses, Berlin: **Der heutige Stand der Atoxylbehandlung der Syphilis, unter Mitteilung eigener Beobachtungen.**

Vermischtes.

Beelitz. Der große Erweiterungsbau der Arbeiterheilstätte der Landesversicherungsanstalt Berlin ist fertiggestellt. Die Neubauten schaffen rund 600 neue Betten für Lungenkranke. Insgesamt beträgt die Bettenzahl der Arbeiterheilstätte nunmehr 1200. Außer zwei großen Pavillons sind zur Ausführung gelangt: ein Aerztewohnhaus, acht Wohnhäuser für Angestellte mit 30 Wohnungen, ein Bäckerei- und ein Fleischereigebäude, ein Postgebäude. Die Kosten des Neubaues sind wesentlich niedriger als die des ersten Baues, weil sämtliche Generalanlagen schon vorhanden waren; damit sind auch die Kosten für das einzelne Bett erheblich gesunken.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

F. Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80. Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.



Redaktion: Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81. Dr. P. Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 18. November 1907. Nr. 46.

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage Therapeutische Rundschau und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Ueber die Behandlung des Diabetes mellitus.

Von Dr. **E. Wetschtomow**, Nischni-Nowgorod.

(Schluß.)

V. Remedia antiseptica.

1. Acidi carbolici 2,0
   Aqu. destillat. 150,0
   Aqu. Menthae pip. 50,0.
   MDS. Drei- bis viermal täglich 1 Eßlöffel voll. (Ebstein.)
2. Creosotum je 1—10 Tropfen zweimal täglich.
3. Guajakol je 1—10 Tropfen zweimal täglich.
4. Flores benzoës
   pulv. gummosi ana 0,2.
   M. f. p. D. t. d. Nr. 10 S. Zweistündlich ein Pulver.
5. Benzosol je 0,5 dreimal tägl. (maximum 5,0 tägl.).
6. Creolinum je 1—10 Tropfen zweimal täglich.
7. Thymol je 0,05—0,1 mehrmals täglich.
8. Hydrogenium peroxydatum solutum 2% (volumine) 100,0.
   DS. Eßlöffelweise mit viel Wasser und Zusatz von 1 Tropfen Ac. muriatici dil.
9. Kali hypermanganicum je 0,05—0,15 zwei- bis dreimal täglich.
10. Natr. Sozojodolicum bis 2,0 täglich in Wasserglycerinlösung (Schau).

VI. Organische und anorganische Säuren zum Trinken mit Wasser.

1. Ac. phosphorici 5,0
   Succi citri 30,0.
   MDS. Zum Trinken mit Wasser.
2. Acid. muriaticum.
3. Acid. silicicum je 0,06 zweimal täglich zugleich mit Kalcium-Phosphaten.
4. Kalium salicicum je 0,5—1,0 zweimal täglich (Batty).
5. Acidi lactici 5,0—10,0
   Natrii bicarbonici 5,0
   Aqu. destillat. 300,0.
   MDS. Im Laufe des Tages einzunehmen.

VII. Alkalien (werden nach Miahle besonders wegen der herabgesetzten Alkalinität des Blutes empfohlen).

1. Natrium carbonicum.
2. Natrium bicarbonicum.
3. Natrium aceticum.
4. Natrium sulfuricum.
5. Lithiumsalze.
   a) Lithii carbonici 0,3 D. t. d. Nr. 10.
   Nach dem Frühstück und Mittagessen in einem Glase Vichy-Wasser je 1 Pulv. mit 2 Tropfen solut. arsenicalis Fowleri zu nehmen (Dujardin-Beaumetz).
   b) Lithii benzoici 10,0
   Lithii salicylici 5,0
   Extr. et pulv. Liquir. q. s.
   Ut f. pil. Nr. 100 DS. Je fünf bis sechs Stück tägl.
6. Ammoniakpräparate.
   a) Amm. carbonici 2,0
   Rhum. 20,0
   Syr. simplicis 20,0
   Aqu. destillat. 90,0.
   MDS. Morgens und abends 1 Eßlöffel voll zu nehmen.
   b) Ammonium chloratum.
   c) Ammonium aceticum.
   (Adamkiewitz.)
7. Alkalische Mineralwässer, indiziert bei Fettsucht und Obstipation.
   a) Karlsbad.
   b) Neuenahr.
   c) Vichy.
   d) Tarasp.
   e) Borjom.
   f) Essentuki.

VIII. Tonisierende Mittel.

1. Eisenpräparate.
2. Arsenik.
   a) Ac. arsenicosi 0,05
   Opii puri 0,25
   Saponis medicat q. s.
   Ut f. pil. Nr. 20 DS. je 1 Pille täglich.
   b) Natrii arsenicosi 0,004
   Natrii carbonici 0,05
   Aqu. Selters 300,0.
   MDS. Im Laufe des Tages einzunehmen.
   c) Natrii arsenicosi 0,02 (g $^1/_3$)
   Lithii carbonici 1,0
   Extr. Gentianae q. s.
   Ut f. pil. Nr. 10 DS. Morgens und abends bis zum Verschwinden des Zuckers zu nehmen.
   d) Arsenauri (Verbindung von Brom-Arsen mit Bromgold) — 20,0. DS. Mit acht bis zehn Tropfen auf $^1/_2$ Glas Wasser dreimal täglich beginnend und bis 50 Tropfen pro Dosis bezw. 150 Tropfen pro die steigend, bis der Zucker verschwunden ist. Tritt der Zucker wieder auf, so beginnt man mit der Medikation von vorn.
   e) Arsenhaltiges Wasser — Levico, Roncegno, Guber u. a.
3. Chininum.
4. Strychninum.



IX. Jodpräparate.

1. Tinct. jodi.
2. Jodoformium je 0,02—0,2 in Pulvern, Pillen, ätherischer Lösung (Moleschot).

X. Remedia adstringentia.

1. Ac. gallicum je 0,06—0,6 in Pulvern und Pillen.
2. Extr. Myrtilli (efoliis) 10,0 M. f. l. a. pil. Nr. 100. DS. Dreimal täglich je 5 Pillen.
3. Decocti fol. Myrtilli 1000,0 DS. im Laufe des Tages zu trinken. (Man nimmt zwei Haufen Blätter, kocht mit zwei Liter Wasser so lange, bis ein Liter geblieben ist.)

XI. Verschiedene andere Mittel.

1. Secale cornutum.
   a) Extr. Secalis corn.
   Extr. Sthychni ana 1,0
   Liqu. Kalii acetici 25,0
   Ol. Foeniculi gtt. 2
   Aqu. destillat. 180,0.
   MDS. Dreistündlich 1 Eßlöffel voll.
   b) Ergotin je 0,1 pro dosi.
2. Jambul (Samen von Sizigium jambolanum) je 20,0 bis 40,0 täglich in Pulver.
   a) Extr. fl. e fruct. Sizigii jambolani 100,0. MDS. Dreimal täglich je 1 Teelöffel voll.
   b) Extr. fl. e cortice
   Sizigii jambolani 100,0.
   DS. In etwas größerer Dosis als vorstehend.
   c) Infuso-decocti Sizigii jambolani 3,0—15,0 : 200,0.
   DS. Im Laufe des Tages einzunehmen.
3. Kalkpräparate (werden verordnet, weil die Diabetiker viel Kalk verlieren und weil im Fleisch wenig Kalk enthalten ist).
   a) Calcaria carbonica praecip. je 0,5—2,0.
   b) Calcium oxalicum.
   c) Calcariae carbonicae 95,0
   Calcariae phosphoricum 5,0.
   MDS. Je 1 Teelöffel voll.
   d) Eierschale 4,0 täglich.
4. Ichthyol (nach Zuelzer soll dadurch der Ernährungszustand gehoben werden).
5. Harntreibende Mittel.
6. Piperazin.
7. Lycetol je 1,0 zweimal täglich in Selterwasser; man kann gleichzeitig in Arsen verordnen.
8. Methilhydrochinon.
9. Quecksilberpräparate.
   a) Hydrarg. bichloratum je 0,006—0,012 dreimal täglich. (Mayer.)
10. Cuprum.
11. Uransalze (nach manchen Autoren sollen die Uransalze die Funktion der Zellen, welche Zucker konsumieren, steigern, nach anderen die Resorption im Darm verringern).
   a) Uranii nitrici je 0,1—0,2 in Kapseln drei- bis viermal täglich.
   b) Uranii nitrici 1,5
   Saccharini 0,2
   Aqu. Menth. pip. 180,0.
   MDS. Je $^1/_2$—1 Eßlöffel voll zweimal täglich.
12. Phosphor je 0,001—0,002 dreimal täglich (angezeigt bei Ekzem, Pruritus usw).
13. Lecithin Clin (je 0,05) in Pillen. DS. Zwei- bis sechsmal täglich oder in Dosen von 1,0 als subkutane Injektion.
14. Antimellin, Glycosolvol, Saccharosolvol.
15. Glycerin.
16. Methylenblau je 0,1 zweimal täglich (bei Albuminurie).
17. Folia vitis idaeae — je zwei Haufen mit zwei Liter Wasser so lange kochen, bis ein Liter Flüssigkeit geblieben ist.
18. Verschiedene Haus- und empirische Mittel: Tee aus Leinsamen und Bohnenschale. Hierher kann man auch eventuell die Darreichung von Mollusken wie Austern aus der Gruppe Monimyariae rechnen (zweimal täglich 6,0 vor der Mahlzeit).

XII. Fermente (werden zur Steigerung der Verbrennung des Zuckers verordnet).

1. Fermentum cerevisiae.
   a) Fermenti cerevisiae je zwei bis drei Dessertlöffel täglich vor dem Essen in einem Glase einfachen oder alkalischen Wassers.
   b) Levuretin (getrocknete und sterilisierte Bierhefe) je ein Eßlöffel voll bis sechsmal täglich.
   c) Cerolin je 0,1—0,2 dreimal täglich in Pillen.
2. Diastase, Maltin.

Feuilleton.

Die Rindertuberkulose und der Talmud.

Haben die biblischen und die talmudischen Juden die Rindertuberkulose gekannt und bekämpft?

Von **P. Garrault.** (Revue scientifique, 1902, 3 bis 4.)

(Fortsetzung.)

Sie gestatten dagegen die Verwendung von Tieren, welche Träger von Tumoren sind, sie mögen noch so umfangreich sein, unter der Bedingung, daß diese Geschwülste keine großen Geschwürsflächen zeigen, weil die Kommentatoren nicht mehr als die griechischen Gelehrten eine Ahnung davon haben, daß der Tod durch diesen Vorgang eintreten kann. Man sieht also, daß diese jüdischen Kommentatoren das Fleisch von phthisischen Tieren ausscheiden konnten, in dem Sinne, wie Galen den Ausdruck versteht*), d. h. als Träger von Ulzerationen und Perforationen der Lungen, aber auch, daß sie immer die Tiere als mit Lungentuberkel oder Tumoren der Serosen behaftet betrachtet haben, einzig weil man annahm, daß diese Tumoren den Tod nach sich ziehen konnten. Auch gilt es mir keineswegs erwiesen, daß zum wenigsten in der Praxis die Lungenkarzinome, welche nicht durch äußere, leicht sichtliche Zeichen sich kundgeben, die Aufmerksamkeit des Sachverständigen auf sich gelenkt hätten, war es und ist es doch noch bei den Juden Brauch, die Lunge unter Wasser aufzublasen, um zu erfahren, ob sie perforiert ist. In der Tat stellt diese Perforation im Geiste der talmudischen Texte und besonders der von Galenischen Ideen durchdrungenen Kommentatoren den weitaus wichtigsten Punkt dar, welcher das Verbot des Fleisches erheischt.

Es ist also als kindliche Naivität die Annahme zurückzuweisen, die Verfasser der Bibel und des Talmud, selbst die Kommentatoren des Talmud hätten auch nur die geringste Kenntnis von der Tuberkulose beim Vieh oder beim Menschen, von der Spezifizität, von der Kontagiosität gehabt, welche den griechischen Aerzten absolut unbekannt war, daß sie in irgend einem Grade unsere Theorien von Hygiene und Prophylaxe vorausgeahnt hätten, und daß sie das allerelementarste Verständnis von infektiösen und kontagiösen Krankheiten gehabt hätten. Unter den unzähligen Ochsen oder Kühen, welche von Tuberkulose befallen werden, hatten sie das Glück, zur Nahrung die Tiere zu verbieten, welche in weitem Umfange ulzerierte und perforierte Lungen trugen. Die von Perlsucht befallenen Kühe, welche oft lange Jahre hindurch tuberkulöse

*) Zum vollen Verständnis dieser Andeutungen muß man auf meine ausführliche Arbeit zurückgreifen, in welcher das Studium der Phthise bei den griechischen Aerzten in genügender Weise verfolgt ist, um eine Interpretation der Meinungen, welche die durch griechische Anschauungen und Ueberlieferungen vollauf beherrschten Talmudkommentatoren geäußert haben, zu gestatten.



3. Labferment.
4. Pankreatin je 0,3—0,6 dreimal täglich.

XIII. Organo-Therapie.

1. Hepar siccata je 10,0—20,0 täglich.
2. Pankreas.
   a) Kleingehackte Bauchspeicheldrüse vom Hammel, Kalb, Ochsen je 5,0—25,0 täglich in heißer Bouillon.
   b) Succus pankreatis zu subkutanen Injektionen.
   c) Pankreaden je 3,0—4,0 dreimal täglich.
   d) Pankreastabloids (je 0,3) mehrmals täglich je ein Stück.
   e) Opopankreatin je 0,2—0,8 pro Dosis bezw. 2,0—8,0 pro die.
   f) Alkoholextrakt von Pankreas samt Blut und Muskelsubstanz unter Zusatz (der Haltbarkeit wegen) von 2,0 Natrium fluoricum 60,0—90,0 täglich. Die Bauchspeicheldrüse spaltet im Beisein von Hämoglobin leicht Zucker.
3. Galle und gallsaure Salze.
4. Suprarenaden.

D. Behandlung der wichtigsten Komplikationen des Diabetes.

I. Behandlung des Coma diabeticum (bei Vorhandensein von Külzschen Coma-Zylindern, von Ammoniak, Oxybuttersäure, Azetessigsäure und Azeton).

1. Aussetzen der strengen Eiweißdiät namentlich bei jungen zu Coma prädisponierten Individuen;
2. Beseitigung der Fette*), namentlich der Butter aus der Nahrung, die schädliche Fettsäuren bilden, und Ersatz derselben durch Parmesankäse, der in Dosen von 100,0 täglich in Bouillon oder anderen Flüssigkeiten verabreicht wird.
3. Verordnung von Milch, Kefir, Kumys.
4. Beseitigung jeglicher körperlicher und geistiger Ueberanstrengung, sowie auch von Erkältungsmomenten.
5. Verordnung von Abführmitteln (Bitterwasser) zu Beginn des Anfalls.
6. Beseitigung sämtlicher pharmazeutischer antidiabetischer Mittel.
7. Verabreichung von Alkalien in großer Quantität von 30,0—50,0 täglich.
   a) Intravenöse Injektion von alkalischer Lösung bis zum Auftreten von alkalischer Harnreaktion.
   b) Einführung von Alkalien unter die Haut, wie dies bei Cholera geschieht.
   c) Verordnung von alkalischen Klystieren von Körpertemperatur, beispielsweise 2,0 Natrum Benzoicum in 400 g Wasser.
   d) Acidi citrici 16,0
      Natrii carbonici 36,0
      Saccharini 0,3
      Aqu. destill. 300,0
      Spir. Menthae gtt. 6.
      MDS. Einnehmen in 24 Stunden.
   e) Natrii acetici 30,0
      Aqu. carbonicae 270,0
      Saccharinin 0,3
      Essent. Citri 2,0.
      MDS. Einnehmen in 24 Stunden.
   f) Natrii tartarici 60,0
      Aqu. carbonicae 500,0
      Saccharini 0,5
      Essentiae Citri 10,0
      MDS Einnehmen in 24 Stunden.
8. Digitalis — bei Herzschwäche.
9. Morphium bei Unruhe des Patienten.
10. Sauerstoff-Inhalationen.
11. Excitantien bei Bewußtlosigkeit.
   a) Camphorae 1,0
      Ol. Amygdalarum 10,0.
      MDS. Zu subkutanen Injektionen.
   b) Camphorae rasae 0,1
      Natrii benzoici 0,3
      M. f. p. D. t. d. Nr. 10. S. Je 1 Pulver viermal tägl.
   c) Muskus-Präparate.
   d) Coffeinum.
   e) Strychninum.
   f) Inf. fol. Coca 10,0—20,0 : 200,0
      Natrii bicarbonic. 4,0—8,0.
      MDS. vier- bis sechsmal täglich 1 Eßlöffel voll.

II. Behandlung der Albuminurie der Diabetiker.

1. Behandlung der funktionellen Albuminurie.
   a) Leichte Beschränkung der Stickstoffsubstanzen, wenn die Eiweißquantität ca. $^1/_{10}$ % beträgt.
   b) Verordnung von Milch in Abwechselung von anti-

*) In neuerer Zeit hat Neubauer gegen Coma diabeticum mäßige Quantitäten Wein, wenn keine Kontraindikationen vorliegen, empfohlen; Alkohol ist bekanntlich ein Fettsparer.

Milch liefern, ohne diese sichtlichen Lungenerscheinungen zu bieten, waren nicht terepha. Selbst die leicht befallenen Tiere*) waren also nicht verboten und die große Mehrzahl tuberkulöser Tiere sind von den Juden verzehrt worden und werden es noch, trotz ihrer rituellen Vorschriften.

Man kann indes einen Einwand machen nach einer Stelle des Deuteronomium (XIV, 21), nach welcher den Ebräern verboten ist, Fleisch von selbst gestorbenen oder durch den Zahn von wilden Tieren zerrissenen Tieren zu essen, nach welcher aber es erlaubt ist, dies an Fremde zu verkaufen. Diese Stelle steht in Widerspruch mit einer anderen (Levitic. XVII, 12), nach welcher selbst der Fremde nicht den Frevel begehen darf, das Blut und die Seele zu verspeisen. Indes sind wir genug gewöhnt, Widersprüche in der Bibel zu finden, um nicht überrascht zu erscheinen. Die Bibeltexte sind kompiliert zu verschiedenen Zeiten, aus sehr verschiedenen Quellen, deren Ursprung mehr weniger alt ist, und im allgemeinen ist es sehr schwer, unter ihnen Uebereinstimmung zu finden. Ein unehrlicher oder mit der Denkweise des Altertums unbekannter Mensch könnte vermuten, daß die Stelle (Deut. XIV, 21) einige hygienische Kenntnisse andeutet. Das ungesunde Fleisch hätte an Fremde verkauft werden können, welchen die Ebräer gewöhnlich nicht gerade wohlgesinnt sind, wie in einer unserer heimlichen Schlachtstätten ein Winkelschlächter an vorübergehende Kundschaft gefährliches Fleisch verkaufen würde, welches er sich sehr wohl hüten würde zu verzehren oder seinen Freunden zu liefern.

Diese scheinbar so logische Vermutung ist absolut annehmbar. Zu Zeiten der sog. mosaischen Gesetzgebung war die Krankheit wie der Tod durchaus kein natürliches Ereignis, sondern eine Strafe, eine göttliche Züchtigung, ein echter durch die Gottheit an den Menschen begangener Mord wegen irgend einer Uebertretung. Es gibt einen sozusagen elementaren Begriff, über welchen alle kompetenten Leute heutzutage absolut einig sind; er würde zudem für sich allein genügen, um alle Voraussetzungen von hygienischen Vorstellungen bei den Alten zu zerstören. Der Gebrauch von Aas ist bei den Urvölkern sehr verbreitet. Es würde aber keinem von den Begleitern eines Menschen, welcher davon ißt, in den Sinn kommen, daß er, wenn er einige Stunden nach dem Essen durch die Toxine vergiftet stürbe, anders als infolge einer Züchtigung gestorben wäre. Bei den Ebräern z. B. und wahrscheinlich bei den Nachbarvölkern: Moabitern, Amalekitern, Idumäern und noch vielen anderen würde man annehmen, daß er gestorben ist, weil er die Seele gegessen, oder aus einem anderen ähnlichen Grunde.

(Fortsetzung folgt.)

*) In der Tat hatte ein Arzt infolge der Koch'schen Mitteilung im Brit. med. Journ. vom 3. August 1901 folgenden Brief veröffentlicht: „Hinsichtlich der Behauptung Kochs, welche die Uebertragung der Rindviehtuberkulose auf den Menschen betrifft, ist es sehr interessant zu wissen, daß die Juden immer als sicher betrachtet haben, daß diese Uebertragung erfolgt. Eine wenn auch leichtkranke Kuh wird unbedingt verworfen". A. Stephens.

diabetischer Diät, wenn der Eiweißgehalt des Harns $^1/_{10}$ % beträgt.

c) Strenge antidiabetische Diät bei gleichzeitigem Gebrauch von Antipyrin, dann strenge Milchdiät, wenn der Eiweißgehalt im Harn über $^1/_{10}$ % beträgt. Hierauf wird die Milchdiät beim Auftreten von Zucker im Harn wieder durch antidiabetische ersetzt. Gleichzeitig mit der Milchdiät wird Strontium lacticum verordnet (Robin, Glenard).

2. Behandlung der organischen durch Nephritis bedingten Albuminurie.
   a) Milchdiät.
   b) Tonisierende Mittel bei Schwäche.
   c) Strontii lactici 15,0
      Aqu. destillat. 150,0.
      MDS. Je 2 Eßlöffel voll täglich, alle 8 Tage 1 Eßlöffel mehr.
   d) Natrii arsenicosi 0,05
      Kalii jodati 5,0
      Aqu. destillat. 300,0.
      MDS. Zweimal täglich 1 Eßlöffel voll vor den Mahlzeiten.

E. Behandlung des Diabetes insipidus der polyuria, neuropathica persistentis adultorum.

A. Diätetische und hygienische Behandlung von Personen, welche mit Diabetes insipidus behaftet sind.

I. Sorge für gute Ernährung: Verordnung von reichlicher und nahrhafter Nahrung.

II. Beseitigung aus der Diät der Eiweißsubstanzen und Ersatz derselben durch 100,0 Brot, 150,0 Butter, 500,0 Kartoffeln, 200,0 Aepfeln, 75,0 Zucker, 50,0 Pflaumen, 600,0 Bier und 250,0 Tee; alles innerhalb eines Tages zu sich zu nehmen. (Bei dieser Diät ist die Quantität der harten Bestandteile geringfügig und infolgedessen ist die Harnquantität, welche zu deren Fortschaffung erforderlich ist, gleichfalls gering. Talquist.)

III. Beschränkung der Quantität der zur Einführung gelangenden Flüssigkeit und Verordnung von Eisstückchen, säuerlichen Limonaden, Milch mit oder ohne Kognak zur Stillung des Durstes.

IV. Beseitigung gesalzener und süßer Speisen aus der Nahrung, die starken Durst erzeugen.

V. Sorgfältige Hautpflege: Wannenbäder, Abreibungen, Fluß- und Seebäder.

VI. Elektrizität in Form von galvanischen und faradischen Stromes, appliziert auf den N. sympathicus, auf die Medulla oblongata und auf die Nieren.

B. Medikamentöse Behandlung des Diabetes insipidus.

I. Remedia roborantia.

1. Tinct. ferri acetici Rademacheri 100,0.
   DS. 1 Teelöffel voll dreimal täglich.
2. Tinct. ferri chlorati aeth. 30,0.
   DS. Je 30 Tropfen dreimal täglich.
3. Strychnini nitrici 0,06
   Aqu. destillat. 30,0.
   MDS. Zu subkutanen Injektionen 0,5—1,0.

II. Remedia stomachica.

1. Ac. muriaticum dilutum.
2. Pepsinum.

III. Remedia sedativa.

1. Valerianapräparate in großen Dosen.
   a) Tinct. Valerianae aeth. 30,0.
      DS. Je 30 Tropfen dreimal täglich.
   b) Pulv. rad. Valerianae 100,0.
      DS. Je 1 Teelöffel voll dreimal täglich.
   c) Extr. Valerianae 30,0
      Succi Liquiritiae q. s.
      Ut. f. pil. Nr. 100.
      DS. Dreimal täglich zwei bis fünf Pillen.
   d) Zinci valerianici 1,0
      Pulv. rad. Valerianae 2,0
      Gummi tragacant. q. s.
      Ut. f. pil. Nr. 30. DS. Je ein bis zwei Pillen dreimal täglich.
2. Brompräparate.
3. Asa foetida.
4. Castoreum.
5. Extr. fl. Rhus aromatic. 30,0
   Glycerini 15,0
   Aqu. destillat. q. s. ad 120,0.
   MDS. Je 1 Teelöffel voll drei- bis viermal täglich.

IV. Remedia narcotica.

1. Opium.
2. Morphium.
3. Codeinum.
4. Narcotinum.
5. Amylenhydrat je 1,0 abends mehrere Tage hindurch in Wein, Bier, Gelatine-Kapseln.
6. Exalginum je 0,25—0,5.
7. Extr. Belladonnae.

V. Remedia antipyretica.

1. Antipyrinum je 1,0 dreimal täglich.
2. Phenacitinum je 0,3—0,5 zwei- bis dreimal täglich.
3. Natr. salicylicum.

VI. Remedia adstringentia.

1. Tanninum.
2. Plumbi acetici 0,05
   Opii purii 0,03
   Sacchari 0,3
   M. f. p. D. t. d. Nr. 10. S. Drei Pulver täglich.

VII. Quecksilber- und Jodpräparate (bei syphilitischer Entstehung der Krankheit).

VIII. Verschiedene andere Mittel.

1. Präparate von Secale cornutum (üben wahrscheinlich einen Einfluß auf die Nierengefäße aus).
   a) Extr. Secalis corn. 5,0
      Pulv. rad. Liquirit. q. s.
      Ut. f. pil. Nr. 100. DS. Dreimal ein bis drei Pillen täglich.
   b) Ergotini 3,0
      Chinini muriativ. 2,0
      Extr. et pulv. ana q. s.
      Ut f. pil. Nr. 30. DS. Je eine Pille dreimal täglich.
2. Ac. carbolicum.
3. Ac. Nitricum.
4. Pilocarpini mur. 0,05
   Aqu. destillat. 60,0
   Syr. cort. Aurantior 10,0.
   MDS. 1 Eßlöffel voll vor dem Schlafengehen (bei Trockenheit der Haut, um die Flüssigkeit vom Organismus auf die Haut abzulenken).
5. Ol. therebintinae.
6. Bals. Copaivae.
7. Theocinum natrio-aceticum je 0,3 drei- bis viermal täglich. (Steigert die Konzentration des Harns, ohne dessen Quantität zu steigern.)

F. Behandlung des Diabetes insipidus der Polyuria neuropathica persistentis infantum.

A. Diätetische und hygienische Behandlung der Kinder, die mit Diabetes insipidus behaftet sind.

I. Milchdiät unter Zusatz von einigen Tropfen Kognak, wenn Durst besteht (Monti).

II. Mäßige Motion.



III. Seebäder.

IV. Warme Wannenbäder.

B. Medikamentöse Behandlung des Diabetes insipidus der Kinder.

I. Remedia roborantia.

1. Sol. arsenicalis Fowleri 4,0
   Tinct. Chinae compos. 30,0
   MDS. Je 10 bis 15 Tropfen mehrere Male täglich. Bei einem 8jährigen Mädchen. (Popow).
2. Ferri phosphorici cum ammonio citrico 0,04
   Sacchari 0,3.
   M. f. p. D. t. d. Nr. 10. S. Drei- bis vier Pulver tägl. (Monti.)

II. Remedia stomachica — bei Dyspepsie.

1. Sol. natrii chlorati $^1/_4$ %—300,0.
   DS. Zur Ausspülung des Magens (Monti).
2. Marienbader Wasser je 150,0—200,0 täglich bei Obstipation.

III. Remedia sedativa et narcotica.

1. Sol. arsenicosis Fowleri
   Tinct. valerianae aeth. ana 10,0.
   MDS. Je 5—10 Tropfen dreimal täglich (Monti).
2. Infusi Valerianae 4,0 : 100,0.
   DS. Alle zwei Stunden einen Dessertlöffel voll (Popow).
3. Codeini phosphorici 0,1—0,2
   Syrupi simplicis 30,0.
   MDS. Dreimal täglich je einen Teelöffel voll.
4. Chloral. hydrat 1,0—2,0
   Mixt. gummosa 90,0
   Syr. simplicis 10,0.
   MDS. Viermal täglich 1 Eßlöffel voll.

IV. Verschiedene andere Mittel.

1. Chinini sulfurici 0,04
   Zinci sulfurici 0,01
   Sacchari 0,3.
   M. f. p. D. t. d. Nr. 10. S. Je ein bis fünf Pulver tägl.
2. Präparate von Secale cornutum.
   a) Inf. Secalis cornuti 0,5 : 90,0
      Syr. Cinnamoni 10,0
      MDS. Viermal täglich 1 Kinderlöffel voll (Monti).
   b) Extr. secalis corn. 0,05—0,03
      Pulv. liquiritiae 0,3.
      M. f. p. D. t. d. Nr. 10 S. Je 1 Pulver drei- bis viermal täglich.

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 25. Oktober 1907.

Vorsitzender: Herr Keller.

Der Vorsitzende widmet dem verstorbenen Mitgliede der Gesellschaft, Herrn Koßmann, einen warmen Nachruf.

I. Demonstrationen:

1. Herr Olshausen: Patientin mit seit sechs Jahren bestehendem und ständig wachsendem Unterleibstumor, der eine ganz exzessive Größe erreicht hatte. Leibumfang 134 cm; allenthalben Fluktuation. Diagnose: Parovarialzyste. 6 cm langer Laparotomieschnitt, die Zyste stellt sich sofort ein. Nachdem durch Punktion 50 Pfund Flüssigkeit abgelassen sind, läßt sich der Zystensack gut ausschälen und mit noch 18 Pfund Inhalt aus der Wunde entwickeln. Abtragung, Stielversorgung, Resektion des überschüssigen Peritoneums. Glatte Heilung, jetzt, 25 Tage post op., nur noch 4 cm lange Bauchnarbe. Demonstration der geheilten Patientin und des Tumors. Durch gleichzeitige Ventrofixatio uteri ist auch zugleich der bei der Patientin bestehende Prolapsus uteri et vaginae beseitigt worden.

2. Herr Straßmann demonstriert ein inoperables Myxochondroosteo-Sarkom der Glutäalgegend, das an der Oberfläche schon z. T. nekrotisch geworden ist.

3. Herr E. Martin berichtet über Versuche mit der Calmetteschen Tuberkulinreaktion, die in der Bummschen Klinik an tuberkulösen Schwangern und Wöchnerinnen vorgenommen worden sind. Dieselbe besteht bekanntlich darin, daß nach Einträufelung einiger Tropfen einer Lösung von Alttuberkulin in den Konjunktivalsack von Tuberkulösen innerhalb 24 Stunden eine deutliche Injektion der Konjunktiva auftritt. Sieben an tuberkulösen Schwangeren vorgenommene Versuche ergaben ein negatives Resultat, während bei einem Teil der Patientinnen einige Zeit nach Unterbrechung der Schwangerschaft die Reaktion positiv ausfiel. M. erklärt das in der Weise, daß zur Zeit der Schwangerschaft der Körper so geschwächt war, daß er die zum Auftreten der Reaktion notwendigen Antikörper nicht produzieren konnte, während er später, nach Beendigung der schädigenden Schwangerschaft, wohl dazu imstande war. Es würde demnach das Ausbleiben der Reaktion prognostisch ungünstig, ihr Auftreten prognostisch günstig zu beurteilen sein.

II. Diskussion über den Vortrag des Herrn Orthmann: Sollen Tubenschwangerschaften in den ersten Monaten vaginal oder abdominal operiert werden?

Herr Mackenrodt berichtet über 132 einschlägige Fälle, von denen er 53 durch Laparotomie, 79 durch Kolpotomie und zwar mit einer Ausnahme durch Colpotomia posterior operiert hat. Davon sind 127 = 96,3% geheilt. 5 Todesfälle, 2 an Blutverlust, 3 an Sepsis; 3 nach Laparotomie = 5,7%, 2 nach Kolpotomie = 2,5%. Dabei ist jedoch in Betracht zu ziehen, daß der Laparotomie alle schweren Fälle zufallen. Die Frage der größeren oder geringeren Gefahr bei den beiden Operationsmethoden ist nicht prinzipiell zu entscheiden, wahrscheinlich ist sie ziemlich gleich. M. wendet sich ganz entschieden gegen die prinzipielle Bevorzugung eines bestimmten Operationsweges. Im allgemeinen ist er in letzter Zeit etwas mehr zur Laparotomie zurückgekehrt, einmal der größeren Schnelligkeit und Uebersichtlichkeit wegen, dann aber auch, weil bei dem vaginalen Vorgehen Sauberkeit und chirurgische Asepsis nicht zu garantieren ist und die Rekonvaleszenz häufig durch Exsudatbildung, Narbenbildung, Verlagerung der Unterleibsorgane infolge Durchschneidung der Ligg. Douglasi etc. gestört ist. Narbenbildung im vorderen Scheidengewölbe ist, namentlich bei Nulliparen, unter allen Umständen zu vermeiden. M. wendet fast ausschließlich die Colpotomia posterior, die einen geringen und technisch leichten Eingriff darstellt, an. Er formuliert seine Indikationsstellung für die einzelnen Operationen folgendermaßen: Colpotomia anterior bei Erkrankungen der Adnexe nur als Gelegenheitsoperation bei der vaginalen Korrektur der Lageveränderungen und bei der Kolporhaphie; bei entzündlichen Adnextumoren und Extrauteringravidität besser zu vermeiden. Colpotomia posterior bei Pluriparen, wenn die Tumoren noch etwas beweglich und vom Douglas aus für die Hand erreichbar sind. In diesen Fällen ist sie eine ideale, lebenssichere Operation mit ausgezeichnetem Dauerresultat, namentlich wenn die Durchschneidung der Ligg. Douglasi vermieden wird. Direkt kontraindiziert sind die Kolpotomien bei Extrauteringravidität mit Sitz des Eies dicht am Uterus, insbesondere bei interstitieller Gravidität. In diesen Fällen ist die Laparotomie strengstens indiziert.

Herr Bumm stimmt völlig mit der Forderung Mackenrodts überein, die prinzipielle Ausführung der Kolpotomie aufzugeben. Auch er hält bei strengem Individualisieren beide Operationen für leistungsfähig und in ihren Erfolgen gleichwertig. Hauptvorzüge der Laparotomie sind das klare Sehen, das sichere Operieren und die Möglichkeit, Darmverletzungen zu vermeiden resp. entsprechend zu versorgen. Von 153 laparotomierten Fällen hat er drei, von 75 vaginal operierten einen verloren. Als strenge Indikation für vaginales Vorgehen betrachtet er das Bestehen von Fieber, weil in diesen Fällen die Laparotomie ungleich gefährlicher ist; am besten ist es, in diesen Fällen nur vaginal zu inzidieren und die Ausheilung dann der Natur zu überlassen. Bei



akuten Blutungen ist die Laparotomie indiziert. Bezüglich der übrigen Fälle stellt er die Indikationen wie Mackenrodt.

Herr Bröse hat von 50 Kolpotomien und 10 Laparotomien keinen Fall verloren. Er tritt für die Colpotomia posterior ein, die er in den meisten Fällen bevorzugt. Nur Fälle mit hohem Sitz der Tubentumoren und einzelne Fälle von akuten Blutungen operiert er von oben.

Herr Koblanck bevorzugt die Laparotomie und macht auf die erst einige Zeit nach der Operation zu beobachtenden Todesfälle aufmerksam, die er auf die schwere Anämie zurückführt. Unter 76 Fällen hat er sechs derartige unglückliche Ausgänge zu verzeichnen.

Herr Keller warnt vor der Ausführung der Colpotomia anterior bei gebärfähigen Frauen wegen der nachträglichen event. sehr schweren Geburtsstörungen.

Herr Orthmann: Schlußwort.

Periodische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift. Nr. 32. 1907.

1. Rolly, Leipzig: **Zur Diagnose der Urogenitaltuberkulose.**

Bei jeder Erkrankung des Urogenitalapparates, dessen Aetiologie nicht sofort im Anfang klar ist, ist es unbedingt geboten, an die Möglichkeit einer tuberkulösen Erkrankung zu denken. Die tuberkulöse Natur des Leidens können wir nur dadurch feststellen, daß wir den Tuberkelbazillus im Urin oder in den sonstigen Exkreten der erkrankten Organe nachweisen. Dabei ergeben sich beträchtliche Schwierigkeiten von seiten der Smegmabazillen, die in einem großen Prozentsatz in der Umgebung der Urethralmündung vorkommen. Verf. fand bei 24 Patientinnen, die nicht an einer tuberkulösen Affektion litten, 21 mal Smegmabazillen an den äußeren Genitalien in beträchtlicher Zahl, ebenso bei Männern 5 mal bei 6 Untersuchungen. Mittels der Katheterisation lassen sich diese säurefesten Stäbchen auch nicht mit Sicherheit aus dem Urin fernhalten. Zahlreiche Versuche R.s ergeben weiter, daß ein Färbeverfahren, mittels dessen die Tuberkelbazillen von andern, sehr häufig im Urinsediment vorkommenden säurefesten Stäbchen unterschieden werden können, nicht existiret. Wenn auch oft manches für Smegmabazillen spricht, wie die plumpere Gestalt, die verschiedene Größe der einzelnen Individuen, die Anordnung derselben zueinander, die fehlende Körnelung, die wechselnde Säurefestigkeit, so finden sich doch stets Smegmabazillen, welche sich bei der Färbung genau so wie die Tuberkelbazillen verhalten. Auch durch das Kulturverfahren ist die Differentialdiagnose zwischen Smegma- und Tuberkelbazillen bis jetzt nicht zu stellen. Es ergibt sich danach, daß es nur vermittels des Tierversuchs möglich ist, ein sicheres Urteil zu fällen, ob es sich bei Anwesenheit von säurefesten Stäbchen im Urinsediment oder Genitalsekret um Tuberkelbazillen handelt oder nicht. Zur Entscheidung der Frage, ob das Auffinden von Tuberkelbazillen stets für eine Tuberkulose der Harnwege spricht, untersuchte Verf. den Urin von 21 Patienten, welche an Tuberkulose erkrankt waren, ohne daß der Harnapparat tuberkulös infiziert war, was die Autopsie später bestätigte, auf Tuberkelbazillen; nur in einem Falle waren solche nachzuweisen, dabei enthielt der Urin reichlich Albumen nebst Zylindern. Es ist danach nicht von der Hand zu weisen, daß bei Tuberkulose anderer Organe Tuberkelbazillen die Niere passieren können; allerdings scheint das nur bei Schwerkranken mit geschädigten Nieren vorzukommen, so daß an eine derartige Eventualität bei initialen Fällen nicht gedacht zu werden braucht und in solchen beim Nachweis von Tuberkelbazillen im Urin eine Tuberkulose der Harnwege angenommen werden kann.

2. Moro, München: **Zur klinischen Alexinprobe. — Getrennte Alexin-Zwischenkörperbestimmung.**

Das Prinzip des Verfahrens der Alexinbestimmung beruht darauf, daß die von dem Serum zu lösende Erythrozytenmasse vorerst von dem spezifisch differenzierten Zwischenkörper eines künstlichen inaktivierten Serums quantitativ sensibilisiert wird, und daß man auf dieses System erst das auf seinen Alexingehalt zu prüfende Serum einwirken läßt. Einzelheiten entziehen sich kürzerer Mitteilung.

3. Seel, Stuttgart: **Ueber haltbare feste Verbindungen einwertiger Phenole und deren Vorzüge für die Praxis.**

Doppelsalze des Phenols mit Phenolkalium sowie der Kresole mit Kresolkalium geben schön kristallisierte Verbindungen. Im allgemeinen verhalten sie sich hinsichtlich ihrer Wirkung nicht anders wie die Karbolsäure und die entsprechenden Kresole, da sie ja keine eigentlichen Phenolate oder Kresolate, sondern Doppelverbindungen von drei Molekülen Phenol bezw. Kresol mit nur einem Molekül Kaliumphenolat bezw. -kresolat darstellen. Diese Doppelverbindungen sind also eigentlich keine neuen Desinfektionsmittel, sondern nur die alten gut bewährten Mittel (Karbolsäure, Kresole) in andrem Aggregatzustand. Der große Vorzug dieser festen Verbindungen besteht darin, daß sie leicht mit und ohne Seifenzusatz zu haltbaren Tabletten von einheitlicher und gut kontrollierbarer Zusammensetzung geformt werden können. Die „Karbolsäuretabletten“ und „Paralysoltabletten“ werden von der Hamburger Lysolfabrik Schülke & Mayr in den Handel gebracht.

4. Geigel, Würzburg: **Vikariierende Respiration.**

Wenn eine Lunge in beträchtlichem Maße vom Atmungsgeschäft ausgeschlossen ist, so kann die gesunde Lunge ihre Funktionen mit übernehmen. Man sollte dann nicht, wie gewöhnlich üblich, von „vikariierendem Emphysem“, sondern von „vikariierender Respiration“ sprechen. Was an Mehrleistung von einer vikariierend eintretenden Lunge verlangt wird, ist in der Ruhe wenigstens nicht sehr bedeutend, 200 bis 300 ccm Luft, also $1/8$ bis $1/6$ dessen, wessen die Lunge bei äußerster Anstrengung fähig wäre. Es sind hauptsächlich die inspiratorischen Muskeln, die vikariierend eingreifen, und zwar, soweit möglich, beider Seiten. Wo auf der kranken Seite noch irgend eine Exkursion der Thoraxwand möglich ist, da vollzieht sie sich auch; denn die Atmungsmuskeln werden nicht einseitig innerviert und in Tätigkeit gesetzt, sondern immer doppelseitig. Das ist für den Kranken nicht gleichgültig, einmal, weil auf der kranken Seite noch ausgenützt wird, was noch auszunützen ist, dann aber, weil eine dadurch bedingte Verschiebung des ganzen Inhalts des Mediastinums nach der kranken Seite hin bei jeder Respiration der gesunden vikariierenden Seite zu gute kommt. Bei einem Fall von Bronchostenose durch Aneurysma konnte Verf. im Röntgenbild diesen Mechanismus feststellen.

5. Reinecke, Würzburg: **Ueber Eklampsie ohne Krämpfe.**

Eine 19jährige I-Para wurde am regelmäßigen Ende der Schwangerschaft bei beginnender Wehentätigkeit in die Klinik aufgenommen. Am nächsten Tage trat einige Male Erbrechen auf; gegen Abend Schmerzhaftigkeit des Leibes, der stark eingezogen war; der Puls war stark beschleunigt, auffallend klein, Temp. 36,8°; nachdem kurz zuvor Urin entleert war, konnte durch Katheterisation kein weiterer gewonnen werden. Wegen Verdachts auf Vergiftung wurde Rizinus gegeben, worauf erneutes Erbrechen eintrat. Unter zunehmender Puls- und Atmungsbeschleunigung und schnellem Schwund des Sensoriums trat nach wenigen Stunden der Exitus ein. Die Autopsie ergab Veränderungen des Herzens (Degeneration des Herzmuskels, Blutaustritte im Endokard und auf dem Perikard), der Nieren (akute parenchymatöse Entzündung), der Leber (fettige Degeneration). Da für eine andere Erkrankung weder das klinische Bild noch der pathologisch-anatomische Befund charakteristisch ist, so nimmt Verf. an, daß es sich um „Eklampsie ohne Krämpfe“ gehandelt hat, wenn auch nicht alle für diese Affektion charakteristischen pathologisch-anatomischen Veränderungen nachzuweisen waren.

6. Loehlein, Leipzig: **Ueber Gehirnabszeß durch Streptothrix.**

Die Sektion eines am Tage vor seinem Tode in die Klinik aufgenommenen 58jährigen Mannes ergab neben Schrumpfnieren hohen Grades und deren Folgezuständen (Herzhypertrophie) als auffälligsten Befund eine umfangreiche Abszeßbildung im Gehirn; eine otogene Entstehung derselben ließ sich ausschließen. Dagegen brachte die bakteriologische Untersuchung an Abstrich-



präparaten die Feststellung großer Mengen feiner bezweigter Pilzfäden, die nach Größe und morphologischem Verhalten als Streptothrixelemente angesprochen werden konnten. Angesichts der Häufigkeit des Vorkommens von (Streptothrix-)Abszeß des Gehirns bei Lungenaffektionen war das Bestehen von ausgedehnten Bronchiektasen in beiden Unterlappen von besonderem Interesse. Hier darf wohl die primäre Lokalisation der Streptothrix angenommen werden. Die Kultur des Pilzes ergab eine Reinkultur von Streptothrix Eppingeri. Eigenbewegungen ließen sich an den verschiedenen Elementen dieser Streptothrix nicht nachweisen; Kolbenbildung nach Art des typischen Aktinomyzes wurde weder in Ausstrichen noch in Schnitten beobachtet; „Säurefestigkeit" besaßen einzelne Elemente älterer Kolonien, junge Fadengeflechte dagegen nicht. Tierversuche ergaben, daß eine Wucherung der Streptothrix im Körper des Kaninchens und Meerschweinchens zu stande kommt, und daß der Organismus dieser Tiere mit einer „Pseudotuberkulose" auf den Eindringling reagiert.

7. Dölger, Frankfurt: **Was berechtigt uns, auf Grund der funktionellen Hörprüfung Simulation bezw. Uebertreibung als vorliegend anzunehmen? Wie verfahren wir am besten, um bei dem der Simulation bezw. Uebertreibung Ueberführten einen Einblick in das wirklich vorhandene Gehör zu erlangen?**

Man ist berechtigt, Simulation bezw. Uebertreibung als vorliegend anzunehmen: 1. wenn der Untersuchte bei der Hörprüfung für Sprache wohl die entsprechenden Lippenbewegungen des Anlautes der vorgesprochenen Prüfungslaute macht, dieselben aber nicht oder nur zögernd ausspricht; 2. wenn der Untersuchte bei wirklichem oder nur scheinbarem Verschluß des einen normalen oder annähernd normalen Ohres in nächster Nähe des andern Ohres forzierte Flüstersprache, Umgangssprache oder Töne der Bezold-Edelmannschen Tonreihe von c'' = 512 Schwingungen an aufwärts angeblich überhaupt nicht hört; 3. wenn er bei einseitig normalem oder annähernd normalem Gehör die auf den Scheitel aufgesetzte Stimmgabel A, e' oder a' angeblich überhaupt nicht hört; 4. wenn er diese auf den Scheitel aufgesetzten Stimmgabeln angeblich in das normale Ohr hört, bei wirklichem oder auch nur scheinbarem Verschluß desselben aber überhaupt nicht mehr; oder wenn er die auf den Scheitel gesetzte Stimmgabel angeblich in beiden Ohren hört, bei Verschluß des einen Ohres aber angeblich im andern, bei Verschluß beider Ohren angeblich überhaupt nicht mehr; 5. wenn er die unbelasteten Stimmgabeln a' und c'' längere oder kürzere meßbare Zeit per Luftleitung auf einem Ohr bei gutem Verschluß des andern Ohres hört, Flüsterlaute oder Umgangssprache auch aus nächster Nähe angeblich überhaupt nicht; 6. wenn bei öfterer Wiederholung der funktionellen Prüfung die Angaben des Untersuchten über perzipierte Tonstrecken, Hördauer einzelner Töne und Hörweite für Sprache jedesmal wesentlich andere Ergebnisse zeitigen. Schwieriger als die Entlarvung kann es sein, einen Einblick in das wirklich vorhandene Gehör eines Simulanten zu bekommen. Im allgemeinen wird man umso eher zum Ziel gelangen, je mehr man ihm den Weg zur Wahrheit zu erleichtern sucht und ihm über das beschämende Gefühl des Eingestehens einer bewußten Unwahrheit hinweghilft. Wichtige Zugeständnisse sind die längere oder kürzere Perzeption der Stimmgabel a' per Luftleitung, weil dies einen Schluß auf das vorhandene Sprachgehör auf dem betreffenden Ohr zuläßt, sowie vor allem das Hören von Flüstersprache selbst, wenn auch zunächst nur unmittelbar vor dem Ohre. Ist dies erreicht, so verfährt man bei der Hörprüfung für Sprache am besten so, daß dem Untersuchten die Augen verbunden werden, ein Assistent das eine Ohr fest verschließt und unauffällig gleichzeitig die Lippenbewegungen beobachtet. Dann spricht man in wechselnden Entfernungen bald mit abgewandtem Munde die Prüfungsworte in den Raum, bald mit dem Munde dem Ohr zugewandt. Bei dieser Art Untersuchung wird es dem Simulanten unmöglich gemacht, die ungefähre Entfernung des Untersuchenden abzuschätzen, wie das beim gleichmäßigen Nähern und Entfernen leicht gelingt. Wichtig ist die Beobachtung der Lippen; pronunziert der Simulant das Gehörte mit den Lippen richtig, so ist dies gleichbedeutend mit der Feststellung der Hörweite. Zuweilen führt plötzliche Ueberraschung oder Ueberlistung bei angeblich doppelseitiger Taubheit zum Ziele.

8. Erb, Heidelberg: **Antikritisches zu meiner Tripperstatistik.**

Die an seiner Tripperstatistik von den verschiedensten Seiten angestellten Kritiken unterzieht E. einer eingehenden Besprechung und Widerlegung und kommt zu völligem Festhalten an seinen Ergebnissen und Schlußfolgerungen.

9. Teuffel, Dresden: **Ein neuer Harnfänger für männliche Säuglinge.**

Der Rezipient hat eine stabile, auf der Unterlage zwischen den Beinen sicher ruhende Form und wird mit einem einfachen Band an den Hüften befestigt. Das Urinal kostet 0,70 M. und ist von der Firma Wiegand-Dresden zu beziehen.

10. Hornung, Marbach: **Heiße Luft als Behandlungsmittel bei Frostbeulen in der Volksmedicin.**

Verf. hat das Verfahren an sich selbst als Knabe auf Anraten eines alten Postillons erprobt; die Füße wurden mit Steinöl eingerieben und ans Ofenfeuer gehalten, so lange und so nahe an der Flamme als möglich; in wenigen Tagen waren die ausgedehnten Frostbeulen verschwunden; der Erfolg blieb ein dauernder.

11. Schulze, Göttingen: **Zur Differentialdiagnose der menschenpathogenen Streptokokken.**

Erwiderung auf die Bemerkungen von Beizke und Rosenthal zu der Arbeit des Verf. in Nr. 21 d. W.

12. Pfandler: **Ueber die Behandlung der angeborenen Lebensschwäche.**

(Schluß aus Nr. 29 und 30.)

Verf. erörtert eingehend den Begriff Lebensschwäche; man kann das debile Kind als einen Organismus mit abnorm knappem Haushalt ansehen; dieser Organismus arbeitet ohne Kraftreserven, erzielt keine Ueberschüsse, und geringe äußere Anlässe können daher sein Gleichgewicht derart stören, daß die fernere Lebensmöglichkeit in Frage gestellt wird. Daraus ergibt sich die Aufgabe, einerseits die Kraftausgaben zu verringern, andrerseits die Einnahmen zu mehren. Das erstere Bestreben deckt sich größtenteils mit der physikalischen, das letztere mit der diätetischen Therapie des Zustandes der Lebensschwäche. Die verschiedenen hierbei in Betracht kommenden Gesichtspunkte, Faktoren und Methoden werden ausführlich dargelegt, worüber Einzelheiten im Original einzusehen sind.

13. Jesionek, Gießen: **Zur dritten Jahrhundertfeier der Universität Gießen.**

Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 30. 1907.

1. Bickel, Berlin: **Ueber die Pathologie und Therapie der Hyperchlorhydrie.**

Im Gegensatz zu der üblichen Ansicht wird bei der Hyperchlorhydrie, in der Regel wenigstens, die Steigerung des prozentischen Salzsäuregehaltes des Mageninhaltes nicht durch eine prozentische Steigerung des Salzsäuregehaltes des reinen Magensaftes bedingt. Zu einer Steigerung des prozentualen Salzsäuregehaltes des Mageninhaltes leiten wesentlich zwei Funktionsstörungen hin: 1. eine Steigerung in den zur Abscheidung kommenden Mengen eines Saftes von normalem Säuregehalt, 2. Motilitätsstörungen. Immer gruppiert sich die ganze pathologische Physiologie des Krankheitsbildes der Hyperchlorhydrie um die Steigerung in den Sekretmengen als Mittelpunkt. Findet die zum übrigen Mageninhalt relativ zu starke Sekretion nur so lange statt, als Speisen im Magen sind, und klingt die Sekretbildung proportional mit der Evakuierung des Magens in den Darm ab, so bietet sich das gewöhnliche Bild der „Hyperchlorhydrie". Dauert die relativ gesteigerte Saftsekretion, die durch den digestiven Reiz ausgelöst wird, noch beschränkte Zeit fort, nachdem die Magenhöhle entleert ist, so liegt das Krankheitsbild der „digestiven Supersekretion" vor. Befindet sich aber die Schleimhaut in dem pathologischen Erregungszustande, daß sie dauernd auch ohne die spezifischen Nahrungsreize weiter arbeitet, daß sich auch im nüchternen Magen Sekret ansammelt, so spricht man klinisch von einer „kontinuierlichen Supersekretion".



Was die Behandlung der Hyperchlorhydrie betrifft, so erfordert zunächst eine etwa vorhandene Motilitätsstörung eine besondere Berücksichtigung, Dosierung der Kost, Verteilung der Mahlzeiten, Spülungen, Massage. Des weiteren kommt es weniger darauf an, die abgeschiedene Säure abzustumpfen oder zu verdünnen, wie das das Bestreben der Diätregime von Riegel, Rosenheim etc. ist, sondern vielmehr die Saftproduktion einzuschränken. Von den hierzu zur Verfügung stehenden Medikamenten kommt zunächst in Betracht das Atropin, das subkutan oder als Extr. Belladonna zusammen mit Bismuthum subnitricum gegeben wird. Am wichtigsten aber sind die Alkalien, deren Bedeutung durch zahlreiche Versuche an Pawlowschen Magenfistelhunden festgelegt ist. Am besten bedient man sich des Natrium bicarbonicum oder, wenn man zugleich eine abführende Wirkung erzielen will, einer Mischung von Natr. bicarbon., Natr. sulfuric. bezw. Magnesium sulfuric.; das Alkali läßt man auf nüchternen Magen nehmen, eine halbe Stunde vor der Mahlzeit. Der Alkaliwirkung analog ist die Fettwirkung, die vom Darm aus reflektorisch hemmend auf die Magendrüsen stattfindet; man läßt deshalb reines Olivenöl oder Lebertran nehmen. Von den Mineralwässern dürfen nur die verordnet werden, welche die Tätigkeit der Magendrüsen herabsetzen; wo eine motorische Insuffizienz besteht, ist jede Mineralwasserkur kontraindiziert. Eingehende Versuche an Magenblindsackhunden haben gezeigt, daß bei den einfachen Säuerlingen, bei alkalisch-muriatischen Quellen und den Kochsalzwässern (Wiesbadener Kochbrunnen, Kissinger Rakoczy, Baden-Badener Quellen und Homburger Wässern) von einer Hemmung der Magensaftproduktion nicht die Rede ist; relativ indifferent gegen die Drüsenfunktion erwies sich das Karlsbader und Friedrichshaller Wasser; deutliche sekretionlähmende Tendenz zeigten Vichywasser und Hunyadi-Janos. Damit steht in Uebereinstimmung, daß sich den größten Ruf bei der Behandlung der Supersekretion die alkalisch-salinischen Wässer, besonders Karlsbader, Friedrichshaller, und die alkalischen Wässer, Vichy, Fachingen, Neuenahr, erworben haben. Die Mineralwässer läßt man am besten 1/2 bis 1 Stunde vor der Mahlzeit nüchtern nehmen; nicht als Tischgetränk; wo ein solches erforderlich ist, nehme man Brunnenwasser.

Die wichtigste Behandlungsmethode der Supersekretion liegt in einem rationellen Diätregime, dessen exzitosekretorischer Effekt bei ausreichender Ernährung auf die Drüsen der Magenschleimhaut ein möglichst geringer ist, und das zugleich die subjektiven Beschwerden des Patienten lindert. Im allgemeinen sollen die Speisen in Breiform gegeben werden; der Kranke ist zu sorgfältigem Kauen anzuhalten. Bei herabgesetzter Motilität ist eine mehr trockene Diät in häufigeren, kleineren Mahlzeiten angezeigt, letztere sind auch bei der Supersecretio continua indiziert. Bezüglich der chemischen Beschaffenheit der Speisen haben die Experimente an Magenblindsackhunden gezeigt, daß besonders bei den vegetabilischen Nahrungsmitteln der exzitosekretorische Effekt ein minimaler ist; der Pflanzenkost ist deshalb ein breiter Platz in dem täglichen Diätregime der Kranken einzuräumen. Reichlich Vegetabilien und Fett im Rahmen einer gemischten Kost ist die beste Ernährungsform bei der Hyperchlorhydrie.

2. Bassenge und Krause, Berlin: **Zur Gewinnung von Schutzstoffen aus pathogenen Bakterien.**

Bei Versuchen, lebende Typhusbakterien mit Glyzerinlösungen auszuschütteln behufs Gewinnung von Toxinen und anderen Schutzstoffen zur Immunisierung, lieferten 0,5 bis 1% Glyzerinlösungen nur einen geringwertigen Schüttelextrakt; die besten Resultate gaben 10%ige Glyzerinlösungen; höherprozentige Lösungen zu verwenden verbietet sich wegen der unangenehmen Nebenwirkungen des Glyzerins nach der Einspritzung. Die Glyzerinschütteltoxine haben hohe immunisierende Eigenschaften; bei Extraktion der Typhustoxine scheint aber das Schütteln der lebenden Bakterien mit destilliertem Wasser günstigere Resultate zu geben. Bei anderen Bakterienarten dürfte die Glyzerinschüttelmethode vorzuziehen sein.

3. Mühlens, Wilhelmshaven: **Beitrag zur experimentellen Kaninchenhornhautsyphilis.**

Verf. hat bei Versuchen eine Passage der Spirochaete pallida: Mensch — Kaninchenhornhaut — Affe — Kaninchenhornhaut erzielt und weiter spezifisch syphilitische Keratitis parenchymatosa beim Kaninchen auch durch Impfung mit frischem Organsaft von kongenitaler Lues erzeugen können.

4. Plehn, Berlin: **Zur Frage der Arteinheit der Malariaparasiten.**

Verf. konnte bei einem Patienten beobachten, wie bereits vier Wochen nach einem unmittelbar nach der Rückkehr aus Westafrika durch typische Tropikaparasiten hervorgerufenen, schweren Schwarzwasserfieber sich im norddeutschen Herbstklima eine Febris tertiana benigna mit Parasiten entwickelt hat, welche sich von den sonst bei derartigen aus Nordeuropa stammenden Infektionen beobachteten in keiner Weise unterscheiden, runde Gameten bilden und selbst ihre Teilung im peripherischen Blute vollziehen. Es muß angenommen werden, daß die kleinen Tropikaparasiten ihren Wachstumsmodus geändert und zu großen Tertianaparasiten sich umgewandelt haben. Danach dürfte es berechtigt sein, in den verschiedenen Parasitenformen verschiedener Gegenden und Klimata Variationen einer einzigen Art zu erblicken.

5. Franke, Braunschweig: **Diagnose und Behandlung der chronischen Gelenkerkrankungen.**

(Nicht abgeschlossen.)

6. Kettner, Berlin: **Ueber Automobilverletzungen.**

Der erste Fall betrifft eine Fraktura radii, die „typische Verletzung der Automobilisten". Dieselbe entsteht beim Andrehen des Motors, der durch einige kräftige Umdrehungen der am Vorderteil jeden Wagens angebrachten Kurbel in Gang gesetzt wird. Erfolgt die Zündung des Motors zu früh, so schlägt die Kurbel mit aller Gewalt zurück und trifft den Vorderarm des Chauffeurs in der Regel dicht oberhalb des Handgelenks an der Dorsalseite, hier einen direkten Radius-, schlimmstenfalls einen Radius- und Ulnabruch erzeugend.

Der zweite Fall betrifft einen 13jährigen Knaben, der von einem Automobilomnibus überfahren wurde; der Wagen erfaßte die Fußspitze des Knaben und riß im Weiterrollen Stiefel, Strumpf, Hose samt der Haut vom linken Bein herunter. Das ganze Bein war bis auf geringe Reste von Haut total entblößt, völlig „abgebalgt"; die einwirkende Gewalt hatte die Haut in ihrer ganzen Dicke samt dem Unterhautzell- und Fettgewebe, von den Zehen angefangen bis zur Leistenbeuge, wie einen Strumpf heruntergerissen; handbreit unterhalb der Glutäalfalte stand der fast 3/4 m lange, die Form des Beines gewissermaßen als Negativ wiedergebende Hautlappen durch eine 20 ccm breite Brücke mit der übrigen Körperhaut in Verbindung. Die Extremität sah aus wie ein anatomisches Präparat; durch die größtenteils intakt gebliebene Fascie schimmerten die verschiedenen Muskeln und Gefäße durch. Es wurde zunächst der Versuch gemacht, den Hautlappen zu erhalten, der zu diesem Zweck nach gründlicher Säuberung wieder über die Extremität gezogen wurde; es stellte sich aber bald fortschreitende Gangrän ein, so daß die Resektion nötig wurde. Der weitere Wundheilungsverlauf gestaltete sich wider Erwarten günstig; unter regelmäßigen Verbandwechseln, die alle drei bis vier Tage vorgenommen wurden, fiel das Fieber lytisch ab, und allenthalben setzte frische Granulationsbildung ein. Es wurde geplant, mit Krauseschen Lappen, event. mit gestielten Lappen vom andern Bein, die Deckung der Defekte zu versuchen; der Kranke erlag aber, bevor an die Ausführung gegangen werden konnte, einer Bronchopneumonie.

7. Heller, Charlottenburg: **Ueber Hautveränderungen beim Diabète broncé.**

Bei einem Manne, der seit dem 42. Jahre Diabetiker war und im 73. Lebensjahre infolge diabetischer Gangrän starb, hatte sich in den letzten 20 Jahren eine dunkle Färbung der Haut des Gesichtes eingestellt, die hauptsächlich die Partien, welche bei der typischen Schmetterlingsfigur des Lupus erythematodes zu erkranken pflegen, befiel. Die Färbung war zeitweilig sehr intensiv, im Ton von bleigrau bis bronzefarben schwankend; ein Verhältnis zur Intensität der Zuckerausscheidung bestand nicht. Die mikroskopische Untersuchung der Haut ergab keine Anomalien, Entzündungserscheinungen, Gefäßveränderungen. Das Pigment stellte eine gelb-bräunliche feinkörnige Substanz dar und war an die Zellen gebunden, die daneben noch eine Gelbfärbung zeigten. Das meiste Pigment fand sich in den Zellen der Basalschicht,

erstreckte sich aber noch in abnehmender Intensität in zwei bis drei Reihen des Rete Malpighi; weitere Pigmentanhäufungen lagen in der subepithelialen Schicht des Korium. Eine Beziehung zu den Gefäßen war nicht nachweisbar. Eisenreaktion gab das Pigment nicht, wahrscheinlich hatte es sein nachweisbares Eisen durch Altersmetamorphose verloren. Anschließend gibt Verf. eine Uebersicht über die in der Literatur niedergelegten Mitteilungen über Diabète broncé, die zeigen, daß die Pathogenese dieser Affektion noch dunkel ist; keiner der verschiedenen Erklärungsversuche kann zur Aufhellung des vorliegenden Falles beitragen. Der gutartige Verlauf desselben zeigt, daß das Auftreten von Bronzefärbungen bei Diabetes nicht ein prognostisch absolut infaustes Symptom ist.

8. Axmann, Erfurt: **Lupusbehandlung mittels der Uviollampe.**

Verf. berichtet an der Hand von Abbildungen über einen Fall von ausgedehntem Lupus vulgaris des ganzen Gesichts, Halses, beider Schultern und der gesamten Brust, den er mit Uviollampenbestrahlungen in 38 Sitzungen im Laufe eines halben Jahres zur Heilung bringen konnte.

9. Citron, Berlin: **Ein Saccharometer zur gleichzeitigen Bestimmung beliebig vieler Zuckerharne** (modifiziertes Gär-Saccharometer nach Citron).

Beschreibung des Apparates nach einer Abbildung.

10. Ewald: **Zur Schwellenwertsperkussion des Herzens.**

E. wahrt seine Prioritätsansprüche bezüglich dieser Perkussionsmethode. Er hat das Verfahren stets nur als eins den andern gleichwertiges betrachtet, das aber unter Umständen eine sehr brauchbare Bereicherung der Technik bietet.

Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 30. 1907.

1. Meyer, Königsberg: **Untersuchungen des Nervensystems Syphilitischer.**

Namentlich von Jolly ist die syphilitische Neurasthenie oder Nervosität beschrieben und charakterisiert worden durch Kopfschmerzen, Schwindel, zeitweise Benommenheit bis zur völligen Umschleierung des Bewußtseins, Sprachstörungen amnestischer Art, Sensationen, Stiche in den Gliedmaßen, Parästhesien, Stimmungsanomalien; in ihrem Zusammentreffen sollen diese Erscheinungen, die sonst kein tiefgreifendes Unterscheidungsmerkmal von der Neurasthenie anderer Herkunft aufweisen, etwas Typisches für den syphilitischen Ursprung haben. Verf. hat bei einer größeren Zahl Syphilitischer in frischeren Stadien das Nervensystem untersucht. Bei 61 Patienten im exanthematisch-papulösen Stadium fand sich: 1. Ueber erworbene nervöse Beschwerden wurde nur ganz vereinzelt geklagt, in etwas zahlreicheren Fällen bestand schon vorher Nervosität, vorwiegend in Form der Hysterie; die Syphilis hatte hier vielfach zu einer Steigerung der Nervosität geführt. 2. Unter den nicht subjektiv nervösen Kranken wurde verhältnismäßig oft eine Steigerung der allgemeinen nervösen Erregbarkeit, in $^1/_3$ bis $^1/_2$ der Fälle, beobachtet, die in lebhaftem Kniephänomen, Zittern usw. zum Ausdruck kam. 3. Fälle, die mit einiger Wahrscheinlichkeit ein organisches Nervenleiden vermuten ließen, waren in diesem Stadium vereinzelt vorhanden. Eigentliche syphilitische Neurasthenie im Sinne Jollys wurde nicht beobachtet. Von elf tertiär-syphilitischen Kranken boten nur zwei Zeichen, die mit einiger Bestimmtheit das Vorliegen organischer Störungen vermuten ließen. Die Lumbalpunktion bei 30 Syphilitischen ergab 19 mal Lymphozytose von ganz leichten bis zu den stärksten Graden, 15 mal gleichzeitig mit pathologischem Eiweißgehalt, während zweimal eine leichte Trübung mit $MgSO_4$ ohne Lymphozytose auftrat. Ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Liquorveränderungen und nervösen Beschwerden war nicht nachweisbar; in vielen Fällen war deutliche Lymphozytose vorhanden, ohne irgend welche Nervosität, andererseits bestand solche vielfach ohne Lymphozytose. Diese Untersuchungen können danach keine Unterstützung für die Annahme meningitischer Reizung als Grundlage der Lymphozytose abgeben. Sie sprechen auch dagegen, die Lymphozytose bei allen mit Syphilis im Zusammenhang stehenden Nervenkrankheiten einfach als syphilogen aufzufassen, da ja keineswegs in allen Fällen sekundärer und tertiärer Lues ohne weiteres Lymphozytose resp. pathologischer Eiweißgehalt nachweisbar war.

2. Brieger und Krause, Berlin: **Neuer Beitrag zur Konzentrierung der Immunkörper im Diphtherieserum.**

Verff. benutzen zur Reinigung und Konzentrierung des Serums die Beobachtung, daß man mit Kochsalz einen bedeutenden Niederschlag erhält, wenn man Serum, mit sterilem, destilliertem Wasser verdünnt oder auch unverdünnt, mit Kochsalz bei Zimmertemperatur übersättigt, und daß dieser Niederschlag keine Antikörper mit einschließt, noch enthält, so daß die Lösung der vorhandenen Antikörper ihren vollen Schutzwert behält. Der Gang des Verfahrens wird genauer beschrieben.

3. Pick, Berlin: **Ueber Meningokokken-Spermatocystitis.**

(Nicht abgeschlossen.)

4. Peritz, Berlin: **Neuralgie, Myalgie.**

Unter Myalgie wird eine Krankheit begriffen, welche in einem Muskel Schmerzen hervorruft, wie unter Neuralgie eine solche verstanden wird, bei der im Nerven Schmerzen vorhanden sind. Ist ein großer Teil der Körpermuskulatur oder die ganze erkrankt, so spricht man gemeinhin von Rheumatismus. Die Myalgien weisen zwei Kategorien von charakteristischern Merkmalen auf. Einmal zeigen die myalgisch erkrankten Muskeln, wenn auch keine objektiven, so doch immer vorhandene typische subjektive Beschwerden auf. Ein oder mehrere Muskeln in der Gegend, in die der Patient seine Schmerzen verlegt, sind auf Druck schmerzempfindlich; über diesen schmerzhaften Muskelpartien erweist sich die Haut hyperalgetisch gegen Nadelstiche und auch gegen faradische Reize: nicht selten bestehen auch parästhetische Beschwerden in diesen Gegenden. Die myalgisch erkrankten Partien sind nicht nur in der Zeit, wo Schmerzen bestehen, auf Druck schmerzempfindlich, sondern auch in der anfallsfreien Zeit; daraus erklärt sich der häufig wechselnde Schmerz bei Rheumatischen. Häufig findet sich eine Schwäche bei Bewegungen des erkrankten Muskels, besonders dann, wenn eine Bewegung mehrmals wiederholt wird. Die Schmerzen, über welche die Rheumatischen klagen, werden als brennend, bohrend, reißend, beißend bezeichnet; besonders wichtig ist der stets wechselnde Charakter, während bei echten Neuralgien der plötzliche, fast blitzartige Schmerz ein konstantes Merkmal ist. Charakteristischer als diese Zeichen erscheint die Topographie der Myalgien; an Abbildungen werden die Prädilektionsstellen für die myalgische Erkrankung der Muskeln erläutert. Meist liegen die erkrankten Bezirke an exponierten Stellen; die Muskeln erkranken am leichtesten dort, wo sie in ihre Endsehnen übergehen; auch die freien Ränder der Muskeln sind oft Sitz der Erkrankung. Die Therapie der Myalgien ist eine sehr erfolgreiche. Verf. glaubt jede idiopathische Myalgie durch Einspritzungen von steriler Kochsalzlösung (0,2:100 mit Zusatz von 0,5 Novokain) beheben zu können.

5. Kettner, Berlin: **Ueber Gangrän des Skrotums.**

Bei einem 35 jährigen Arbeiter entstand im Anschluß an ein Erysipel eine Gangrän des Skrotums, wobei außer der Haut die Tunica dartos, der größte Teil des von ihr gebildeten Septums, ferner das zwischen Tunica dartos und den Hoden liegende lockere Bindegewebe verschwunden sind. Nur die beiden Testes mit ihren Hüllen sind erhalten geblieben, dazu der Musculus cremaster. Am 13. Tage nach Beginn der entzündlichen Schwellung hatte sich alles Gangränöse abgestoßen, worauf üppige Granulationsbildung einsetzte. Von dem Rest der Skrotalhaut, nachdem er sich den Testes angelegt hat, ist eine Ueberhäutung ausgegangen. Zwei Drittel der Testikel sind bei dem Patienten, der zu einer Operation nicht gewillt war, wieder von normaler Haut bedeckt worden; dagegen hat sich über dem unteren Pol, der beiderseits sehr druckempfindlich ist, nur ein ganz dünner, wenig schützender, leicht zum Zerfall geneigter Epidermisüberzug entwickelt. Die Heilung per naturam ist in solchen Fällen deshalb nicht anzustreben; durch plastische Operationen muß man den Schädigungen nach Möglichkeit vorbeugen; sobald der Zustand des Patienten es gestattet und sobald keine Wundverhältnisse erzielt sind, muß der Ersatz der verlorenen Skrotalhaut versucht werden, am besten durch dicke gestielte Hautlappen, die der Inguinalgegend oder den Oberschenkeln entnommen werden.

6. Rothschuh, Aachen: **Syphilitische Familiengeschichten aus Zentralamerika.**

Verf. gibt die Kranken- und Familiengeschichten von vierzehn Fällen, die an einem beliebig ausgewählten Tage den Gegenstand der allgemeinen Praxis bildeten; davon war nur ein einziger wegen Lues in Behandlung, während in sämtlichen, zum mindesten in der nächsten Verwandtschaft die Erscheinungen der syphilitischen Dyskrasie auftraten. Die in Nikaragua gemachten Beobachtungen zeigen das enorm häufige Vorkommen von Syphilis oder syphilisähnlichen Erkrankungen unter der Bevölkerung, welche kaum weiße Elemente enthält, dagegen sehr stark mit Indianerblut versetzt ist. Weiter ergibt die Erfahrung, daß je mehr Indianerblut, desto mehr Syphilis, aber desto leichter, selbst bis zur Unkennbarkeit, je mehr weiße Beimischung, desto weniger Syphilis, aber desto schwerer.

7. Cohn, Berlin: **Ueber den Einfluß der Röntgendiagnostik auf die Erkennung und die Behandlung der Ellenbogenbrüche.**

Mit der Vervollkommnung der Röntgentechnik sind Verstauchungen und Verrenkungen im Ellenbogengelenk immer seltener geworden; man ist zu der Erkenntnis gelangt, daß die Zahl der Knochenverletzungen, die sich in diesem Gelenk ereignen, unverhältnismäßig groß ist gegenüber den Verletzungen an den Weichteilen. Dann lernte man differenzieren zwischen Verletzungen, die sich im Gelenk abspielen, gegenüber solchen neben dem Gelenk, und die Brüche besser beurteilen, die eine extra- und intraartikuläre Verletzung zu gleicher Zeit darstellen. Die Bewertung der einzelnen Bruchարten im Hinblick auf die spätere Funktion wurde damit eine viel bessere. Typische Veränderungen in der Konfiguration des Ellenbogens bei reinen Gelenkbrüchen werden nicht beobachtet; das Gelenk kann hochgradig geschwollen sein bei kleinster Verletzung; andererseits können schwere Knochenverletzungen vorliegen, ohne daß ein wesentlicher Bluterguß zu beobachten ist. Die Stellung der Knochen zueinander, Beugung und Streckung ist nicht diagnostisch für die Art der Verletzung verwertbar. Die Krepitation spielt bei Ellenbogenbrüchen lange nicht die Rolle wie bei Brüchen der Diaphyse. Ein wesentlicher Unterschied bei Ellenbogenbrüchen von Kindern und Erwachsenen ist die Neigung der ersteren zu Loslösungen der Knorpelfuge; die reinen Gelenkbrüche werden deshalb bei jüngeren Individuen öfter beobachtet als bei erwachsenen; während bei diesen Brüche neben dem Gelenk zu den häufigeren Erscheinungen gehören und eine genauere Diagnostik der Bruchform dadurch ermöglicht wird, ist bei Kindern die Diagnose häufig allein durch das Röntgenverfahren möglich. Bezüglich der Behandlung hat die Nachprüfung durch Röntgenstrahlen die wichtige Erkenntnis vermittelt, daß die Möglichkeit, zwei Bruchstücke wieder in eine anatomisch richtige Lage zu bringen, eine sehr geringe ist. Ganz besonders gilt dies für Ellenbogenfrakturen. Deshalb verliert hier der fixierende Verband viel von seinem Wert. Das Gegenstück zu ihm ist die modernste Behandlung, die einen gebrochenen Knochen überhaupt nicht mehr festlegt und schon nach wenigen Tagen mit aktiven Bewegungen beginnt. In der Mitte zwischen diesen beiden Behandlungsarten steht die Therapie im Verband, verbunden mit Maßnahmen, die die Beweglichkeit möglichst schnell wieder herstellen sollen. Das kombinierte Verfahren wird in seiner ausgedehntesten Weise repräsentiert durch die Bardenheuersche Extensionsmethode, die ganz besonders geeignet ist bei den schweren Brüchen oberhalb des Ellenbogens und den kombinierten extra- und intraartikulären Brüchen; weniger angezeigt erscheint dies Regime bei den Frakturen, die sich lediglich im Gelenk selbst abspielen. In praxi scheitert diese Behandlungsweise oft daran, daß es sich um Kinder handelt, die durch die Verletzung starke Schmerzen haben, wodurch ein Verzicht auf Ruhigstellung unmöglich wird. Hier bewährt es sich, Stärkeverbände zu verwenden, die durch eine Pappschiene an Festigkeit gewinnen. Mit der Stellung des Armes im Stärkeverband muß möglichst schnell gewechselt werden, um jeder Kontraktur im Gelenk vorzubeugen. Am besten erreicht man das dadurch, daß man den Ellenbogen einmal in Streckstellung, das andere Mal in Beugestellung verbindet. Ist der Verband hart geworden, so wird er in der Längsrichtung aufgeschnitten und ist zum abnehmbaren Verband geworden; man verbindet dann abwechselnd in Beuge- und Streckstellung, wobei man sich der Stärkehülsen bedient, die durch eine Mullbinde in der ursprünglichen Stellung am Arm fixiert werden; eine Woche kann man dann tagsüber den Arm in Beugestellung, nachtsüber in Streckstellung oder umgekehrt fixieren. Beim Verbandwechsel können Salzbäder gegeben und Bewegungsübungen vorgenommen werden. Wenn nun auch im allgemeinen anatomische Bruchheilungen im Ellenbogengelenk sehr selten sind und die Erreichung eines möglichst guten funktionellen Resultates das Endziel der Behandlung sein soll, so gibt es doch Bruchformen, die mit einer so starken Dislokation verbunden sind, daß nach Möglichkeit versucht werden muß, auf die schlechte Stellung günstig einzuwirken. Dies gilt besonders von der Fraktura supracondylica des Kindesalters; das hierbei nach vorn stehende, spitze, untere Fragment bedeutet eine ernste Gefahr für die Arteria brachialis; eine dadurch bedingte Kreislaufstörung führt zwar niemals zu einer Gangrän des Armes, wohl aber zu sekundären Nervenschädigungen und einer ischämischen Muskelkontraktur, die man früher irrtümlicherweise als Folgezustand fester Verbände betrachtete. Hier ist eine Reposition angezeigt und für die erste Zeit ein ruhigstellender Verband, um die Fragmente in der günstigen Stellung zu erhalten. Schwierig und noch nicht ganz geklärt ist das Verhalten bei Brüchen am Radiusköpfchen und Prozessus coronoideus ulnae, die häufig, besonders bei Erwachsenen, zu einer Arthritis deformans mit starken Funktionsstörungen im Ellenbogengelenk führen. Supinationsstellung in Kombination mit Beugung im rechten Winkel im Ellenbogengelenk dürfte die geeignetste Stellung im Verband sein. Prinzipielle Naht bei Frakturen des Olecranon erscheint nicht erforderlich. Bei der Nachbehandlung der Frakturen tritt die Massage in den Hintergrund. Frühzeitige Anwendung der Hyperämie durch Stauung kann sie vorteilhaft ersetzen.

Die Heilkunde. Heft 4.

1. Czerny, Breslau: **Der unerwartete Tod bei Infektionskrankheiten der Kinder.**

Bei einer großen Zahl von Infektionskrankheiten tritt der Tod unter den Zeichen der abnehmenden Herzkraft schon in einem Stadium ein, in welchem keinerlei andere deletäre Wirkungen der Infektion so weit vorgeschritten sind, um als Todesursache bezeichnet zu werden. Die sorgfältige Beobachtung der Herzaktion läßt zumeist die Abnahme der Herzkraft in einem Stadium erkennen, in welchem ihr therapeutisch begegnet werden kann, oder, wenn dies nicht gelingt, den Herztod voraussehen. Es kann aber der Herzstillstand auch scheinbar ohne jede Vorboten und völlig unerwartet eintreten. Neben toxischen Wirkungen von Produkten der Infektionserreger auf die Zirkulationsorgane glaubt Verfasser Anomalien der Innervation der Gefäßnerven und vielleicht auch des Herzens eine entscheidende Bedeutung beim unerwarteten Tod bei Infektionskrankheiten beilegen zu sollen. Meist handelt es sich um Kinder aus Familien, in welchen Anomalien des Nervensystems vorhanden sind, also hereditäre Belastung vorliegt; schon vor Ausbruch der letal verlaufenden Krankheit galten die Kinder als nervös. Sie gehören zu der Gruppe von psychopathischen Kindern, bei denen Anomalien der Gefäß- und Herzinnervation bestehen. Jäher Farbenwechsel, das Auftreten flüchtiger Erytheme mit folgender Blutleere der Haut sind Zeichen dafür; noch wichtiger ist das Verhalten der Gefäßinnervation unter dem Eindrucke einer großen Ueberraschung, eines Schreckes; meist zeigt sich Pulsbeschleunigung, und der anfänglichen Blässe folgt rasch starkes Erröten; bei andern beobachtet man in der gleichen Situation ausgesprochene Bradykardie, manchmal sogar Pulsirregularität und andauernde Blässe der Hautdecken; solche Kinder sind am meisten gefährdet, da zwischen schwerer Bradykardie und Herzstillstand nur ein gradueller Unterschied besteht. Wenn schon unter normalen Verhältnissen auf ein psychisches Trauma eine derartige Reaktion erfolgt, so ist es verständlich, daß, wenn durch eine Infektionskrankheit pathologische Zustände hinzutreten, ernste Störungen der Zirkulation zu erwarten sind. Am häufigsten tritt der in Rede stehende Herztod bei fetten und noch mehr bei pastösen Kindern ein; bei letzteren ist oft gleichzeitig ein status lymphaticus nachweisbar. Immer handelt es sich um überernährte Kinder, bei denen es gleichgültig ist, ob sie infolge der Ueberernährung mager bleiben, fett oder pastös werden. Zum Zustandekommen des Herztodes bei Infektionen müssen also zwei Faktoren vorhanden

sein: Anomalien des Nervensystems und Ueberernährung; wo die erstere fehlt, bringt die zweite nicht die großen Gefahren mit sich. Die geringe Widerstandsfähigkeit überernährter Kinder im Erkrankungsfalle muß zum energischen Einschreiten der Aerzte gegen die Ueberernährung Veranlassung geben, ganz besonders bei Kindern aus psychopathischen Familien. Die Prophylaxe darf aber nicht erst dann einsetzen, wenn Gefahr im Verzug ist, sondern muß vom Säuglingsalter an durch das ganze Kindesalter, mindestens in den ersten sechs Jahren konsequent durchgeführt werden.

2. Schweiger, Travnik: **Erfahrungen über Novaspirin.**

Verf. hält auf Grund seiner Erfahrungen sowohl hinsichtlich der antirheumatischen als auch der antineuralgischen Wirksamkeit das Novaspirin dem Aspirin für völlig gleichwertig. Ueble Nebenwirkungen beobachtete er in keinem Falle. Albuminurie, Nephritis, Herzaffektionen bedeuten keine Kontraindikation der Novaspirindarreichung. Die Schweißausbrüche sind geringer nach Novaspirin als nach Aspirin.

3. Wicke, Braunschweig: **Collargol, Itrol und Unguentum Credé in der Praxis.**

Verf. gibt einen Ueberblick über die verschiedenen Indikationsgebiete und Anwendungsformen des Collargols und resümiert: Collargol ist ein völlig ungiftiges, reizloses, ungefährliches Mittel, welches auf keine menschliche Zelle eine schädigende Wirkung ausübt und ohne jede Nebenwirkung ist. Auf Bakterien übt es eine vernichtende Wirkung aus; es ist nicht nur keimtötend (bakterizid), sondern vermag auch durch seine antitoxische Kraft Krankheitsgifte zu entgiften und noch dazu eine biologische Reaktion (Hyperleukozytose) zu erregen. Collargol stellt also ein natürliches Heilmittel im eigentlichen Sinne des Wortes dar; neben der speziellen Silberwirkung besitzt es dann noch eine allgemeine Metallwirkung, welche sich in Adstringierung und Bindung von Säuren äußert.

4. Koßmann, Berlin: **Differentierung im geistigen Leben der beiden Geschlechter.**

Bezüglich der Sinnesorgane dürfte ein wesentlicher Unterschied zwischen männlichem und weiblichem Geschlecht nicht vorhanden sein. Auch das Wahrnehmungsvermögen, die Fähigkeit, die sinnlich empfangenen Reize im Bewußtsein aufzunehmen, ist bei beiden Geschlechtern das gleiche; dasselbe dürfte vom Gedächtnis gelten. Dagegen ist das Assoziationsvermögen beim Weibe durchschnittlich viel geringer als beim Manne, und zwar gilt das sowohl hinsichtlich des Urteilsvermögens als auch hinsichtlich der Einbildungskraft. Das beweist namentlich die mangelnde Befähigung des Weibes für die Mathematik, die musikalische Komposition. Das Assoziationsvermögen ist diejenige Fähigkeit der Seele, die bis zu einem gewissen Grade in stetem Kampfe mit den Instinkten steht. Wenn beim Weibe das Assoziationsvermögen in geringerer Stärke entwickelt ist, so fallen damit viele Hemmungen der Instinkte fort, die des Mannes Handeln beeinflussen, und es ergibt sich die durch die Erfahrung vielfältig bestätigte Folgerung, daß das Weib im allgemeinen weit mehr seinen eingeborenen Instinkten folgt als der Mann. Es ist das durchaus kein Mangel; die Instinkte, die durch eine unendlich lange wirkende Auslese gehäuft und gefestigt sind, führen im allgemeinen den Menschen viel richtiger als sein Urteilsvermögen. Das Weib ist daher die natürliche Vertreterin aller jener seelischen Regungen, die wir als Takt, als gute Sitte bezeichnen, und vor allen Dingen Trägerin des Altruismus, jenes für die Erhaltung des Gemeinwesens so überaus wichtigen Instinktes, der beim Manne so viel leichter den Ratschlägen des Egoismus unterliegt. Mann und Weib sind also nicht nur auf körperlichem, sondern auch auf geistigem Gebiete durch ihre derzeitige Beanlagung auf verschiedene Aufgaben gewiesen. Ausnahmen werden natürlich immer zu finden sein, und es erscheint sehr wohl möglich, eine Konkurrenz auf gleichem Gebiete zwischen Mann und Weib zu eröffnen. Es würde dann aber voraussichtlich dahin kommen, daß der materielle Egoismus des Mannes die Ehe mit hervorragend erwerbsfähigen weiblichen Individuen bevorzugen würde; eine Auslese der in ihren Befähigungen dem Manne möglichst ähnlichen Frauen für die Ehe würde stattfinden und damit auch für die Fortpflanzung, woraus sich dann wieder infolge der Erblichkeit der Organisation eine allmähliche Vermehrung der dem Manne ähnlicheren weiblichen Individuen und eine Verminderung der spezifisch weiblichen ergeben würde. Das Verlassen des Prinzips der Arbeitsteilung und die Begünstigung des Wettbewerbs beider Geschlechter auf gleichen Arbeitsgebieten würde zu einer Verminderung des Geschlechtsdimorphismus führen.

Neue Entscheidungen des Reichsgerichts.

Stillschweigendes Einverständnis.

(Nachdruck verboten.)

Der praktische Arzt Dr. med. Kirschstein in Düsseldorf war zur Zeit des Düsseldorfer Aerzte-Streiks von dem preußischen Eisenbahnfiskus als Bahnarzt mit Kündigung angestellt worden. Nach Beendigung des Streiks wurde ein Teil der alten Aerzte wieder angestellt und wurden deshalb die den neuen Aerzten zugeteilten Bezirke verkleinert. Dieses wurde dem K. mitgeteilt und er nahm die Ordre hin und richtete sich danach, ohne etwas zu erwidern. Später machte er jedoch gegen den preußischen Eisenbahnfiskus Ansprüche auf Schadenersatz des Minderwertes geltend, den er durch die Zuweisung des kleineren Bezirks gehabt habe.

Landgericht Düsseldorf und Oberlandesgericht Köln wiesen die Klage des K. ab, weil, wenn man sich auch auf den vom Kläger vertretenen Standpunkt stelle, daß eine Aenderung der Bezirkseinteilung eine Aenderung der Verträge enthalte und deshalb nur durch Vertrag habe erfolgen können, diese Voraussetzung doch vorliege. Die Eisenbahndirektion habe dem Kläger die notwendig gewordene andere Einteilung der Bezirke mitgeteilt. Der Kläger habe auf diese Mitteilungen, die er als ein Vertragsangebot habe auffassen müssen, weder schriftlich noch mündlich geantwortet. Er habe aber alsbald seine Tätigkeit auf die verkleinerten Bezirke eingeschränkt und vorbehaltlos die daraus sich ergebende verringerte Einnahme angenommen. Er habe gewußt und auch gewollt, daß dieses sein Verhalten der Eisenbahndirektion bekannt werde, er sei sich bewußt gewesen, daß diese sein Verhalten als Einwilligung in die Aenderung auffassen werde, und er habe auch einwilligen wollen in der Hoffnung, daß dann die Direktion von dem ihr zum 1. April 1906 zustehenden Kündigungsrecht keinen Gebrauch machen und er eine dauernde Beschäftigung bei der Bahn finden werde. Wenn er nun in dieser Hoffnung sich auch getäuscht habe, so sei er doch an den nach obigem stillschweigend geschlossenen Vertrag gebunden.

Gegen dieses Urteil hatte Dr. K. Revision beim Reichsgericht eingelegt, jedoch ohne Erfolg. Der III. Zivilsenat des höchsten Gerichtshofes erkannte die Ausführungen des Oberlandesgerichts Köln für zutreffend an und wies die Revision zurück. (1. Oktober 1907. Akt.-Z. III. 68/07.) K. M.-L.

Vermischtes.

Berlin. Während der Ablegung des praktischen Jahres dürfen Medizinalpraktikanten noch keine selbständige ärztliche Tätigkeit ausüben. Ein Kandidat der Medicin hatte mit dem Gesuch um Erteilung der Approbation als Arzt ein Zeugnis vorgelegt, aus dem hervorging, daß er während des ganzen praktischen Jahres in dem Krankenhause den Dienst eines Assistenzarztes versehen und dabei zum Teil selbständig ordiniert hatte. Eine besondere Verfügung des Kultusministers an den zuständigen Regierungspräsidenten ersucht diesen, den Leiter des Krankenhauses darauf aufmerksam zu machen, daß ein solches Verfahren nach den bestehenden Vorschriften nicht zulässig ist. Der Praktikant soll sich unter Aufsicht und Anleitung des ärztlichen Leiters



beschäftigen, nicht aber selbständig sein. Die Verfügung ist auch allen Oberpräsidenten, Regierungspräsidenten und dem Polizeipräsidenten in Berlin zur Nachachtung mitgeteilt worden.

Berlin. Nach einer Verfügung des Kultusministers dürfen Beanstandungen von Geheimmitteln nur vorgenommen werden, wenn sie nicht in Gemäßheit der kaiserlichen Verordnung betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln vom 22. Oktober 1901 dem freien Verkehr überlassen sind. Zur Kenntnis der nach Praxis und Rechtsprechung hiervon betroffenen Arzneimittel müssen die Revisoren die Literatur und Rechtsprechung verfolgen, um über Bestandteile und Zusammensetzung der einzelnen Mittel, sowie über deren Beurteilung seitens der Verwaltungsbehörden und Gerichte unterrichtet zu sein. In Zweifelfällen müssen Untersuchungen der betreffenden Mittel vorgenommen oder Nachfragen über ihre Zusammensetzung an solche Dienststellen gerichtet werden, bei denen öfters Untersuchungen von Geheimmitteln ausgeführt werden, wie z. B. an den Polizeipräsidenten von Berlin.

Berlin. Der Ausschuß der preußischen Aerztekammern hat in Berlin am 26. September getagt und zu einer Reihe wichtiger Fragen Stellung genommen. Der Antrag des Leipziger Verbandes über Ergänzung und Abänderung der Gebührenordnung und Herbeiführung einer für ganz Deutschland gültigen Gebührenordnung soll allen Kammern vorgelegt werden Der Antrag Westpreußen betr. die Haftpflicht gegen Schädigung von Privatärzten aus Aufträgen des Staates wurde angenommen: „den dem Abgeordnetenhaus vorliegenden Gesetzentwurf nebst Tarif, der die Sachverständigengebühren an Stelle des Gesetzes vom 9. März 1872 nicht nur für beamtete, sondern für alle Aerzte festsetzen will, tunlichst bald einer eingehenden Prüfung zu unterziehen und sodann die nunmehr recht baldige Annahme mit den für notwendig erachteten Verbesserungen zuständigen Orts zu befürworten.“ „Wenn jemand, er sei als Beamter angestellt oder nicht, in Ausführung einer Verrichtung, die er im Auftrage einer staatlichen (z. B. richterlichen oder polizeilichen) Behörde auszuführen gezwungen ist, ohne erhebliches eigenes Verschulden einen Schaden erleidet, so ist ihm der Staat zum Ersatz des nachgewiesenen Schadens in vollem Umfange verpflichtet, dem Beamten, soweit Gehalt und Pension nicht ausreichen.“ Dieser Antrag soll dem Minister zugleich mit dem Ersuchen um Weitergabe an das Reich übermittelt werden. Der Gebührenordnungskommission wurde ein Antrag Westpreußen überwiesen, zu dem sich die Kammern im allgemeinen zustimmend geäußert haben; er betrifft Beseitigung der Widersprüche zwischen der preußischen Gebührenordnung vom 15. März 1896 und dem Gesetz vom 9. März 1872. Ein Antrag Hessen-Nassau, betr. das Vorschlagrecht der Aerztekammer zur Wahl der Vertrauensärzte der Schiedsgerichte, wurde dahin erledigt, daß der Ausschuß eine von allen Kammern auszuführende gemeinsame Vorstellung beschloß wegen Ablehnung solcher Aerzte, welche von dem betreffenden Kammervorstande aus einem triftigen Grunde abgelehnt worden sind. Angenommen wurde auch ein weiterer Antrag Hessen-Nassau betr. die einheitliche Regelung der Standesordnungen in Preußen. Es wurde zu dem Zweck eine Kommission gewählt. Diese Kommission soll gleichzeitig einen Antrag Hannover beraten betr. die Verpflichtung durch die Standesordnungen aller Provinzen für die Vorlegung aller ärztlichen Verträge bei den Vertragskommissionen. Zur Vorberatung des Antrags Hartmann betreffend eine Aenderung des Gesetzes über die ärztlichen Ehrengerichte wurde eine Kommission gewählt. Ein zweiter Antrag Hartmann über Auslegung von § 6, Abs. 2 der Allerhöchsten Verordnung vom 25. Mai 1887 soll allen Kammern zur Beratung und Beschlußfassung unterbreitet werden.

Berlin. Geheimrat Prof. Robert Koch ist von seiner 1 1/2 jährigen Expedition nach Ostafrika wieder wohlbehalten nach Berlin zurückgekehrt.

Berlin. Da die schwere Erkrankung des Herrn Geheimrats Liebreich leider andauert, ist Prof. Dr. Langgaard, sein vieljähriger Assistent, mit seiner Vertretung in den Direktorialgeschäften des pharmakologischen Institutes sowie mit der Abhaltung von Vorlesungen beauftragt worden.

München. Zum Direktor des neuen dritten Krankenhauses in München wurde Hofrat Dr. Brunner, Vorstand des Krankenhauses rechts der Isar, gewählt.

Erlangen. Prof. Dr. de la Camp ist nach Freiburg berufen worden. Sein Nachfolger ist Prof. Dr. Jamin.

Berlin. Der Zentralverband deutscher Industrieller beschäftigte sich am 28. Oktober in einer Vertreterversammlung mit der Weiterführung der Sozialpolitik und faßte in bezug auf das Krankenversicherungswesen folgenden Beschluß:

Die Mißstände in der Verwaltung der Ortskrankenkassen, die sich in zahlreichen Orten zu einer Hauptstütze der Sozialdemokratie entwickelt haben, sind seit langem in der Industrie, insbesondere im Zentralverbande deutscher Industrieller, mit ernster Aufmerksamkeit verfolgt worden; sie haben Anlaß zu Erwägungen geboten, wie diesen Mißständen abzuhelfen sei. Als letzter Grund für die Machtstellung der Sozialdemokratie in den Ortskrankenkassen und teilweise auch in den Betriebs- und Innungskrankenkassen zeigt sich dabei immer wieder die Verteilung des Stimmenverhältnisses zwischen den Arbeitern und den Arbeitgebern, die diese von vornherein zu dauernder Ohnmacht gegenüber den sozialdemokratisch beeinflußten Arbeitervertretern verurteilt. Im Zentralverbande besteht aber auch darüber volle Klarheit, daß eine Aenderung dieses Stimmenverhältnisses ohne gleichzeitige Aenderung des Beitragsverhältnisses der Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu den Krankenkassen unmöglich ist. Daher erklärt sich der Zentralverband namens des von ihm vertretenen größten und bedeutendsten Teiles der deutschen Industrie bereit, die Hälfte der Gesamtbeiträge zu den Krankenkassen anstatt des bisherigen Drittels zu übernehmen, sofern die verbündeten Regierungen der Industrie die Sicherheit geben wollen, daß in dem Gesetzentwurf über die Reform der Krankenkassen

1. der Fortbestand der Betriebskrankenkassen wesentlich in demselben Umfange wie in der Gegenwart unter Aufrechterhaltung der Vorschriften des § 64, 1—5 des Kr. V. G. anerkannt wird;
2. in den Ortskrankenkassen und Betriebskrankenkassen Arbeitgeber und Arbeitnehmer in den Vorständen und Generalversammlungen je die Hälfte der Stimmen führen;
3. in den Betriebskrankenkassen der Fabrikbesitzer den Vorsitz führt, in den Ortskrankenkassen ein von einer hierzu geeigneten Behörde zu bestellender unparteiischer Vorsitzender die Verhandlungen leitet und mit dem Rechte ausgestattet wird, bei Stimmengleichheit den Ausschlag zu geben;
4. eine Sicherung der Aerzte und Apotheker gegen unbillige Anforderungen der Krankenkassen erfolgt, andererseits aber auch die öffentlich rechtliche Stellung der Krankenkassen gegenüber unbilligen Anforderungen der Aerzte und Apotheker Schutz findet. Insbesondere erklärt sich der Zentralverband gegen die zwangsweise Einführung der freien Arztwahl und wünscht jedenfalls die Erhaltung der Möglichkeit, die sogenannte beschränkt freie Arztwahl einzuführen, die sich bei den Betriebskrankenkassen bewährt hat.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

F. Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80. Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion: Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81. Dr. P. Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 25. November 1907. Nr. 47.

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Die Bedeutung der Nordseebäder als Winterkurorte.

Wenn in den letzten Jahren das Bedürfnis nach Winterkurorten mehr hervorgetreten ist, so darf mit Fug und Recht auch auf die Nordseebäder als hierfür geeignet hingewiesen werden. Gerade im vergangenen Jahr ist eine Publikation hervorgetreten, der niemand einseitiges Vorurteil nachsagen wird, und in der klar und deutlich die einzigartige, zu Heilzwecken vorzüglich geeignete Beschaffenheit des Nordseeklimas dargelegt ist. Ich meine das vom Kaiserl. Gesundheitsamt herausgegebene Buch über die deutschen Bäder. Es erscheint überflüssig, aus demselben zu wiederholen, daß der Winter an der Nordsee viel milder ist und lange nicht die starken Temperaturschwankungen zeigt, wie das Binnenland. Dagegen dürfte es angebracht sein, einiges über Indikationen einer Winterkur, über Einrichtung und Verbindung zu sagen. Um mit den letzteren zu beginnen, so sind die nordfriesischen Inseln durch einen regelmäßigen Schnellzug von Hamburg aus leicht zu erreichen. An der Hälfte der Tage hat der Dampfer nach Wyk-Föhr unmittelbaren Anschluß an diesen Schnellzug, so daß die Fahrzeit von Hamburg bis Wyk nur sechs Stunden beträgt.

Die Verbindung zur See ist durch Dampfer der Hamburg-Amerika-Linie insoweit hergestellt, daß dieselben dreimal wöchentlich bis Helgoland und bei Unterbrechung der Linie Hoyerschleuse-Munkmarsch auch weiter bis Hörnum fahren. Einrichtungen für den Winterbetrieb sind noch nicht in allen Badeorten in dem Maße vorhanden, daß sie für einen Kuraufenthalt genügen. Daher kommen einstweilen nur in Betracht Föhr, Amrum, Cuxhaven, Norderney und Borkum. Bis Weihnachten ist auch Helgoland von einigen Gästen besucht. An den genannten fünf Orten sind es allerdings nicht sowohl Privatwohnungen oder Hotels als Pensionate, Sanatorien oder Heilstätten, welche die Kurgäste aufnehmen. Die Gesamtzahl der letzteren mag 500 betragen. Unter diesen überwiegen die Kinder bedeutend die Erwachsenen, wie denn auch die im Winter geöffneten Institute der Mehrzahl nach für Kinder bestimmt sind. Auf Föhr und Amrum sind es die Sanatorien von Dr. Gmelin, Dr. Edel und Dr. Ide, die sämtlich durch ihre Einrichtungen, wie Zentralheizung, Badegelegenheit, zu Winterkuren geeignet sind. Dr. Ides Sanatorium auf Amrum liegt in Nebel, dem Hauptort der Insel, ungefähr eine Stunde vom Meer entfernt, und mag im Winter von ungefähr sechs Gästen besucht sein. Dr. Edels Sanatorium in Wyk, im vorigen Jahr umgebaut, erfreut sich etwa derselben Besucherzahl und gewährt Kindern die Möglichkeit des Unterrichts. Dr. Gmelins Sanatorium, an der Südküste der Insel, ungefähr 20 Minuten von Wyk entfernt, ist das größte unter den dreien und besitzt auch vollkommenere Einrichtungen. Die Frequenz hält sich auf 20—30, wovon reichlich die Hälfte Kinder sind, die den ganzen Winter über da bleiben und meist auch Unterricht erhalten. Die therapeutischen Einrichtungen, welche sämtlich in Betrieb bleiben, gewähren Hydrotherapie, Licht- und Uviolbäder, Orthopädie, Massage, Turnen, wenn angängig im Luftbad, und Liegekuren in einer Liegehalle am Strande. Zu Spaziergängen im Windschutz bietet sich der Park des Hauses, sowie der nahe Lembkehain, und bei Regenwetter eine 100 m lange Wandelbahn dar.

In Cuxhaven ist es vor allem die Nordheim-Stiftung bei Sahlenburg, welche Beachtung verdient. Hauptsächlich bestimmt für chirurgische Kranke, unbemittelte Kinder, und unter Benutzung aller in Seekrankenhäusern gewonnenen Erfahrungen erbaut, ist es wohl das in seiner Art besteingerichtete Institut an der Nordsee. Auch hier haben die jugendlichen Gäste Gelegenheit zum Unterricht.

In Norderney finden wir den ältesten Vorkämpfer für Winterkuren an der Nordsee, das große Hospiz des Vereins für Kinderheilstätten an den deutschen Seeküsten. Es ist sowohl für innerlich Kranke wie für chirurgisch Kranke eingerichtet, und die Frequenz sinkt auch im Winter nicht unter 100. Daneben bestehen einige Privatinstitute, so besonders das der Doktoren Vissering und Schlichthorst; auch hier ist Gelegenheit zu Unterricht jeder Art geboten. Für Angehörige des Soldatenstandes ist ein von der Militärbehörde eingerichtetes Heim vorhanden.

Auf Borkum endlich ist es das Pensionat von Rektor Gehrts, ein katholisches Kinderhospiz und das Heim für Eisenbahnbeamte, welche sämtlich Winterkurgäste aufnehmen.

Rechnet man hinzu die Heilstätten der staatlichen Versicherungsanstalten in St. Peter, Büsum, Westerland, so sind es 13 Institute für Winterkuren. Da die Mehrzahl derselben wohltätige oder öffentliche Anstalten sind, so ist der etwaige Verdacht, daß die Winterkuren nur aus finanziellen Gründen empfohlen werden, von vornherein ausgeschlossen.

Dagegen lauten die Berichte über die Resultate der Winterkuren, wie sie besonders von Föhr, Westerland und Norderney vorliegen, übereinstimmend so begeistert, daß an ihnen nicht gezweifelt werden kann, und ihnen notwendig Gehör geschenkt werden muß. Die Krankheiten, zu deren Heilung ein Winteraufenthalt an der Nordsee in Betracht kommt, sind im Prinzip dieselben, die im Sommer zur Behandlung kommen, nur mit dem Unterschied, daß sie eine größere Reaktionskraft des Organismus verlangen. In praxi wiegen unter den jugendlichen Patienten, welche, wie gesagt, einstweilen noch die Mehrzahl bilden, vor solche mit allgemeiner konstitutioneller Schwäche, Neigung zu Erkältung, asthmatischer Bronchitis und Skrofulose. Die konstitutionelle Schwäche äußerte sich daheim

meistens in Form leichter Ermüdbarkeit in der Schule, erhöhter Reizbarkeit, geringem Appetit, schlechter Muskelentwicklung und Zurückbleiben des Wachstums. Die gewöhnliche Bronchitis wie die asthmatische, von jeher eine Domäne des Seeklimas, verschwinden auch in der kalten Jahreszeit an der See zauberhaft schnell. Nach wenigen Tagen vorsichtiger Haltung können die Kinder wie gesunde behandelt werden, und es ist vielleicht nicht nötig, aber immerhin interessant und lehrreich, daß auch diese Kinder anstandslos das winterliche Luftbad im Freien vertragen. Gerade bei diesen Störungen des Kindesalters scheint mir eine Winterkur an der See viel näher liegend und dringender geboten als eine Sommerkur, denn was sollen die armen Eltern in der Großstadt mit diesen ewig kränklichen und erkälteten Kindern im Winter anfangen? Ein Spaziergang durch die belebten Straßen ist von zweifelhaftem Wert. Die gesellschaftlichen Verpflichtungen des Hauses beeinträchtigen die Fürsorge für die Kleinen, während hier alle Wünsche, ärztliche wie erziehliche, unter einem Dach befriedigt werden, und ein Schritt zum Haus hinaus den Genuß der reinsten Luft gewährt.

Die Erwachsenen, welche sich zu einem Winteraufenthalt an der See entschließen, leiden entweder an Neurasthenie und Erschöpfung, an einfachen oder spezifischen Lungenaffektionen, oder an Asthma. Sie sind natürlich in Beziehung auf Unterhaltung etwas anspruchsvoller, als die leicht zu beschäftigende Jugend, aber bei einigem guten Willen von seiten der Gäste wie der Gastgeber gelingt es, auch ihren Tag nützlich und befriedigend auszufüllen.

Wer heute noch ungläubig dieser Empfehlung der Nordsee als Winterkurort gegenübersteht, möge bedenken, daß es Davos und seinen Nachbildungen s. Z. nicht besser gegangen ist. Der Winter überhaupt hat seine Schrecken verloren, der allgemeine Wohlstand, welcher einen Kuraufenthalt gestattet, und das Bedürfnis nach solchem ist gestiegen. In den Seebädern an der Südküste Englands ist bereits heute der Winterbesuch so lebhaft wie der sommerliche, und mag auch die Temperatur dort einige Grad wärmer als bei uns sein, der wesentliche Charakter des Klimas ist derselbe. Und wenn es uns auf unsern stillen Nordseeinseln nicht gelingen sollte, ein so fashionables Leben wie in Bornmouth im Winter zu entwickeln, so werden wir zufrieden sein, wenn unserem ärztlichen Können reichlichere Gelegenheit geboten wird, Kranke gesund zu machen.

Periodische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift. Nr. 33. 1907.

1. Fischer, Heidelberg: **Ueber Erfolge und Gefahren der Alkoholinjektionen bei Neuritiden und Neuralgien.**

Die Injektionen wurden in der Weise vorgenommen, daß in der Tiefe mit der Nadel nach dem Nerv. ischiadicus gesucht wurde, bei dessen Berührung der Patient einen ausstrahlenden Schmerz im ganzen Bein angibt; dann wurde die Nadel etwas zurückgezogen und ausgesaugt zur Vergewisserung, daß man nicht in einem Gefäße war. Darauf wurde langsam injiziert unter Beobachtung des Patienten; bei richtiger Applikation erfolgte meist sofort ein heftiger Schmerz im Bein, ein Gefühl von Brennen, Taubsein, das nach Minuten bis Stunden verschwand und mit ihm meist der Schmerz; oft wurden dann sofort die Bewegungen freier, die Skoliose schwand oder das Ischiasphänomen, oder verminderte sich doch sehr. In gleicher Weise wurde dann im Abstand weniger Tage wiederholt injiziert (1 bis 2 ccm 70proz. Alkohol). Sechs Fälle von Supra- und Intraorbitalneuralgie wurden geheilt resp. so gebessert, daß man wohl von Heilung sprechen kann. Von zwölf Ischias- resp. Ischialgiefällen boten acht einen Erfolg, davon vier einen vollkommenen, vier einen partiellen, bei vier blieb ein Erfolg aus; die negativen Resultate sind zum Teil auf zu kurze Behandlung zu beziehen. Von einer weiteren Verwendung der Alkoholinjektionen wurde aber trotz der unzweifelhaft günstigen Resultate Abstand genommen, nachdem es im Anschluß an die Injektionen beim letzten Falle zu kompletten Lähmungserscheinungen mit Entartungsreaktion, als Folge einer toxisch degenerativen Neuritis, gekommen war, ein Ereignis, das Erb in der privaten Praxis bei drei weiteren Fällen beobachten konnte.

2. Küster, Freiburg: **Untersuchungen über ein bei Anwendung von Dauerbädern beobachtetes Ekzem.**

Bei Anwendung von Dauerbädern kann es zu einem Badeekzem kommen; vorzüglich tritt dasselbe bei marantischen Personen auf, doch bleiben auch kräftige Individuen nicht davon verschont. Häufig zeigen Patienten, die erst drei, vier Tage im Bade weilen, die ersten Symptome, während in andern Fällen mehrere Wochen darüber hingehen. Die Erkrankung beginnt mit flächenhafter Rötung, meist an der Innenfläche der Oberschenkel oder in der Umgebung der Achselhöhle, unter Bildung kleinster, hochroter Knötchen, die bald an ihrer Kuppe abschilfern und sich mit schmierigem Epithelschuppenbelag bedecken. Anfangs sind kaum subjektive Beschwerden vorhanden, und die Anfangsstadien

---

Feuilleton.

Die Rindertuberkulose und der Talmud.

Haben die biblischen und die talmudischen Juden die Rindertuberkulose gekannt und bekämpft?

Von **P. Garrault.** (Revue scientifique, 1902, 3 bis 4.)

Das ist meines Erachtens nach einer der unbestimmten Gründe, welchen wir zwar nur dunkel erkennen, welcher aber wie der Schauder vor Blutaufnahme bei der Einrichtung der rituellen Fleischuntersuchung vorgeherrscht hat; in ihm muß man den Ursprung der Verfassung des Deut. XIV, 21, suchen; und ich glaube, in den antiken Anschauungen über die Verehrung der Gestorbenen finden wir eine Erklärung. In der Tat ist in der ebräischen Gesetzgebung der Tote im höchsten Grade tabou. Die strengsten Vorschriften, die schwersten Marter sind die Strafe derjenigen, welche „sich mit den Toten besudeln".

Weiter habe ich nächst anderen Autoren in einer viel vollständigeren und sicheren Weise, denke ich, als bisher, einige der Gründe für diesen Schauder klargestellt und den Sinn des vorhergehenden, so lange unverständlich gebliebenen Ausdruckes*) gezeigt. Ohne den Ebräern und den Juden-Christen besonders eigen zu sein, hat er sich vielmehr bei den Ebräern entwickelt als bei den meisten anderen Völkern. Das Tier hat weder Furcht noch Schauder vor dem Tode; und diese Furcht oder dieser Schauder sind vielen Urvölkern absolut unbekannt, welche in engsten Berührungen mit dem Verstorbenen stehen, ihn oft mehrere Leichenfeiern nacheinander durchmachen lassen und endlich oft ihn in Stücke teilen und ihn verspeisen, wenigstens teilweise. Ich habe bewiesen, daß dies der Fall war, weil Jehovah ursprünglich ein Toter war, weil die Propheten ursprünglich nicht von obôth oder Zauberern oder Nekromanten sich unterschieden; und daß auch, weil die Nekromanten in großer Zahl in Israel ihr Gewerbe trieben und beim Volke Jehovah und seinen Propheten Konkurrenz machten, der furchtbare Abscheu gegen die Toten und ihre Propheten, d. h. die Nekromanten, wie er in den prophetischen oder von den Propheten ausgehenden Texten zum Ausdruck kommt. Die Nekromantie, welche notwendigerweise vor alters mit einem toten Stück sich abgab, mit einem Teil der Leiche oder des Knochengerüstes, dem Kopf oder dem Schädel im allgemeinen, könnte ebenso mittels der Knochen gewisser Tiere ausgeübt werden. So wenigstens, sagt uns der Talmud, wirkten die Ideonim, in den Bibelstellen zusammen mit den Obôth, indem sie einen Knochen eines fremden Tieres in ihren Mund nehmen, um Orakel zu machen. Selbst ohne diesen Talmudkommentar heranzuziehen, finde ich meine Anschauung völlig berechtigt durch die verschiedenen Bibelstellen, welche von der Seele der Tiere ebenso sprechen wie von der mensch-

*) P. Garrault, Ventriloquie, nécromanie, divination, inspiration et prophétisme. Revue scientifique, 26. Mai 1900 f.



der Erkrankung können mit einigen Tagen Bettbehandlung schnell zum Abheilen gebracht werden. Muß aber der Patient wegen des Allgemeinzustandes im Bade bleiben, so nehmen die Hautveränderungen an Ausdehnung schnell zu, dann kann eine Bettbehandlung nicht mehr nützen, denn beim Abtrocknen der Haut treten dann so tiefe Schrundenbildungen ein, daß zur Linderung der Schmerzen ein Zurückbringen ins Bad erforderlich ist. Bei geschwächten Kranken kann die Affektion wesentlich zur Beschleunigung des Exitus letalis beitragen.

Mikroskopische Untersuchungen zum Studium der Aetiologie des Badeekzems ergaben in den erkrankten Hautpartien neben massenhaften Myzelfäden Häufchen von hefeartigen Zellen; ein Zusammenhang zwischen beiden Formen war in frischen Präparaten nicht ersichtlich. Der stets gleiche Befund ließ einen ursächlichen Zusammenhang dieser Pilze mit dem Badeekzem annehmen. Versuche, die Pilze zu züchten mit einem Kulturverfahren, das nach Möglichkeit den natürlichen Wachstumsverhältnissen der Erreger angepaßt war, ergaben positive Resultate. Formalinwasserkulturen lieferten hefeartige Zellen und Myzelfäden, die morphologisch und tinktoriell denen des Ausstrichmateriales identisch waren. Bei Uebertragung auf feste Nährböden zeigte sich, daß die als Hefezellen gedeuteten rundlichen Gebilde lediglich das Konidienstadium des Myzels darstellten. Die weitere Untersuchung der Reinkultur ergab, daß der gezüchtete Mikroorganismus den Askomyzelen zuzurechnen ist. Das Formalinwasserkulturverfahren wurde für alle untersuchten Fälle herangezogen und führte stets zu dem gleichen Resultat.

3. Wiens, Breslau: **Zur Methodik der bakteriologischen Blutuntersuchung.**

Für Untersuchungen über das Vorkommen von Bakterien im Blute bei kroupöser Pneumonie empfiehlt Verf. einen Nährboden, der 1. flüssig, 2. für das Wachstum der Pneumokokken geeignet und 3. gerinnungshemmend ist. Als zweckmäßigste hat er folgende Methode ausprobiert. Nach den gewöhnlichen Vorschriften hergestelltes 10%iges Peptonwasser, das außerdem 1% Dextrose enthält, wird in Mengen von 10 ccm in Reagenzgläser abgefüllt; 1 ccm Blut wird zugesetzt, die Gläser umgeschüttelt und in den Brutschrank gesetzt. Der mit Blut gemischte Nährboden stellt eine hellrote, trübe Flüssigkeit dar; eine Gerinnung des Blutes tritt nicht ein, dagegen setzt sich nach einigen Stunden ein dunkelbraunes Sediment ab, das durch Schütteln wieder mit der Flüssigkeit vermischt werden kann. Nach Verlauf von 20 bis 24 Stunden werden Teile des Sedimentes auf Agarplatten ausgestrichen und diese wieder bebrütet; bei positivem Ausfall wachsen die Kolonien in charakteristischer Weise auf dem Agar und können dann weiter identifiziert werden. Fast ausnahmslos hat Verf. mit diesem Verfahren positive Resultate erzielt, auch in einer Reihe von Fällen, wo die gewöhnliche Blutagarmischkultur negativ war.

4. Seyberth, München: **Beitrag zur Kenntnis der Blasengeschwülste bei Anilinarbeitern.**

Verf. hat fünf Fälle von Blasentumor bei Anilinarbeitern untersucht; die Leute waren längere Zeit in Anilinfabriken beschäftigt und kamen eines Tages mit Blutharnen ins Krankenhaus; durch das Zystoskop wurden dann die im Trigonum sitzenden Tumoren festgestellt und ihre Entfernung durch Sectio alta vorgenommen. Zwei der Geschwülste zeigen eine feinpapilläre, kleinhöckerige Oberfläche, sie sind wohl als einfache Granulationsgeschwülste zu bezeichnen; eine dritte stellt einen richtigen Zottenpolyp dar; diesen drei Tumoren ist gemeinsam eine sehr starke Entwicklung des überkleidenden Epithels und, soweit der Geschwulstboden vorhanden ist, eine starke herdförmige, kleinzellige Infiltration desselben. Der vierte Tumor ist ein adenomatöser, mit karzinomatösem Charakter; das Epithel ist zwar noch nicht in die Muskulatur der Blase vorgedrungen, doch stellen zahlreiche solide Epithelstränge in der Mukosa den bösartigen Charakter der Neubildung außer Frage. Bei der fünften Geschwulst ist alveoläre Anordnung der Epithelwucherung und atypisches Wachstum vereinigt; sie zeigt keinen papillären Bau mehr und ist wohl als Karzinom zu bezeichnen. Es ergibt sich also, daß sich verschiedenartige Tumoren bei sonst gleichen Verhältnissen entwickelt haben. Für alle Fälle muß die gleiche Ursache, der chronische Reiz des anilinkörperführenden Harnes auf die Blasenwand angenommen werden; anders ließe es sich nicht erklären, warum gerade die Anilinarbeiter eines großen Werkes soviel häufiger von dem Leiden befallen werden, als die andersartig Beschäftigten. Für die gemeinsame Ursache spricht auch eine den Tumoren gemeinsame Eigentümlichkeit, die bei allen, auch den gutartigen, auffallend starke Beteiligung des Epithels. Dieser entspricht es auch, daß die beiden bösartigen Geschwülste Karzinome sind. Gemeinschaftlich sind auch allen Tumoren die Rundzellenherde als Zeichen entzündlichen Reizes.

5. Wyß, Zürich: **Zur Wirkungsweise der „Scharlachöl"-Injektionen B. Fischers bei der Erzeugung karzinomähnlicher Epithelwucherungen.**

Verf. glaubt, daß die Wirkungsweise der Scharlachölinjektionen weniger eine chemische ist, daß vielmehr das Scharlachöl

---

lichen Seele. Daß der Fremde die Seele der Tiere aß, war sichtlich ein Verbrechen, indessen weniger groß als für den Ebräer; aber besonders, daß ein Individuum in Berührung trat mit einem toten Wesen, welches noch sein Blut enthielt, d. h. seine Seele, sie aß und sich zu eigen machte, um sie dann Orakelsprüche tun und die Zukunft vorhersagen zu lassen nach Art der Obôth und Idionim, darin lag die hauptsächliche, wirkliche Gefahr; furchtbar sicherlich, wenn es um einen Freund, fast gar nicht in der Tat, wenn es um einen Fremden sich handelte. Daß der Fremde aus der so gefangenen, geknechteten, in seinem eigenen Körper eingeschlossenen Seele machte, was er wollte, daß er sie nach Art der Nekromanten durch seinen eigenen Mund sprechen lassen konnte, das war Sache seiner Mitbürger, der Götter seines Volkes, z. B. Chemosch, wenn es um einen Moabiter oder Hammoniter sich handelte, sofern seine Gottheit, was sehr wahrscheinlich, die Aufnahme von Blut verboten haben würde. Dieser Nekromant, dieser gewaltige Zauberkünstler, konnte als Fremder nur um seinen bei den Söhnen Jehovahs sehr begrenzten Kredit spielen; das war aber für die Propheten, für diese geschickten und gewandten Menschen in Israel, für Glauben und jahvistische Ueberlieferung ein sehr gefährlicher Konkurrent. Das blieb seinem Gewissen überlassen, mit den Gesetzen seines Gottes und seines Landes sich abzufinden, wenn er sie durch das Verzehren der Seele übertrat; und die Kinder Israels taten noch ein gutes Werk, wenn sie diesem Fremden das bei ihnen verbotene und deshalb nutzlose Aas verkauften, ohne für den Sünder verantwortlich zu sein, wenn er einer war, und ohne daß die priesterliche oder prophetische Orthodoxie dadurch einer ernsten Gefahr entgegenging. Diese Erklärung paßt meines Erachtens genau für die relativ alte Zeit, in welcher der Kodex deuteronomium verfaßt wurde, wo die soeben auseinandergesetzten partikularistischen Gedanken so gang und gebe waren, daß sie deutlich die Verfasser dieses Kodex beeinflußten. Dagegen entspricht das unbedingte Verbot, Blut zu essen oder von selbst gestorbene Tiere zu verzehren, bei Fremden wie bei Ebräern sehr wohl der Sinnesart und den Tendenzen derjenigen, welche sehr viel später den Priesterkodex verfaßten.

Zur gründlichen, erschöpfenden Behandlung dieser Frage müßte man auch bei dem heutigen Stande unserer Kenntnisse viele Seiten füllen. Aber ich glaube das Wesentliche gesagt und die fundamentalen Gedanken des Fleischverbotes und der Fleischbesichtigung bei den Ebräern auseinandergesetzt und gezeigt zu haben, daß es unmöglich ist, eine hygienische Vorstellung für das so tief durch seinen Mystizismus gesunkene und verirrte Volk anzunehmen, da wir keine Spur davon bei den Aegyptern sehen, welche ihnen so überlegen waren, welche in gleichem Range mit den Chaldäer-Assyriern auf der Stufenleiter der antiken Zivilisation die erste Rolle einnahmen, während die Ebräer die letzte besetzten.

Was nun den modernen Sinn der rituellen Vorschriften anbetrifft, welche auf die Beschneidung, auf unreine Tiere, auf verbotenes Fleisch sich beziehen, wie sie für die Juden eine

und auch andere Substanzen, wie z. B. mit Kalk versetzter Agar, einen Ausschluß des Epithels von der normalen Ernährung mit Blut auf mechanischem Wege bedingt.

6. Fraenkel, Eppendorf: **Ueber einen Fall von angeborener Dünndarmsyphilis, nebst Bemerkungen über die ätiologische Bedeutung der Spirochaeta pallida.**

Bei einem frühreifen, 47 cm langen, von einer Mutter, bei der Syphilis nicht nachweisbar war, geborenen Knaben, der von der Mutter genährt wurde und unter den Erscheinungen der Peritonitis am fünften Lebenstage zu Grunde ging, ergab die Autopsie neben Zeichen einer älteren, sich durch untrennbare Synechien zwischen oberen Jejunumschlingen dokumentierenden Peritonitis eine frische eitrige Bauchfellentzündung. In einem Teil des Jejunum fanden sich weiter tiefgreifende, glattwandige Geschwüre und flache, das Niveau der Schleimhaut beetartig überragende Anschwellungen. Der durch die fibrösen Verwachsungen charakterisierte peritonitische Prozeß war offenbar im intrauterinen Leben entstanden; dazu hatte sich während des kurzen extrauterinen Lebens des Kindes, nach erfolgter Nahrungsaufnahme, unter Vermittlung der an den geschwürigen Stellen maximal verdünnten Darmwand, eine akute Infektion der freien Bauchhöhle gesellt, die den Tod herbeiführte. Die Deutung der Prozesse im Darm als syphilitische fand eine Stütze in dem Nachweis syphilitischer Veränderungen an den Rippen. Sehr bemerkenswerte Resultate ergab die Untersuchung des Darmes auf Spirochaeten. Dieselben wurden in enormen Mengen und zwar nur im Bereiche der Krankheitsherde gefunden. In den noch nicht zerfallenen Darmpartien lag die Hauptmasse der Spirochaeten in den Rändern der Krankheitsherde, wo sie in solcher Menge vorhanden waren, daß sie sich schon bei schwacher Vergrößerung als breite, die Lieberkühnschen Drüsen und die Kapillaren der Submukosa umspinnende schwarze Säume erkennen ließen; gegen die Muskularis nahmen sie an Mächtigkeit ab; an manchen Stellen lagen bald vereinzelte, bald mehrere Exemplare frei im Drüsenlumen. Bei den geschwürigen Herden erwies sich der Geschwürsgrund durchaus frei von Spirochaeten, dagegen waren diese in den Geschwürsrändern, auch hier hauptsächlich die Drüsen umspinnend, vielfach untereinander verflochten, in beträchtlicher Menge vorhanden, um gegen die tieferen Schichten der Darmwand hin rasch an Menge abzunehmen. Diese Befunde bei einem nicht mazerierten, sondern erst am fünften Lebenstage verstorbenen Kinde müssen zu der Annahme berechtigen, daß die Spirochaeten die Erreger der Darmerkrankung sind. Die genauere histologische Untersuchung der kranken Darmstellen, namentlich der als beetartige Erhebungen imponierenden Partien, ergibt, daß ein Teil dessen, was bei makroskopischer Betrachtung der Darmwand in solchen Fällen als miliares Gummi imponiert, d. h. als eine in das Gebiet der Granulationsgeschwülste zu rechnende Bildung aufgefaßt wird, sich in Wirklichkeit als umschriebene Gewebsnekrose entpuppt, deren Zugehörigkeit zur Syphilis durch den Befund der charakteristischen Spirochaeten in den Nekroseherden und deren Umgebung bewiesen wird.

7. Schumm, Eppendorf: **Zur Frage nach dem Vorkommen von Blutfarbstoff oder Hämatin in menschlicher Galle.**

Verf. wirft die Frage auf, ob infolge der Anwesenheit von Blutfarbstoff oder ihm nahestehender Abbauprodukte in der Galle Spuren solcher Stoffe, sei es normaler Weise, sei es bei Krankheiten, in die Fäzes übergehen und einen positiven Ausfall der empfindlichsten chemischen Blutproben verursachen können. Als Resultat der zu dieser Frage angestellten Experimente ergibt sich:

1. Mittels der Guajacterpentinölreaktion läßt sich in menschlicher Galle trotz deren enormer Eigenfarbe noch ein Blutgehalt von 0,2% erkennen, wenn man 50 g Galle verarbeitet; die spektroskopische Probe gibt bei Verarbeitung eines solchen Quantums mit einem Blutgehalt von 1% noch eine sehr deutliche Hämochromogenreaktion.

2. In der (Leber-) Galle des Menschen sind Oxyhämoglobin, Hämoglobin, Methämoglobin und Hämatin in nachweisbarer Menge nicht enthalten.

3. Auch eine reichliche Beimengung normaler Galle zu (blutfarbstoffreien) Fäzes kann eine positive „Blutprobe“ weder bei Anwendung der „verbesserten Weberschen Probe“, noch bei der von Schlesinger-Holst angegebenen Ausführungsform der Adlerschen Benzidinprobe vorgetäuscht werden.

8. Schumacher, Kiel: **Schwere, unter dem Bilde der Diphtherie verlaufende Streptokokkenkonjunktivitis nach Masern.**

Bei einem zweijährigen Kinde entwickelte sich im Anschluß an Masern ein impetiginöser Ausschlag, der auch auf die Mutter übertragen wurde, eine Otitis media, sowie eine schwere Konjunktivitis, die zu ausgedehnten Nekrosen und zu völliger Zerstörung der Kornea führte. Klinisch boten die Konjunktiven das typische Bild der Diphtherie, es ließen sich aber keine Löfflerschen Bazillen nachweisen, vielmehr sowohl mikroskopisch wie kulturell der Streptococcus pyogenes, der somit als Erreger der Augenaffektion angesehen werden muß.

---

so große Aufgabe ohne irgend eine Art von Ersatz bedeuten, ist er uns von den Gegnern Reinachs in den angedeuteten Polemiken zugestanden. Die hygienische Theorie stellte bei den modernen Juden nur eine verspätete, hinten nachklappende Attitüde dar. Ihre Vorschriften haben im Sinne derjenigen, welche ihre Aufrechterhaltung predigen, heute als wirkliches Ziel die Isolierung der Juden, die Erhaltung des Judentums zum Nutzen der jetzt lebenden. Dieses eigennützige Motiv nähert David Strauß Schleiermacher und den protestantischen Theologen, welche sich unfähig erwiesen, bis zum Ziel der logischen Konsequenzen ihrer Kritiken fortzuschreiten. Die wahre Lösung der Judenfrage beruht auf der Abschaffung dieser belästigenden und ungesunden, rohen und lächerlichen rituellen Maßnahmen, der Beschneidung und des Fleischverbotes. An dem Tage, an welchem unter den Juden nur die beschnitten sein werden, welche es nötig haben, werden die Juden so, wie sie es tun müssen, mit den Völkern sich verschmelzen, in deren Mitte die Umstände sie veranlaßt haben zu leben. Das ist meiner Ansicht nach die gesunde Lösung der Judenfrage.

Wir können nicht erwarten, während der Zeit des Mittelalters unter einer einigermaßen wissenschaftlichen Form wertvolle Angaben betreffend die Viehtuberkulose zu finden. Bekanntlich ist der Ursprung der Veterinärmedicin erst neueren Datums und reicht nicht über die Hälfte des 18. Jahrhunderts hinaus. So finden wir außer einer Stelle bei Columella (est etiam illa gravis pernicies cum pulmones exulcerantur, inde tussis et macies et ad ultimum phthisis invadit*), welche sich auf die Phthise oder die Ulzeration der Lungen beim Rinde bezieht, in der Art, wie die alten Aerzte die menschliche Phthise verstanden, keine einzige nennenswerte Stelle.

Wir sind einigermaßen in Verlegenheit, sei es auch in noch so wenig kritischer Weise, die Stellen, Entscheidungen oder Gesetze heranzuziehen, nach welchen man vermuten könnte, daß während der der großen Wiedergeburt der Anatomie im 17. Jahrhundert vorangehenden Periode die Menschen einige mehr weniger unbestimmte Kenntnisse von der Rindertuberkulose hatten. Wie auch immer die Vorstellung sein mag, welche sie sich über die Natur, die Ursachen, die Bezeichnung der Tuberkeln und der Ulzerationen der Lunge, der Tumoren der Serosen machen konnten, interessant würde es sein, zu wissen, bis zu welchem Punkte sie diese besaßen, und ob ihnen der Gedanke gekommen ist, es könnte für den Menschen eine Gefahr bedeuten, das Fleisch derartige Symptome zeigender Tiere zu verzehren; oder auch, ob sie aus ähnlichen Gründen wie die Juden, vielleicht gar entlehnt von den Juden, auf den fundamentalen Vorstellungen der Hygiene völlig fremde Betrachtungen sich stützend, dazu gelangt sein würden, wirklich hygienische Vorschriften zu erlassen.

*) Culumedla, de re rustica Lib. VI, cap. XIV.

(Schluß folgt.)



9. Danziger, Frankfurt: **Ueber Vaccina generalisita.**

Verf. gibt die Krankengeschichten von sechs Fällen von Vaccina generalisita, die gleichzeitig auf der Klinik in Beobachtung standen. Für die Entstehung der Erkrankung kommen zwei Wege in Betracht: die Autoinokultation resp. Inokultation und die „spontane Eruption von innen heraus". Bei den vorliegenden Beobachtungen spricht manches für letzteren Entstehungsmodus. Auffallend war in dieser Hinsicht die Tatsache, daß in allen Fällen, mit Ausnahme eines sehr leichten, Husten im Beginn der Erkrankung konstatiert wurde, wodurch die Annahme nahegelegt wird, daß bei der generalisierten Vakzine das Krankheitsgift, ebenso wie das für die Variola wahrscheinlich ist, mit der Inspirationsluft eingeatmet wird. Gegen eine Inokultation würde sprechen, daß in einem Falle überhaupt keine Hauterkrankung war und bei drei weiteren die ersten Impfpusteln an Stellen auftraten, wo nie vorher Ekzem gesessen hatte. Als weiterer Faktor, der vielleicht zur Entstehung der Vaccina generalisita beitragen könnte, käme eine besondere Virulenz des Vakzinekontagiums in Betracht. Eine solche in den vorliegenden Fällen anzunehmen, liegt nahe, da von dem ursprünglich geimpften Kinde zunächst drei Angehörige und von einer dieser indirekt geimpften Personen wieder fünf Kinder infiziert wurden. Daß Hautkrankheiten, insbesondere Ekzem, in hohem Grade zur Entstehung einer generalisierten Vakzine disponieren, ist nach den in der Literatur niedergelegten Erfahrungen unbedingt sicher. Und da es nach den vorliegenden Beobachtungen eine epidemische Verbreitung der Vaccina generalisita gibt, muß man in der Isolierung der erkrankten von noch nicht geimpften, ekzemkranken Kinder mit der größten Strenge vorgehen.

10. Basch, Belzig: **Fremdkörper in der Nase als Folge von Trauma.**

Ein Arbeiter wollte eine Kette, die sich festgehakt hatte, von unten nach oben an sich reißen; dabei platzte dieselbe, und der Arbeiter erhielt einen Schlag auf die Nase, daß er das Gefühl hatte, das Nasenbein sei beschädigt. Die Nase schwoll sofort an; da aber keine größere äußere Verletzung vorhanden war, machte er Umschläge, die ihm auch ein nach der Arbeit konsultierter Arzt ohne Untersuchung des Naseninnern weiter verordnete. Da nach 15 Tagen die Nasenatmung immer noch gestört war, suchte der Arbeiter spezialistische Hife auf. In der stark aufgetriebenen Nasenhälfte fand sich am Boden und Septum eine schwarze Masse, die sich hart anfühlte und nach der ohne größere Blutung möglichen Extraktion als ein Glied der Kette erwies. Die Nase kehrte sofort auf ihren vorigen Umfang zurück und unter Tamponade wurde bald völlige Heilung erzielt.

11. Bernhard, St. Moritz: **Die Radikaloperation der Herniae permagnae mit Reposition des Hodens in die Bauchhöhle.**

Um bei der Radikaloperation übergroßer Leistenbrüche einen ganz festen Verschluß zu erzielen, hat Verf. bei älteren Leuten, von der Mitte der 50er Jahre aufwärts, die gleichzeitige Kastration mit hoher Abtragung des Samenstranges gemacht, ohne Rücksicht, ob der Hode schon atrophisch war oder nicht. Die betreffenden Patienten waren mit dem Vorschlage jedesmal sofort einverstanden. Um sich auch bei jüngeren Leuten, wo die Kastration nicht angängig ist, vom Funikulus gänzlich zu emanzipieren, verlagerte er hier bei sehr großen Brüchen oder in Fällen von Rezidiv nach Radikaloperation den Hoden in die Bauchhöhle. Nach einer Vorbereitungskur im Sinne Kauschs wurde bei der Operation der Bruchsack, wo es ohne große Zerrungen und Schwierigkeiten ging, isoliert, der Hode aus dem Skrotum in die Schnittwunde hinaufluxiert und der Samenstrang bis zum inneren Leistenring freipräpariert; dann wurde der Bruchsack eröffnet und der Hode samt den Baucheingeweiden in die Bauchhöhle reponiert; nach Verschluß und Abschneiden des Bruchsackes ließ er den Stumpf in die Bauchhöhle zurückgleiten, worauf Schluß der Bruchpforte und Verengerung des Leistenkanals in seiner ganzen Länge mit festen, tiefgreifenden Nähten erfolgte. Es ist wohl anzunehmen, daß diese Verlagerungsmethode, die einen ausgewachsenen, normalen und leistungsfähigen Hoden betrifft, denselben auch wenigstens in der Mehrzahl der Fälle anatomisch und physiologisch intakt lasse. Von den zehn vom Verf. so Operierten hatte keiner jemals über Beschwerden von seiten seines in die Bauchhöhle verlagerten Hodens zu klagen, und sämtliche sind trotz Verrichtung schwerer Arbeit rezidivfrei geblieben.

12. Bretschneider, München: **Blutbefunde bei Nervösen.**

Verf. hat die von Goltt (d. W. Nr. 47, 1906) mitgeteilten Blutbefunde bei Nervösen einer Nachprüfung unterzogen und an etwa 50 hysterischen Mädchen und neurasthenischen Männern Untersuchungen angestellt. Dabei hat er wohl Befunde erhoben im Sinne von Grawitz, der heftigen psychischen Einflüssen dieselbe Wirkung auf die Gefäßinnervation und somit Blutzusammensetzungen zuschreibt, wie thermischen; die Golttschen Resultate aber hat er nicht bestätigen können.

13. Aufrecht, Magdeburg: **Zur Behandlung des Delirium tremens.**

Gegenüber den Mitteilungen von Eichelberg aus dem Krankenhause Hamburg-Eppendorf (d. W. Nr. 20), der von irgendwelchen Schlafmitteln bei der Behandlung des Deliriums einen Erfolg nicht gesehen hat, hält A. auf Grund seiner Behandlungsresultate an der von ihm empfohlenen Chloraltherapie fest. Jeder halbwegs robuste Patient erhält abends, nachdem er isoliert ist, 4 g Chloralhydrat; bisweilen tritt danach schon in der ersten Nacht Schlaf und Ruhe ein; oft können die Kranken am nächsten Morgen unter die andern Kranken gebracht werden. Nach einer erneuten Gabe von 4 g Chloral ist fast immer bis zum nächsten Morgen Ruhe erzielt und der Anfall als geheilt zu betrachten; länger als dreimal 24 Stunden sah A. nie einen Anfall dauern. Noch günstiger gestaltet sich der Effekt des Chlorals, wo das Delirium zu einer Pneumonie, Erysipel, Knochenbruch hinzutritt; diese Patienten erhalten ausnahmslos am Abend 3 g Chloralhydrat, worauf fast stets prompt Schlaf eintritt, desgleichen an den nächsten Abenden bei Wiederholung der Dosis. Sehr wichtig ist bei solchen Kranken eine roborierende Behandlungsweise; um die Konsumption möglichst hintanzuhalten, empfiehlt sich mit dem Beginn der akuten Krankheit die Verabfolgung von Alkoholizis. Dagegen verabfolgt A. in keinem Falle von reinem Delirium tremens Alkohol. All seine Patienten haben während ihres ganzen Krankenhausaufenthaltes ohne Alkohol existiert und sind sehr gut ausgekommen. Die Entbehrung des gewohnten Getränks führt nie zu physischem oder psychischem Leiden; zwischen Morphinismus und Trunksucht besteht in dieser Beziehung ein überraschender Unterschied.

14. Heß, Zürich: **Ein neuer Apparat zur Bestimmung der Viskosität des Blutes.**

15. Wiesner und Dessauer, Aschaffenburg: **Eine Verbesserung der Durchleuchtungsblende speziell für die Zwecke der Magenuntersuchung.**

An der Hand von Abbildungen werden die Apparate beschrieben.

Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 31. 1907.

1. Sommer, Gießen: **Diagnostik und Therapie der psychischen und nervösen Krankheiten.**

Durch die nach Entwicklung der beobachtenden Psychologie und experimentellen Psychologie möglich gewordene Uebertragung der analytischen Methode auf die komplizierten Zustandsbilder der Geistesstörungen hat die Psychiatrie eine wesentlich verbesserte Differentialdiagnostik erhalten; zugleich mußte ihr Gebiet erweitert werden, indem namentlich durch die psychologisch-klinische Betrachtung alle diejenigen nervösen Störungen in dieses eingezogen wurden, bei denen psychische Abnormitäten irgendwelcher Art auftreten. Wesentlich unter ihrem Einfluß beginnt sich so das Chaos, welches durch die Sammelnamen der Hysterie, Neurasthenie, Hypochondrie etc. nur notdürftig verdeckt ist, allmählich zu lösen und in bestimmten Formen mit klarer Symptomatologie sich zu gestalten. Weitere Aufgabe muß es sein, die psychisch-nervösen Zustände in gleicher Weise wie die im engeren Sinne psychiatrischen methodisch zu untersuchen, die psychologischen Symptome möglichst zu objektivieren und die Krankheits-

arten besser zu differenzieren, als es unter der Herrschaft dogmatischer Begriffsbedingungen möglich war. Was die Therapie betrifft, so hat die vornehmliche Beschäftigung mit den äußeren Bedingungen der Verpflegung und Behandlung zu der großartigen Entwicklung des Anstaltswesens und der praktischen Irrenpflege geführt. Einer weiteren differential-diagnostischen Vertiefung bedarf die spezielle Therapie.

2. Mönckeberg, Gießen: **Ueber die genuine Arteriosklerose der Lungenarterie.**

Verf. berichtet über zwei Fälle von genuiner Arteriosklerose der Lungenarterie, bei denen das anatomische Bild der Erkrankung durch die mikroskopische Untersuchung völlig geklärt wurde. Beide Male handelte es sich um schwere Gefäßveränderungen im Lungenkreislauf, die durch Einengung des Gesamtquerschnittes des Lungenarteriengebietes und Elastizitätsverminderung der Gefäßwände ein starkes Stromhindernis darboten, wodurch es zur Hypertrophie des rechten Ventrikels kam. Im Anschluß an diese entwickelte sich dann eine muskuläre Insuffizienz der Tricuspidalis mit ihren Folgen, Oedeme, Venen-, Leberpuls; die bestehende hochgradige Zyanose war wohl auf die mangelhafte Sauerstoffaufnahme des Blutes in den Lungen infolge der erhöhten Stromgeschwindigkeit zurückzuführen. Bezüglich der Art der Gefäßveränderungen und der Pathogenese des ganzen Prozesses nimmt Verf. an, daß es sich um echte Arteriosklerose bei beiden Fällen handelt. Während nun bei andern in der Literatur mitgeteilten Fällen solcher Gefäßveränderungen in den Lungenarterien für das Zustandekommen in erster Linie die durch Erkrankungen des linken Herzens oder der Atmungsorgane bedingte Erhöhung des Blutdrucks im kleinen Kreislauf verantwortlich zu machen ist, die Sklerose also als sekundäre zu bezeichnen ist, fehlt bei den vorliegenden beiden Fällen jeglicher anatomische Anhaltspunkt, daß primär eine Blutdrucksteigerung im Pulmonalgebiet vorgelegen hat; mithin muß die Sklerose der Lungenarterie primär vorhanden gewesen sein. Für die Entstehung dieser genuinen Sklerose kann vielleicht das jugendliche Alter der betreffenden Personen einen Fingerzeig geben, das darauf hindeutet, daß es sich möglicherweise um angeborene Alterationen der Lungengefäßwände handelt, die bei normalen Ansprüchen an die Gefäßwände zu ihrer vorzeitigen Schwächung führten.

3. Kroemer, Gießen: **Klinische Beobachtungen über Aetiologie und Therapie des Chorianepithelioms, insbesondere über die Behandlung der Blasenmole.**

(Nicht abgeschlossen.)

4. Leutert, Gießen: **Biersche Stauung in der Otologie.**

5. Hirschfeld und Kothe, Berlin: **Ueber abnorm hohe Leukozytosen bei schweren Infektionen.**

Die Untersuchungen der Verff. über die infektiöse Leukozytose erstrecken sich hauptsächlich auf die Appendizitis. Die Leukozytose betrug bei 72 leichten Fällen im Durchschnitt 14000, bei 45 mittelschweren 20000, bei 8 schweren 30000. Bisweilen finden sich enorm hohe Leukozythenzahlen. Verff. geben kurz die Krankengeschichten von neun Fällen, bei denen es infolge schwerer Infektion (vornehmlich Appendizitis, Diphtherie, Sepsis, Knochenbruch mit schwerer Eiterung) zu einer Leukozytose von 60000 bis 92000 kam; von diesen sind sechs gestorben, nur zwei wurden geheilt; auch bei diesen handelte es sich um schwere, diffuse, jedoch zur Abkapselung gelangende Peritonitis. Danach ist zu sagen, daß Fälle mit so hoher Leukozytose stets eine sehr ernste Prognose bieten. Bemerkenswert ist weiter, daß von den neun Fällen acht das weibliche Geschlecht betreffen, und daß es sich in der Hälfte um Kinder handelt; es stimmt das mit sonstigen Erfahrungen überein, daß das Leukozytenphänomen bei Frauen und Kindern am ausgesprochensten ist. Besonders auffällige Befunde bot ein zehnter Fall, einen zehnjährigen Knaben betreffend, der wegen gangränöser Appendizitis operiert wurde und durch eine postoperative Blutung aus einem Duodenalgeschwür zu Grunde ging. Hier blieb auch nach der Operation noch eine ziemlich hohe Leukozytenzahl, schwankend zwischen 22000 und 38000, bestehen; am Tage nach der schweren Blutung stieg sie dann auf 60000; am folgenden Tage auf 80000 und am Tage des Exitus auf 160000, zuletzt auf 190000. Die Zahl der roten Blutkörperchen betrug an diesem Tage 1000000. Wie der Blut-, so zeigte auch der Knochenmarksbefund, daß von seiten der roten Zellen keinerlei Regenerationserscheinungen aufgetreten waren, während die Leukozyten mächtig reagiert hatten. Die prozentuale Auszählung derselben ergab: polymorphkernige, neutrophile Leukozyten 56%, polymorphkernige, granulationslose 24,6%, neutrophile Myelozyten 7,3%, Lymphozyten aller Größen 12%. Es war also ein Blutbefund zustande gekommen, der nur als leukämieähnlicher bezeichnet werden kann. Dem entsprach auch ein großer Reichtum der Lymphdrüsen an Mast- und eosinophilen Zellen und der Milz an Plasmazellen, wie er bei Leukozytose nicht bekannt ist Es hat also in diesem Falle eine während des Vorhandenseins einer entzündlichen Leukozytose einsetzende schwere Blutung einen so abnorm auf die Blutbildungsorgane wirkenden Reiz ausgelöst; wahrscheinlich dürfte in den erkrankten Teilen eine besonders toxische Substanz gebildet worden sein, die in so atypischer Weise die blutbildenden Organe beeinflußt hat.

6. Mühsam, Berlin: **Tödliche Blutung aus einem Duodenalgeschwür nach Appendizitisoperation.**

Magen- und Darmblutungen sind nach den verschiedensten Bauchoperationen beobachtet worden (Bruchoperationen, solche am Darm, am Gallenseptum, an den weiblichen Genitalien). Busse hat 96 solcher Fälle zusammengestellt; bei 34 waren Netz- und Mesenterialgefäße unterbunden worden, in 43 handelte es sich um eitrige Prozesse, 55 verliefen tödlich. Wahrscheinlich sind sie bedingt durch direkte oder retrograde Verschleppung von Thromben, sowohl im arteriellen wie venösen Stromgebiet. Der vom Verf. beobachtete Fall ist der in vorstehender Arbeit als zehnter besprochene. Netzunterbindungen des infiltrierten Netzes dürften auch hier eine Rolle gespielt haben, trotzdem bei der Autopsie in dem übriggebliebenen Netz keine Thrombosen mehr gefunden wurden. Seitdem hat Verf. auf Darmblutungen nach Laparotomien besonders geachtet und mehrere Fälle gesehen, wo bei leichten Störungen des Allgemeinbefindens Blut im Stuhlgang nachgewiesen werden konnte. Hier ist es offenbar nicht zu Ulzerationen gekommen, sondern nur zu kleinen Blutungen aus Ekchymosen, wie solche wohl auch ohne schwere Schädigungen auftreten können und daher der Beobachtung leicht entgehen.

7. Franke, Braunschweig: **Diagnose und Behandlung der chronischen Gelenkerkrankungen.**

(Nicht abgeschlossen.)

8. Sommer und Dannemann: **Zur Geschichte der medicinischen Fakultät Gießen.**

Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 32. 1907.

1. Pel, Amsterdam: **Ist Opium nützlich oder schädlich bei akuter Perityphlitis?**

P. betrachtet die heilsame Wirkung des Opiums bei akuter Perityphlitis als eine der bestfundierten Tatsachen aus der inneren Klinik. Als Arznei, welche Nausea und Erbrechen unterdrückt, quälende Durstempfindung mildert, das „Sensorium commune" günstig beeinflußt, und die unerwünschten, sehr schmerzhaften Darmkontraktionen beruhigt, die Verklebungen und Adhäsionen losreißen und Verbreitung des Krankheitsprozesses heraufbeschwören können, hält er das Opium immer noch in Ehren. Die schädlichen Wirkungen des Brechaktes auf Herz und Bauchhöhle werden teilweise eliminiert, die ersehnte ruhige Bettlage wird bequemer, die Nachtruhe gefördert, die Abkapselung des Entzündungsprozesses begünstigt, seiner Ausdehnung entgegengewirkt. Es sollen therapeutische, nicht toxische Dosen Opium verabfolgt werden, am besten in Form eines gelösten Präparates (Laud. liq. Sydenhami oder Tct. opii); Alter, Konstitution, individuelle Reaktion, vor allem der Schmerz, müssen Dauer und Dosierung der Opiumbehandlung indizieren; bei Erwachsenen z. B. kann man zweistündlich fünf Tropfen Laudanum, anfangs bei heftigen Schmerzen auch stündlich fünf Tropfen oder gleich zehn bis fünfzehn Tropfen geben, um die Dosis zu verringern, sobald der Zustand des Kranken keine größeren Dosen mehr erfordert. Besonders bei zweckmäßiger Eisbehandlung kann man oft mit kleinen Dosen aus-

kommen. Eventuelle Obstipation, wie sie meistens vorhanden ist, bildet keine Gegenanzeige für die Darreichung von Opium. Daß die Opiumtherapie eine erhebliche Darmschwäche hinterläßt, hat P. nicht beobachten können; im Gegenteil scheint das Opium nicht selten auf unschädliche Weise als Antipasmodikum Stuhlentleerung zu befördern. Eine Verschleierung des Krankheitsbildes ist für den nicht zu befürchten, der seine Aufmerksamkeit allen Krankheitszeichen (Puls, Zunge, Temperatur, Respiration, Allgemeinzustand, Blut, Harn, Abdomen etc.) zuwendet und sich durch die salutäre Wirkung der Arznei in der richtigen Beurteilung der wahren Situation seiner Kranken nicht täuschen läßt. Absolute Bettruhe, Eisumschläge, strengste Diät sind im akuten Stadium der Krankheit unbedingt notwendig. In akuten Fällen, wo die Diagnose gesichert erscheint und die sonstigen Verhältnisse günstig sind, ist die sogenannte Frühoperation innerhalb der ersten 24 bis 36 Stunden rationell und durchaus empfehlenswert; dieses Verfahren ist aber nur in einem Viertel bis Drittel der Fälle durchführbar; es bleiben mithin mehr als zwei Drittel bis drei Viertel der Fälle übrig, bei welchen die Frühoperation nicht möglich ist. Bei konsequenter Behandlung von Anfang der Krankheit an — abgesehen von besonderen Umständen — mit Bettruhe, strenger Diät, Eisapplikation und zweckmäßigen Dosen Opium bei strengster Vermeidung von Laxantien, pflegt die akute Perityphlitis, wie sie in der Praxis vorkommt, in mehr als 90% der Fälle günstig zu verlaufen.

2. Seligmann, Berlin: **Beiträge zur Frage der sogen. „Komplementbindung“.**

Zum Studium des Phänomens der Komplementbindung vom chemischen Standpunkt aus hat Verf. Versuche angestellt betreffs der Frage, ob indifferente Niederschlagsbildung überhaupt im stande ist, Komplement mechanisch mitzureißen. Es ergab sich, daß der Vorgang chemischer Niederschlagsbildung sowohl wie durch den einer kolloidalen Reaktion ohne Niederschlagsbildung Komplement absorbiert werden kann. Eine Erklärung der Immunitätsreaktionen geben die Versuche noch nicht, sie zeigen nur, daß es neben den Immunitätsreaktionen noch andere chemisch definierbare Reaktionsvorgänge gibt, bei denen Komplement verschwindet.

3. Eysbroek, Utrecht: **Ueber die Spezifität der Ambozeptoren.**

Verf. versuchte festzustellen, ob es möglich ist, innerhalb der großen Gruppe der pathogenen Streptokokken mittels Komplementbindung nach der Methode von Bordet-Gengou verschiedene Stämme voneinander zu trennen. Er benutzte ein Antistreptokokkenserum, das von einem Pferde herrührte, welches während längerer Zeit wöchentlich mit einem Gemisch von menschenpathogenen Strepto- und Staphylokokken verschiedener Herkunft subkutan eingespritzt worden war. Es ergab sich, daß das benutzte Serum nicht nur für fünf verschiedene, bei der Immunisierung gebrauchte Streptokokken aktiv war, sondern auch für allerlei andere menschenpathogene Streptokokken, die zur Immunisierung nicht gebraucht waren (von Skarlatina, Febris puerperalis, Angina, Cholezystitis, Septikämie usw.). Eine Trennung der verschiedenen pathogenen Streptokokken gelang also so nicht; es ergab sich sogar, daß das Serum auch für einige tierpathogene Streptokokken deutlich aktiv war. Weiter ließen nicht nur, wie zu erwarten, Staphylokokken, sondern auch Pneumokokken und Meningokokken unter dem Einfluß des Antistreptokokkenserums eine kräftige Komplementbindung erkennen. Die Bordet-Gengousche Methode ist danach zum Nachweise der Identität von Mikroben nicht zu verwerten. Von einer absoluten Spezifität der Ambozeptoren kann keine Rede sein.

4. Fink, Karlsbad: **Leitende Grundsätze für den Kurgebrauch Gallensteinkranker in Karlsbad.**

Die Kurmittel, die für die notwendig differente Behandlung der Gallensteinkranken in Karlsbad zur Verfügung stehen, sind in erster Linie die Thermalwässer, die nach chemischer Zusammensetzung und Temperatur vielfach variieren, dann Moorumschläge, Massage, Bäder, wozu als wesentliche Ergänzung das Maß der Ruhe und Bewegung sowie die Diät kommt. Die Auswahl der Kurbehelfe, ihre Zumessung in Bezug auf Intensität, Extensität und Kombination muß von der Diagnose, dem Stadium und Grad des Leidens, seiner Rückwirkung auf den Gesamtkörper, von der Kombination mit Erkrankungen anderer Organe, vom momentanen subjektiven Befinden, dem Kräftezustand, von der Reaktion auf die verschiedenen Kurbehelfe und Zufälligkeiten abhängig gemacht werden. Nur der Arzt an Ort und Stelle ist imstande, auf Grund der objektiven Untersuchung und seiner Erfahrung alle diese Momente zu beurteilen.

5. Heymann, Charlottenburg: **Zur instrumentellen Perforation des nicht schwangeren Uterus.**

Verf. berichtet über einen Fall, wo ein nicht schwangerer Uterus bei einer lege artis und mit aller Vorsicht ausgeführten Ausschabung am Fundus durch die Simssche Kurette perforiert wurde; die auf Grund des „Versinkens“ der Kurette sofort gestellte Diagnose Perforation wurde zuerst dadurch bestätigt, daß ein dickeres Instrument am Fundus Widerstand fand, während das perforierende dünne noch einmal ohne fühlbaren Widerstand in die Tiefe drang; sodann zeigte die Inspektion des Uterus unmittelbar darauf bei der schon vorher wegen anderer Affektion beabsichtigten Operation, daß die Wunde der Größe der Kurette entsprach, daß die Wundränder aneinander lagen und wenig bluteten; der Heilungsverlauf blieb durch die Perforation ganz unbeeinflußt. Verf. hält den Fall für bemerkenswert mit Rücksicht auf die von Koßmann vertretene Ansicht, daß der größere Teil der vermeintlichen Perforationen des Uterus, welche ohne Folgen verlaufen, keine Perforationen seien, daß vielmehr das plötzliche tiefe Eindringen der Kurette (resp. der Sonde) in diesen Fällen durch eine akute Erschlaffung, „Paralyse“ auch des nicht schwangeren oder puerperalen Uterus verursacht werde, eine Ansicht, zu der K. auf Grund zweier von ihm beobachteten Fälle gekommen war. Verf. hat nun die in der Literatur mitgeteilten Fälle von solchen Vorkommnissen außerhalb von Schwangerschaft und Wochenbett gesammelt und 62 einschlägige Beobachtungen ausfindig gemacht. Das perforierende Instrument war neben der Kurette die Sondenzange, Löffelzange, der Dilatator, die elektrische Sonde. In 39 von 51 in dieser Hinsicht verwertbaren Fälle bestätigte die Inspektion die auf Grund des Versinkens des Instruments gestellte Diagnose der Perforation. Demgegenüber ließ sich neben den beiden K.schen Fällen nur noch einer auffinden, in dem ein weder schwangerer noch puerperaler Uterus, nachdem ein Instrument in der geschilderten Weise in seine Tiefe eingedrungen war, freigelegt und bei der Inspektion intakt befunden wurde. Gegenüber diesen drei sichergestellten Fällen von Paralyse des Uterus erscheint die Zahl der sicheren Perforationen so groß, daß bis auf weiteres im Zwischenfalle die Wahrscheinlichkeit der Perforation unendlich viel größer ist.

Was den Verlauf und die Folgen der sicheren Perforationen betrifft, so waren unter 61 Fällen 45, in denen die Diagnose sicher oder höchstwahrscheinlich gleich beim Entstehen gestellt wurde. Darunter wurde 32 mal die Perforation als Nebenbefund festgestellt, ohne daß Folgeerscheinungen bestanden, 2 mal bei der Obduktion, nachdem der Tod durch eine andere Krankheit eingetreten war, 30 mal bei der durch das ursprüngliche Leiden erforderten Eröffnung der Bauchhöhle. In sechs weiteren Fällen fehlten zwar auch besondere Symptome, es wurde aber teils wegen der Perforation an sich, teils wegen des dadurch erwiesenen pathologischen Zustandes der Uterusmuskulatur eine eingreifendere Operation, als ursprünglich geplant war (Totalexstirpation, Laparotomie und Naht statt plastischer Operation) vorgenommen. 7 mal wurde allein der Perforation wegen an eine Ausschabung resp. Dilatation sofort eine Totalexstirpation oder Laparotomie angeschlossen, ohne daß eine strikte Indikation dafür vorhanden war. In keinem der Fälle traten schwere Erscheinungen ein. Dagegen ist unter 12 Fällen, in denen die Perforation nicht diagnostiziert wurde, nur einer ohne schwere Erscheinungen verlaufen; 11 mal traten solche auf, und 7 von diesen endeten tödlich. Bei diesen spielten neben Sepsis, Peritonitis, Blutung ganz besonders die Intoxikationen durch die verwandte Spülflüssigkeit eine verhängnisvolle Rolle. Im Gegensatz zu dem schweren Verlauf der nicht diagnostizierten Fälle hat bei aseptischem Vorgehen keine der sicher rechtzeitig erkannten Perforationen ohne Spülungen auch nur bedrohliche Erscheinungen herbeigeführt. Bei



der relativ großen Zahl sicherer Perforationen, bei der Häufigkeit, mit der ausschließlich auf Grund des unerwarteten Eindringens des Instruments in die Tiefe die Diagnose dieses Zwischenfalls richtig gestellt und durch die Inspektion bestätigt wurde, und bei den unberechenbaren Gefahren, welche weitere Eingriffe, zumal Spülungen mit sich bringen, wird unbedingt daran festzuhalten sein, daß jedesmal, wenn bei einem Eingriff in nicht graviden oder puerperalen Uterus das verwendete Instrument plötzlich wesentlich tiefer dringt, als der vorher festgestellten Länge des Uterus entspricht, eine Perforation anzunehmen ist, und daß in jedem solchen Falle der Eingriff sofort abgebrochen werden muß. Die Behandlung der Perforation wird, wenn der intrauterine Eingriff für sich allein vorgenommen wurde, eine konservative sein, eventuell mit Eis und Opium. Nur wenn ein Spülinstrument benutzt wurde und Spülflüssigkeit in die Bauchhöhle gelangt ist, erscheint Abwarten sehr bedenklich und sofortiges Eingreifen, namentlich wenn Sublimatlösung verwandt wurde, erforderlich. Diente die Ausschabung, bei der perforiert wurde, nur als Vorbereitung für eine andere Operation, bei der der Uterus freigelegt wird, so stellt die Perforation keine Kontraindikation dar, und man kann dabei die Wunde, wenn sie nicht ganz klein ist, versorgen.

Frühere intrauterine Eingriffe sowie Lageveränderungen werden vielfach als prädisponierend für die degenerativen Prozesse der Uteruswand, die eine abnorme Zerreißlichkeit bedingen, erwähnt. Bei einem Uterus mit solch abnormer Konsistenz kann eine Perforation auch für den geübten Operateur unvermeidlich werden. Aus einem derartigen Vorkommnis ist daher keinem Arzt ein Vorwurf zu machen. Ein schwerer und oft verhängnisvoller Fehler bleibt aber stets das Verkennen dieses Ereignisses.

Nr. 33. 1907.

1. Bickel, Berlin: **Untersuchungen über den Einfluß von Metallen auf die Magenschleimhaut.**

Die Einführung einer wässrigen Aufschwemmung von kohlensaurem Kalk in den Magen löst eine ganz gewaltige und enorm lange anhaltende Sekretion aus, bedingt durch die Abspaltung von Kohlensäure, die einen starken Sekretionsreiz darstellt. Aehnlich muß man sich die Wirkung der Metalle denken, nur gibt hier offenbar der Wasserstoff in statu nascendi den mächtigen Sekretionserreger ab. Breitet man ein mit der Salzsäure des Magensaftes wasserstoffbildendes Metall über die Magenschleimhaut aus, so werden die Metallpartikelchen teils durch die sich bei der Sekretion bildenden Wasserstoffblasen von der Schleimhaut abgehoben, teils durch die Saftflut, die sich einstellt, aus der Magenhöhle hinausgeschwemmt. Bei der nach Metallgabe einsetzenden Saftflut handelt es sich um echte Magensekretbildung. Dies alles gilt auch für das von Klemperer in die Therapie des Magenulkus eingeführte Escalin wegen seines Gehaltes an Aluminium. Das Escalin steigert beim Menschen die Magensaftbildung in intensiver Weise; es wird bei der Saftbildung von der Magenschleimhautoberfläche nach und nach abgeschwemmt; das in ihm enthaltene Metall ruft mit dem menschlichen Magensafte unter Gasentwicklung Zersetzungen hervor. Seine Anwendung beim Ulcus ventriculi widerspricht danach direkt denjenigen Grundsätzen, die heute für die Ulkustherapie als maßgebend gelten. Von einer spezifisch blutstillenden Wirkung des Escalins hat sich Verf. im Tierversuch nicht überzeugen können. Gegenüber den Mitteilungen Klemperers über erfolgreiche Behandlung von Ulkuskranken mit Escalindarreichung behauptet Verf., daß der stringente experimentelle oder klinische Beweis bis jetzt nicht erbracht ist, daß das Escalin an der Heilung irgend ein Verdienst hat.

2. Kentzler, Budapest: **Die Rolle der Salzsäure bei der Magenverdauung.**

Die in die Nahrung aufgenommenen artfremden Eiweißstoffe gelangen unter normalen Verhältnissen als assimilierte und ihrer Arteigenheit beraubte Eiweißstoffe ins Blut derart, daß die Artfremdheit bei normalen Verhältnissen sogar durch die sehr empfindliche Präzipitin-Reaktion nicht erweisbar ist. Durch Arbeiten verschiedener Autoren ist nachgewiesen, daß diese Artänderung der Eiweißstoffe durch den Magensaft hervorgerufen wird. Bewiesen wird es weiter durch den Umstand, daß die per anum gegebenen Eiweißstoffe im Blute unverändert wiedergefunden werden können. Durch eine Reihe von Versuchen hat nun Verf. dargetan, daß der Salzsäuregehalt des Magensaftes es ist, von dem der Arteigenheitsverlust der Eiweißstoffe abhängt; nur Pepsin enthaltende Lösung verhinderte die Einstellung der Präzipitin-Reaktion nicht, wie auch freie Salzsäure nicht enthaltender natürlicher Magensaft es nicht imstande ist. Der im Magen sich abspielende Prozeß muß also gewissermaßen als eine Schutzvorrichtung des Organismus gegen die artfremden Eiweißstoffe betrachtet werden, welche Schutzwirkung der Salzsäure zuzuschreiben ist. Die in den Magen eingeführten Eiweißstoffe werden durch den Säuregehalt des Magensaftes ihrer Arteigenheit beraubt, nicht nur derart, daß eine lockere Verbindung zwischen beiden entsteht, sondern die Salzsäure verursacht eine derartige Umänderung der Eiweißstoffe, daß sie auch nach Neutralisation der Säure nicht verschwindet. So ist es zu erklären, daß die in den Magen eingeführten Eiweißstoffe in ihrer ursprünglichen Gestalt nicht mehr gefunden werden können, mit Ausnahme, wenn der Magen mit derartigen Eiweißmengen überbürdet wird, daß die sezernierte Salzsäuremenge eine zu geringe ist, um die vollständige Artänderung bewerkstelligen zu können, oder wenn das Sekretionsvermögen des Magens gestört wird.

3. Weil und Tsuda, Prag: **Ueber Behinderung der Reagenzglasphagozytose.**

Verff. haben ihre Versuche mit Bakterienstämmen angestellt, die im normalen Meerschweinchenserum sehr intensiv phagozytiert werden, Dysenterie- und Heubazillen und Staphylokokken. Die in Tabellen eingehend dargelegten Resultate ergeben zusammengefaßt: Das Dysenterieaggressin behindert die Phagozytose der Dysenteriebazillen durch Meerschweinchenleukozyten, die Phagozytosebehinderung ist spezifisch, denn Heubazillen und Staphylokokken werden im Aggressin phagozytiert. Die Phagozytosehemmung kann deshalb nicht dadurch bedingt sein, daß das Aggressin durch Giftigkeit die Leukozyten schädigt. Die Phagozytoseunterdrückung beruht nicht auf dem Opsoninverlust des Aggressions, denn sie tritt auch auf, wenn man mit Opsonin beladene Bakterien der Wirkung des Aggressins aussetzt. Die Phagozytosebehinderung ist ein aktiver Vorgang durch das Aggressin, welches wahrscheinlich, ähnlich wie die Kapsel den Milzbrandbazillus, die Bakterien vor der Phagozytose schützt.

4. Martini, Tsingtau: **Kala-azar (fieberhafte tropische Splenomegalie) bei einem Schantung-Chinesen.**

Die durch Anamnese und klinischen Befund wahrscheinliche Diagnose konnte durch Untersuchung des Milzpunktionssaftes gesichert werden; in demselben fanden sich neben regelrechten roten und weißen Blutkörperchen zahlreiche metachromatische rote und auffallend viele einkernige Riesenzellen, sogenannte Makrophagen; in diesen lagen — zum Teil nur in wenigen, zum Teil in zahlreichen Individuen — die Laishman-Donovan-Körperchen, die Kala-azar-Parasiten; auch frei zwischen den roten Blutkörperchen waren dieselben in nicht geringer Menge zu finden. Die Krankheit charakterisiert sich durch chronischen Verlauf mit längeren Fieberperioden, das klinische Bild bietet als Hauptkennzeichen die Anämie, Leukopenie und Oedeme bei starker Milzschwellung. In verschiedensten Gegenden Asiens und Afrikas ist die Krankheit nachgewiesen. Die vorliegende Beobachtung bei einem Schantung-Chinesen, der in einem Nachtrag eine zweite bei einem Chinesen aus Kiautschau hinzugefügt wird, läßt annehmen, daß Kala-azar im Inneren Schantungs endemisch vorkommt.

5. Lipschitz, Berlin: **Ueber abirrende Bündel bei Fazialislähmung.** (Klinischer Beitrag zur Frage der Nervenregeneration.)

Bei Reizung oberer Fazialisäste finden sich neben den zu erwartenden Kontraktionen oberer Gesichtsmuskeln auch solche an ganz unerwarteter und ungewöhnlicher Stelle in Muskelbündeln, die sonst nur auf Reizung unterer Aeste antworten, und umgekehrt, in fast allen Fällen alter geheilter Fazialislähmung, sofern die Lähmung nur schwer genug gewesen ist, wofür das Vorhandensein von Kontraktur, Mitbewegungen und tikartigen Zuckungen einen Maßstab abgibt. Eine andere Erklärung dieser Befunde als die, daß unter der aufgesetzten Reizelektrode wirklich die Nervenfäserchen verlaufen, die jene entfernten mit Kontraktion

antwortenden Muskelbündel innervieren, erscheint nicht möglich. Es muß sich also um abirrende Nervenfaserbündelchen handeln. Da nun von Abirren nur bei solchen Fasern die Rede sein kann, die beim Regenerationsprozeß im Bindegewebe fortwachsen, so erhalten die Anhänger der Auswachsungslehre, nach der die neuen Achsenzylinder bei der Regeneration durch Abspaltung und Auswachsen der Achsenzylinder des zentralen Stumpfes entstehen, ein neues Argument für die Richtigkeit ihrer Anschauungen. Mit der Lehre von der autogenen Regeneration, daß die Achsenzylinder des peripheren Stumpfes in loco aus den alten Schwannschen Kernen entstehen, scheint das Vorkommen von abirrenden Bündeln nicht vereinbar zu sein.

6. Clemm, Ballenstedt: **Ueber ein neues Blutpräparat.**

Therapie der Gegenwart. Heft 2.

1. Küster, Marburg: **Ueber die Antitoxin-Behandlung des Tetanus, zumal mit intraneuralen Injektionen.**

Bei einem Patienten, bei dem sich zwölf Tage nach einer Verletzung tetanische Symptome gezeigt hatten, wurden zunächst zweimal 100 J. E. des Tetanus-Antitoxinserums in den Oberschenkel injiziert, ohne daß ein Fortschreiten der Krankheit verhindert wurde. Es wurde dann eine intraneurale Injektion nach Freilegung des Ischiadicus (20 J. E.) gemacht, wodurch prompt die Besserung eingeleitet wurde, die nach zwei weiteren Injektionen in den Oberschenkel in Heilung überging. Im ganzen ist bisher über fünf Fälle von intraneuraler Antitoxininjektion berichtet, von denen nur einer nach anfänglicher auffälliger Besserung zum Exitus kam.

Die Antitoxinbehandlung des Tetanus steht unter dem Einfluß der Erkenntnis, daß das Bazillengift auf dem Wege der Nervenbahnen, und zwar durch den Achsenzylinder, dem Körper zugeführt wird; Bazillen selber werden nur in der Wunde oder deren Nachbarschaft gefunden, während das Gift in den peripheren Nerven, im Rückenmark, im Gehirn, zumal reichlich im Liquor cerebro-spinalis nachzuweisen ist. Eine besondere Aufmerksamkeit ist deshalb auf die Wunde selbst zu richten; man wäscht sie zweckmäßig mit Antitoxin aus und macht Einspritzungen desselben in die benachbarten Gewebsschichten. Die weitere Antitoxineinverleibung kann dann geschehen durch Einspritzung in die dem Verletzungsgebiet zugehörigen Nervenstämme oder in den Lumbalsack des Rückenmarks. Ersteres als zuverlässiges und ungefährliches Mittel ist überall da am Platze, wo die Erscheinungen örtlich auftreten und zunächst örtlich bleiben, letzteres, wo frühzeitig eine allgemeine Verbreitung vorhanden ist.

2. Schöne, Ratibor: **Ueberblick über die Behandlung von 30 Genickstarrkranken mit Jochmannschem Meningokokken-Serum.**

Der Serumbehandlung wurden unterzogen 30 Kranke im Alter von 7 Monaten bis 20 Jahren; die Diagnose Genickstarre war durch Lumbalpunktionen gesichert. Das von der Firma Merck gelieferte Serum wurde in Quantitäten von 20 bis 40 ccm anfangs subkutan und intramuskulär, später meist intralumbal injiziert. Nach Art der beobachteten Reaktionen auf die Serumbehandlung werden fünf Gruppen der Behandelten unterschieden. Die erste bilden fünf Fälle, bei denen die ersten Versuche mit kleinen und zeitlich auseinanderliegenden Seruminjektionen gemacht wurden, und bei denen jeder Erfolg vermißt wurde. In der zweiten Gruppe wurden fünf Kranke zunächst gleich vergeblich mit subkutanen Injektionen behandelt; als dann drei von diesen an einem Tage der vierten Krankheitswoche nach vorangegangener Lumbalpunktion 20 ccm Serum intralumbal injiziert wurden, verschwand nach einem Tage das Fieber und nach ein bis neun Tagen das letzte Symptom der Krankheit, die Nackensteifigkeit; im vierten Falle trat dieselbe Wirkung nach dreimaliger intralumbaler Injektion ein; im fünften Falle wurde Fieberfreiheit erzielt, dann stieg die Temperatur aber wieder an, und bevor neue Injektionen gemacht werden konnten, erfolgte im Kollaps der Exitus. In einigen weiteren Fällen wurden die intralumbalen Injektionen schneller an die früheren subkutanen, die wenig wirksam gewesen, angeschlossen und mehrmals in weniger als zwei Wochen völlige Genesung erzielt; der günstige Effekt blieb auch nicht aus, wenn die Seruminjektionen getrennt von den Lumbalinjektionen vorgenommen wurden. Eine dritte Gruppe bilden vier Fälle, bei denen auch nach subkutanen Injektionen Erfolge zu beobachten waren. Eine vierte Gruppe umfaßt vier erfolglos behandelte Fälle. Bei acht in einer fünften zusammenzufassenden Fällen war eine recht gute Wirkung der intralumbalen Injektionen zu konstatieren, die nach vorangegangener Punktion in den ersten Krankheitstagen vorgenommen wurden und prompt erfolgenden dauernden Fieberabfall herbeiführten. Von den 30 Kranken reagierten danach 21 günstig auf das Serum und zwar 13 unbedingt und mit sofortiger Genesung, sechs mit sofortiger Genesung, aber erst auf größere oder intralumbale Injektionen, zwei nur mit vorübergehender Fieberfreiheit bei Aussetzen weiterer Injektionen. Von 66 insgesamt im Jahre 1906 im Krankenhause in Ratibor aufgenommenen Genickstarrekranken betrug die Mortalität 40%, bei den mit Serum Behandelten 27%, bei den Nichtbehandelten 53%. Von Nebenwirkungen wurden außer gelegentlichen, schnell vorübergehenden Albuminurien in vier Fällen Symptome der Serumkrankheit, nämlich Hautaffektionen vom Typus der Urticaria rubra und Gliederschmerzen, beobachtet.

3. Fraenkel, Badenweiler-Heidelberg: **Die medikamentöse Behandlung der akuten Herzinsuffizienz.**

Zu intravenösen Injektionen hat Verf. das Strophantin Boehringer verwandt. Das Präparat wird gebrauchsfertig, sterilisiert von der Firma Kade-Berlin geliefert; zehn Ampullen à 1 ccm 1‰ wässriger Lösung Strophantin kosten 2,50 Mark. In einer ganzen Reihe von Fällen trat auch bei lebensbedrohlichen Zuständen meist schon nach fünf bis zehn Minuten im Anschluß an eine Verlangsamung des Pulses eine so erhebliche Besserung des Allgemeinzustandes ein, daß Patient und Arzt rasch das Gefühl überstandener Gefahr hatten. Mit einer einzigen Injektion von weniger als 1 mg Strophantin ließ sich eine gewaltige Diurese erzielen und schwere Stauungserscheinungen konnten dauernd und ebenso beseitigt werden, wie dies durch eine mehrtägige Digitalisbehandlung möglich wäre. Diese neue Methode der Digitalisierung kann sich natürlich nur dort wirksam erweisen, wo ein Herz überhaupt noch auf Digitalis anspricht. Ueber 1 mg als Einzeldosis soll man nicht hinausgehen. Vor häufigen Einspritzungen ist dringend zu warnen, da die Gefahr der Cumulation besteht; auch darf man Strophantin nicht injizieren, solange der Kranke noch unter Digitaliswirkung steht. Man soll eine Injektion nicht vornehmen, ohne daß man sich vergewissert hat, daß der Kranke in den letzten dreimal 24 Stunden Digitalis nicht eingenommen hat.

4. Moeller, Berlin: **Ueber Ernährungskur Lungenkranker.**

Die Speisen für Lungenkranke müssen nahrhaft und reich an Fett sein; sie sollen schmackhaft zubereitet und appetitanregend serviert werden; am besten ist eine aus animalischen und vegetabilischen Bestandteilen gemischte Kost, die die notwendigen Nährstoffe: Eiweiß, Fett, Kohlehydrate, Salze enthält. Folgende Quanten pro Tag sind durchschnittlich zu geben: 400 g Fleisch zubereitet = zirka 650 g roh, 450 g Kartoffeln; $^1/_3$ l Gemüse zubereitet; 120 g gekochtes Obst; 120 g süße Speise von Gries, Sago, Reis usw. zubereitet; 1 Ei, wenn Eierspeise zum Abendbrot, dann vier und Fleisch entsprechend weniger; 320 g Brot und Brötchen; 90 g Butter auf Brot, 30 g zum Bereiten der Speisen; 40 g Kaffee; 20 g Kakao; 40 g Zucker; $2^1/_2$ l Milch, davon 1 bis $1^1/_2$ l zum Trinken. Vorteilhaft verordnet man häufige Mahlzeiten in kleinen Intervallen ($7^1/_2$ Uhr erstes Frühstück, 10 Uhr zweites, 1 Uhr Mittagessen, 4 Uhr Vesper, 7 Uhr Abendessen, eventl. noch 9 Uhr kleine Mahlzeit). Von den Fleischsorten ist besonders das Schweinefleisch, das reichlich Fett und viel phosphorsauren Kalk enthält, zu empfehlen. Großes Gewicht ist auf den Genuß von Milch und Butter zu legen. Mehr als 1 bis $1^1/_2$ l Milch pro Tag trinken zu lassen, empfiehlt sich nicht, um einer Mageninsuffizierung vorzubeugen; wo die Milch nicht gut vertragen wird, kann man sie durch Zusatz von Kalkwasser verdaulicher machen; Zusatz von Kognak, Salz, Kirschwasser kann sie schmackhafter machen; gekochte Milch ist verdaulicher als rohe. Kefir, Kumys, dicke Milch sind zeitlich zu empfehlen. Von alkoholischen Getränken, die in mäßiger Menge von Nutzen sind, kommen Wein, Bier, gelegentlich Kognak in Betracht. Eier gibt man in verschiedenen Variationen, Eidotter mit Kognak und Zucker, Eierkuchen, rohe, gekochte Eier,

Eierbier, Eidotter mit Milch. Kohlarten sind mit Maß zu geben, und auch bei den nahrhaften, aber schwer verdaulichen Hülsenfrüchten ist Vorsicht geboten. Besondere Maßnahmen sind notwendig bei den fiebernden Kranken, wo meist die Appetitlosigkeit große Schwierigkeiten macht. Eine wirksame Unterstützung geben hier die künstlichen Nährpräparate; Sanatogen, Glidin und Kufeke Mehl haben sich Verf. besonders bewährt. (Glidin in Dosen von 1 Eßl. bei Kindern, 2 bis 3 Eßl. bei Erwachsenen, den gewöhnlichen Speisen, wie auch Milch und Bier beigemengt, Kufeke Mehl als Zusatz von Speisen oder als Suppe.) Großen Nutzen kann man öfters mit der Darreichung von rohem Fleischsaft stiften; Lebertran (1 Eßl. morgens und abends) ist zu empfehlen. Ein gutes Nährmittel ist das Glyzerin (Glyzerin 180,0, Tct. Chin. compos. 20,0, dreimal täglich 1 Eßl.). Um bei Fiebernden zur Zeit der Mahlzeiten kein den Appetit störendes Fieber zu haben, empfiehlt es sich 1 bis 1½ Stunden vor der Mahlzeit Pyramidon (0,25 bis 0,3 g) zu geben. Bei Blutungen soll die Diät in kalten Milch-, Schleim- oder Mehlsuppen bestehen, die dem Kranken einzuflößen sind, ohne daß er sich anzustrengen braucht. Bei Obstipation sind reichlich Kompott, Schrot- oder Grahambrot, Mineralwässer, Alpenkräutertee, Buttermilch, Honig, kalte Milch zu geben. Akut auftretende Durchfälle sind meist durch Diätfehler bedingt; ein- bis zweitägige Schleimsuppendiät nach einleitender Rizinusgabe ist meist ausreichend. Bei den infolge chronischer Darmstörung auftretenden Diarrhöen ist absolute Bettruhe angezeigt und eine geeignete Diät, die aber möglichst abwechselnd sein muß; Schmerzen werden durch lokale Wärmeapplikation, feucht oder warm, gelindert; Rot- oder Heidelbeerwein mit Zimmetzusatz leistet oft Gutes; ferner Kakao, Reis, Tee, Schleimsuppen; zu meiden sind Salate, Fruchtsäfte, Süßigkeiten und kalte Getränke.

5. Nuesse: **Das Institut und die Methode Finsens in Kopenhagen.**

Auszug aus einem ausführlichen Bericht an das Reichsmarineamt, in dem besprochen werden: der Betrieb des Instituts, der Gang der Behandlung, die Resultate, die Erklärungen der Wirksamkeit.

6. Fischer, Berlin: **Ueber die diagnostischen und therapeutischen Ergebnisse der neuesten Syphilisforschung.**

Was die Serodiagnostik betrifft, so ist die diagnostische Verwertbarkeit des Nachweises von einem Vorhandensein spezifischer Krankheitsstoffe (Antigene) oder durch deren Reiz entstandener Antikörper vorläufig noch abzulehnen. Die Technik der Methoden bietet zu viel Schwierigkeiten; eine negativ verlaufende Reaktion soll weder einer klinisch sicheren Diagnose gegenüber in Betracht kommen, noch soll sie abhalten, eine aus anderen Gründen für notwendig erachtete Quecksilber-Behandlung durchzuführen. Dies hat auch seine Gültigkeit gegenüber dem Spirochaetennachweis und der Affektimpfung; negative Resultate sind wertlos und erlauben gar keinen Rückschluß auf das, sei es entstehende, sei es bereits floride Leiden. Positive Befunde erlauben Direktiven betreffend der Therapie. Trotzdem das Tierexperiment schon ein enorm frühes Eindringen der Spirochaeten in den Organismus ergeben hat, wird man doch bezüglich der Behandlung des Primäraffektes am besten tun, wenn nach Lokalisation der Läsion die Möglichkeit gegeben ist, jede postcoitum auftretende verdächtige Errosion oder Ulzeration chirurgisch zu entfernen, gleichgültig, ob Spirochäten gefunden werden oder nicht. Diese finden sich zwar in der Mehrzahl von syphilitischen Primäreffloreszenzen; aber es gibt auch wohl charakterisierte Primäraffekte, in denen Spirochaeten nicht nachzuweisen sind. Der positive Befund ist von Bedeutung für den Vertreter der Präventivbehandlung, der sofort nach gestellter Diagnose ohne Abwarten von Allgemeinerscheinungen seine Therapie beginnt. Gegen die Zweckmäßigkeit dieses frühen Eingreifens sprechen eine Reihe von experimentellen und klinischen Beobachtungen. Ueber die Art der Quecksilberwirkung auf den syphilitischen Prozeß ist bis jetzt noch nichts sicheres bekannt; das Wesentliche scheint jedenfalls nicht im Verhalten des Hydrargyrum gegenüber dem Parasiten zu liegen; das Quecksilber kann eine Allgemeindurchseuchung des Organismus nicht verhüten; ist diese aber eingetreten, so zeigt sich eine intensive und kräftige Wirkung des Heilmittels. Vorherrschend ist deshalb die Meinung, mit einer Quecksilberbehandlung erst nach dem Auftreten der Allgemeinerscheinungen zu beginnen. Für den Vertreter dieser Richtung ist der Spirochaetennachweis ohne Bedeutung, da er auch bei sicherster Diagnose seine Therapie erst später beginnen würde. Bei den sekundären Effloreszenzen sind die Befunde noch viel häufiger negativ als bei den primären, und daher noch viel weniger geeignet, irgendwelche Schlüsse zu ermöglichen. Bei kongenitaler Lues könnte aus der Untersuchung von Plazenta und Nabelschnur der Frucht eine Frühdiagnose gestellt werden; indessen sind positive Befunde hier überaus selten. Dagegen bietet sich durch den Nachweis der Spirochaeten in den Organen abortierter oder totgeborener Foetus nicht selten die Möglichkeit, eine Syphilis von Vater oder Mutter zu diagnostizieren, wenn Anamnese und Untersuchung der Eltern im Stich läßt. Diese können dann einer energischen Behandlung unterzogen und ihnen eventuell zu gesunden Kindern verholfen werden. Verf. sieht hierin den wesentlichsten Fortschritt in praktischer Hinsicht, der der modernen Syphilisforschung zu verdanken ist.

7. Hirschfeld, Berlin: **Die moderne Behandlung der Anämien.**

Heft 3.

1. Senator, Berlin: **Ueber die Arteriosklerose und ihre Behandlung.**

2. Janowski, Warschau: **Ueber die Interkostalneuralgie, besonders vom Standpunkte der Klagen des Kranken aus.**

Die Interkostalneuralgie ist eine elementar leicht diagnostizierbare Erkrankung, wird aber oft nicht erkannt oder als etwas anderes diagnostiziert. Verfasser verfügt über ein Material von 280 Fällen. Die typischen Klagen der Patienten richten sich auf stumpfe, reißende, drückende, lanzinierende, die Brust in gewisser Höhe einschnürende Schmerzen im Interkostalraum, die oft nach Rücken, Lenden, Arm ausstrahlen, und oft so heftig werden, daß sie nicht nur beim Niesen, Lachen, Husten, sondern auch bei einfachen Bewegungen stören. Ist der Kranke noch imstande, selbst die Schmerzstellen zu zeigen, so ist die Diagnose leicht. Die Betastung der Interkostalräume zeigt, daß der Schmerz bei Druck zunimmt, daß er genau dem Verlaufe des Nerven entspricht. Die unteren Interkostalräume scheinen häufiger beteiligt als die oberen. Häufig sind die Klagen der Patienten ungewöhnlicher Art, sie beziehen sich entweder scheinbar auf einzelne Organe oder sind allgemeiner Natur. Nicht selten wird der Schmerz in die Schulter, meist die linke, oder in die Arme verlegt und verursacht intensive Bewegungsstörungen. Besonders wichtig sind die Fälle, wo sich die Interkostalneuralgie in einer ganzen Reihe von Beschwerden seitens des Herzens äußert. Der Kranke klagt über Herzklopfen, das anfallsweise auftritt, besonders beim Liegen, über Schmerzen in der Herzgegend; manche Patienten halten sich für herzkrank, weil Beklemmungsgefühle, Herzklopfen und das Gefühl von „Stillstehen" anfallsweise bei ihnen auftreten; es kann zu Attacken kommen, die völlig einer Angina pectoris gleichen. Etwa 27% der vom Verf. beobachteten Fälle wiesen derartige Herzsymptome auf. Deshalb ist die Kenntnis ihrer Beziehungen zur Interkostalneuralgie besonders wichtig; die sofort richtig gestellte Diagnose erspart dem Arzt und Patienten viele Enttäuschungen. (Fortsetzung folgt.)

3. Klemm, Darmstadt: **Geharzter Wein.**

Die Medicinalweine sind alle im Prinzip alkoholische Auszüge aus Rinden und Wurzeln, deren Alkaloide und Glykoside enthaltend und hinterher mit Südweinen versetzt zur Erhöhung der Bekömmlichkeit und zur Geschmacksverbesserung: meist handelt es sich dabei um Auszüge der China- und Kondurangorinde oder der Rhabarberwurzel. Die künstlich hergestellten weinigen Spiritusextrakte können durch ein in rein natürlicher Form sich darbietendes Ersatzmittel, das viel billiger zu beschaffen ist, ersetzt werden; das ist ein Wein, dem im Gärprozeß Bitterharze in Lösung zugeflossen sind. Ein solcher Harzzusatz wurde bei den Griechen und Römern zur rascheren Klärung des Weines und zur Erhöhung der Haltbarkeit benutzt, und dieser Brauch hat sich in einigen Provinzen Griechenlands und Kleinasiens bis heute erhalten; diesem resinierten Wein soll die Eigenschaft unbegrenzter Bekömmlichkeit anhaften. Eine gelegentlich davon erhaltene Probe



veranlaßte Verf., ihn bei einem Falle von darniederliegender Eßlust zu erproben; der Erfolg veranlaßte eine ausgiebigere Fortsetzung der Ordination: dabei fiel vor allem auf, daß die unangenehme Nachgärung, welche den Weingenuß bei Gastrektasien und schwerer motorischer Insuffizienz so qualvoll werden läßt, bei diesem Harzwein nicht oder kaum eintrat. Wegen der abgekürzten Gärzeit bleibt dem geharzten Wein ein höherer Gehalt an Traubenzucker, er bildet einen geringeren Prozentsatz an Alkohol und enthält eine weniger große Menge durch die Nachgärung entstehender, organischer Säuren, wodurch er neben seiner medicinischen Bedeutung auch als Tischwein besonders geeignet erscheint. Neben der appetitanregenden Wirkung sind von wesentlicher therapeutischer Bedeutung die weinlöslichen Terpentinbestandteile, d. h. die zu etwa 0,75% darin enthaltenen ätherischen Oele oder Terpene. Diese üben 1. eine beträchtliche Hemmung aus auf Gär- und Fäulnisprozesse; sie besitzen 2. eine deletäre Wirkung auf Eingeweideparasiten; sie steigern 3. den Blutdruck durch Reizung des Gefäßnervensystems; sie regen 4. die Diurese lebhaft an und desinfizieren 5. den Harn; sie lösen 6. das Sekret erkrankter Schleimhäute; sie setzen 7. die Darmperistaltik in Tätigkeit und bringen den Gallefluß in Gang. Neben andern Indikationen dürfte sich daher der Gebrauch geharzten Weines empfehlen als Appetitmittel, bei Verdauungs- und Sekretionsträgheit, bei frischen und veralteten Katarrhen der Luftwege, bei der Notwendigkeit der Erhöhung von Blutzirkulation und Harn, bei Blähsucht und Cholestasis. Einstweilen muß man noch den griechischen und asiatischen Resinatwein heranziehen. Bezüglich der Dosierung dürfte sich dreimalige Gabe von 25 bis 60 ccm täglich empfehlen, oder, um mit der appetitanregenden Wirkung eine erhöhte Nahrungszufuhr zu verbinden, ein Ei mit Zucker und einem Teelöffel Puro schaumig geschlagen und mit zwei bis drei Eßlöffel Resinatwein angerührt zweimal täglich eine halbe Stunde vor den Mahlzeiten.

4. Löbel, Dresden: **Ueber die Beeinflussung der Darmflora durch Yoghurt.**

Die beiden wichtigsten Vertreter der Darmflora sind das Bact. coli commune und Bact. lact. aërogenes. Ersteres ist für den Organismus nicht notwendig, nicht einmal nützlich, dagegen kann es in hohem Grade gefährlich werden. Letzteres spielt in der menschlichen Pathologie keine Rolle, umso höher aber ist seine physiologische Bedeutung. Der Versuch, dieses Bakterium zum dominierenden zu machen, durch dieses die übrigen Darmbewohner, besonders das schädliche Bact. coli, verdrängen zu lassen, wird unbewußt schon seit langem gemacht. Nichts anderes bewirken die verschiedensten Arten von Sauermilch, vornehmlich die in den Balkanländern als Yoghurt bekannte. Die Wirksamkeit der Sauermilcharten beruht hauptsächlich auf der Tätigkeit des in ihnen enthaltenen Milchsäurebazillus; dieser ist aber meist von andern Mikroben begleitet, weshalb es im Magen gleichzeitig zu Buttersäure- und Essigsäuregärung kommt, also zu unerwünschten, störenden Nebenerscheinungen. Diese Begleiterscheinungen treten beim Yoghurtgenuß nicht auf, da das zu seiner Bereitung gebrauchte Ferment Maya nichts anderes ist als eine Reinkultur von Bact. lact. aërogenes. Der Yoghurt ermöglicht durch Einführung von Milchsäurebazillen, die unangenehmen Darmbewohner auf leichteste Weise zu entfernen; ganz besonders wichtig ist dies bezüglich des Bact. coli, das bei vielen pathologischen Prozessen, Cholezystitis, Cholangitis, akute Dysenterie, Appendizitis, Peritonitis, Zystitis, Pyelitis, eine ätiologische Rolle spielen kann. Da aber nicht nur das Bact. coli verdrängt, sondern durch den Yoghurt auch Bact. lact. aërog. zugeführt wird, so hat er nicht nur eine prophylaktische, sondern auch positive therapeutische Bedeutung. Der zugleich mit zuckerhaltiger Nahrung eingeführte Bazillus produziert Milchsäure, die als chemischer Reiz auf die Schleimhaut wirkt und mithin Sekretion und Peristaltik fördert; die antifermentative Wirkung der Bazillen verhütet weiter abnorme Gärungsprozesse. Verf. hat Yoghurttabletten (Dr. Trainer-Berlin) therapeutisch mit Erfolg verwandt bei chronischem Darmkatarrh mit ständigem Wechsel von Durchfall und Obstipation, bei darmdyspeptischen Vorgängen, bei abnormen Gasansammlungen.

5. Wohrizek, Berlin: **Therapeutisches aus der pädiatrischen Praxis.**

Verf. bespricht kurz einige neuere Präparate, die sich bei der stationären und poliklinischen Behandlung kranker Kinder bewährt haben. Von Nähr- und Genußmitteln erwähnt er: Sanatogen, bei größeren Kindern gegeben zur Bekämpfung der bei Skrofulose häufigen Appetitlosigkeit, drei bis vier Teelöffel am Tage, bei Säuglingen, die an der Brust ohne organischen Grund im Gewicht stehen blieben, dreimal einen halben Teelöffel am Tage, und solchen, die wegen Gefahr tetanoider Krämpfe für einige Zeit ohne Milch ernährt werden mußten. Soxleths Nährzucker ist ein guter Ersatz für Rohr- und Milchzucker, kann der verdünnenden Schleimsuppe bis zu 10% zugesetzt werden, ist viel weniger süß als die andern Zuckerarten und stopft bei reichlicherer Darreichung. Buttermilchkonserven sind angezeigt, wo es an zuverlässiger frischer Buttermilch fehlt; besser als die Laktoserve (Boehringer-Mannheim) bewährte sich die Buttermilchkonserve der Deutschen Milchwerke in Zwingenberg. Als vollkommen alkoholfreies Genußmittel zur Anregung des Appetits ist der Wormser Weinmost (H. Lampe & Co.) zu empfehlen. Bei dem Erbrechen der Säuglinge aus unbekannter Ursache ist oft mit glänzendem Erfolg Pegninmilch zu verwenden.

Von innerlichen Medikamenten sind als Ersatz für Bismutum subnitricum zu empfehlen: Bismutose (in Schüttelmixtur: Bismutose 10, Muc. gum. arab. 10, Aq. 100), Bismon in 5 bis 10%igen Lösungen, Bismutum bitannicum (1 g alle zwei bis drei Stunden). Der Billigkeit halber ist dem Tannalbin und Tannigen das Tannoform und besonders das Tanninum albuminatum vorzuziehen (drei- bis viermal stündlich 1 g). Bei Pyelonephritis, Pyelitis, Pyelozystitis erwies sich als ausgezeichnetes Heilmittel das Utropin (bei Säuglingen bis zu 3/4 g täglich). Zur örtlichen Desinfektion bei Hals- und Mundentzündungen eignet sich das Formamint (Zuckertabletten von Bauer & Co.); Kinder über ein Jahr können davon bis zu 12 Tabletten im Tage nehmen. Als mildes, reizloses Abführmittel bewährte sich Purgen. Bei Erkrankungen der Luftwege wurde mit Erfolg Thiocol-Roche (1/2 bis 1 g im Säuglingsalter, bis zu 1 1/2 im zweiten Lebensjahr) verwandt.

Von äußeren Medikamenten wurden mit Erfolg erprobt bei akuten Ekzemen Vasenolpuder und -paste, bei hartnäckigeren Fällen Naftalan (als Salbe 1 : 2 — 3 Vaseline). Vorzüglich juckmildernd erwies sich das Tumenolammonium (Höchster Farbwerke), das bei subakuten und chronischen Ekzemen, besonders beim Gesichtsekzem der Säuglinge, als 5%ige Paste verwandt wurde. Euguform (Chemische Fabrik Gustrow) leistete, in Pulverform auf die Haut gebracht und verrieben, gute Dienste bei den Schweißen der Rhachitiker.

6. Fellner, Wien: **Ueber Psychose und Schwangerschaft.**

Die erste Graviditätspsychose kann von der zufällig auftretenden Psychose unterschieden werden durch den Nachweis sonstiger Zeichen von Graviditätstoxikose, Hyperemesis, Erytheme, Speichelfluß etc. Durch vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft ist die Graviditätspsychose kaum zur raschen Heilung zu bringen. Die Melancholie als solche soll daher nicht den Anlaß zur Beendigung der Schwangerschaft abgeben; nur zwei Folgeerscheinungen kommen hier in Betracht. Bei Gefahr des Selbstmordes sollte die Patientin nicht in die Hand des Gynäkologen, sondern in eine Anstalt gegeben werden, wo mit großer Wahrscheinlichkeit das mütterliche und kindliche Leben erhalten werden kann. Bei zunehmender Erschöpfung infolge von Verweigerung der Nahrungsaufnahme, wo das kindliche Leben sowieso schwer gefährdet ist, kann man zur Beendigung der Schwangerschaft raten, wenn die Lebensfähigkeit der Frucht noch so weit entfernt ist, daß die Mutter diesen Zeitpunkt kaum erleben dürfte.

7. Berg, Frankfurt: **Betrachtungen zum Artikel Erbs: „Zur Statistik des Trippers beim Mann und seiner Folgen für die Ehefrauen".**

Die Ausführungen stimmen im ganzen Erb zu und bezeichnen seine Angaben bezüglich des zweiten Punktes, der Folgen des Trippers des Mannes für die Ehefrau, geradezu als eine errettende Tat.



Vermischtes.

Berlin. In der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hielt am Freitag, den 8. November, im Bürgersaale des Rathauses der Landtagsabgeordnete Münsterberg einen Vortrag über Prostitution und Staat, zu dem das Kultusministerium und das Ministerium des Innern Vertreter entsandt hatten. Vor Eintritt in die Tagesordnung teilte der Vorsitzende der Ortsgruppe Berlin, Sanitätsrat O. Rosenthal, mit, daß die Vorarbeiten zur Begründung eines Pflegeheims für hereditär syphilitische Kinder eifrig gefördert werden. In seinem Vortrage führte dann Münsterberg aus, daß der Staat von drei Gesichtspunkten aus sich mit der Frage der Prostitution zu beschäftigen habe; das seien: das Mitleid mit dem Elend Versinkender, der Kampf gegen die venerische Verseuchung und die Unhaltbarkeit der gegenwärtigen öffentlichen Behandlung der Frage. Heute ist die gewerbsmäßige Prostitution der Sittenpolizei unterstellt. Diese ist aus Frankreich einfach durch Regierungsverfügung herübergenommen, eine Einrichtung, die bei uns keine gesetzliche Grundlage hat und deren Hauptzweck ist, die Verbreitung von Krankheiten durch Ueberwachung zu verhindern und gleichzeitig für die Aufrechterhaltung des öffentlichen Anstandes zu sorgen. Das bisherige System hat sich aber nicht bewährt, ist auch heute nicht mehr zeitgemäß. Eine Reform muß der Umwandlung der öffentlichen Meinung folgen. Wie z. B. gegenüber dem Alkohol eine freiwillige Aenderung der Trinksitten, so hat sich auch gegenüber der Prostitution eine Umwandlung vollzogen. Wir haben heute die sozialen Gründe tiefer erfaßt, welche die Frau der Prostitution zuführen. Uneheliche Mütter und uneheliche Kinder stellen zu diesem traurigen Heere ein großes Kontingent. Jung verführt, Gravidität, Verstoßung, Sorge um das Kind, Arbeitslosigkeit, Trunksucht, das ist der typische Verlauf des Prostituiertendaseins. Der Schlüssel zur Prostitution liegt vor allem in den ungünstigen Wohnungsverhältnissen, die es mit sich bringen, daß lange vor dem Körper schon die Seele prostituiert wird. Deshalb bedeutet die Bewegung für Ledigenheime einen wirksamen Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten. Vor allem fordert Redner die Abschaffung des § 180 — des die Wohnungen betreffenden Kuppeleiparagraphen — und § 361/6, der die Reglementierung — die doch eigentlich ungesetzlich ist — zwar nicht befiehlt, aber zur Voraussetzung hat. In Berlin ist kürzlich eine bedeutsame Neuerung eingeführt worden, indem erkrankte Mädchen, solange sie sich freiwillig ärztlicher Behandlung unterziehen, von sittenpolizeilicher Kontrolle verschont bleiben. Eine Reihe Berliner Spezialärzte hat sich in dankenswerter Weise zur unentgeltlichen Behandlung zur Verfügung gestellt. Redner möchte diese Reglementierung, die hygienisch und sittlich Fiasko gemacht hat, aufgehoben sehen. Gesetzliche Maßnahmen müssen die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten bekämpfen, die Ansteckungsübertragung ist zu bestrafen, die öffentliche Ordnung zu schützen. Bordelle aber sind ganz zu verwerfen. Unsere Zeit verträgt keinen Absolutismus mehr, auch nicht in der Form von Polizeiwillkür, vor allem nicht gegen Unglückliche. Auch für diese muß es Recht und Gesetz geben, ein mehr erziehendes als strafendes, und seine Grundlage sei die Achtung vor dem Nebenmenschen. Die Prostitution wird nicht verschwinden, solange es Menschen von Fleisch und Blut gibt, aber sie ist einzudämmen, und dazu gehört eine Hebung des Gefühls der Selbstverantwortung, ein Kampf des Geistes gegen die Uebermacht der Sinne. Nachdem Redner noch die Verhältnisse in außerdeutschen Ländern erwähnt hat, besonders Dänemark, wo im vorigen Jahre die Reglementierung abgeschafft und durch das Vagabondagegesetz, verbunden mit obligatorischer unentgeltlicher Behandlung der Geschlechtskrankheiten ersetzt wurde, geht er auf die Vorschläge von Neißer, Lesser und Blaschko, den drei Vorsitzenden der Gesellschaft, und O. Rosenthal, dem Vorsitzenden der Berliner Ortsgruppe, ein, die alle verschiedene Standpunkte vertreten. Redner selbst will keine Reformvorschläge machen, vielmehr wiederholt er seinen schon zweimal im Abgeordnetenhause vorgebrachten Antrag, eine gemischte Sachverständigenkommission zur kontradiktorischen Erörterung der Frage einzuberufen. Diesem Vorschlag stimmte die Versammlung durch Annahme folgender Resolution zu:

„Die Ortsgruppe Berlin ersucht die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, bei den maßgebenden Behörden und den Parlamenten eine Eingabe zu machen behufs Einsetzung einer außerparlamentarischen Kommission zum Studium einer gesetzlichen Regelung der Frage der Prostitution."

Berlin. Den Bemühungen und fördernden Anregungen des Deutschen Zentralkomitees für Krebsforschung, Vorsitzende Exzellenz von Leyden, Geheimer Obermedicinalrat Professor Dr. Kirchner (vom Kultusministerium) und Geheimer Regierungsrat Direktor Dr. Wutzdorff (vom Kaiserl. Gesundheitsamt), ist es gelungen, auch im Auslande die Begründung von Komitees oder anderen Veranstaltungen für Krebsforschung zu bewirken, so daß jetzt bereits in Dänemark, England, Japan, Norwegen, Oesterreich-Ungarn, Portugal, Rußland, Schweden, Spanien, Vereinigten Staaten von Amerika usw. Komitees oder Institute für Krebsforschung, zum Teil verbunden mit Krebskrankenhäusern, bestehen. In Deutschland sind außer dem Deutschen Zentralkomitee jetzt vier Landeskomitees für Krebsforschung in Baden, Bayern, Württemberg und im Hamburgischen Staate vorhanden, während in anderen Bundesstaaten die Errichtung solcher in Aussicht genommen ist.

Es steht daher zu hoffen, daß die „Internationale Vereinigung für Krebsforschung", deren Begründung auf der Internationalen Konferenz in Heidelberg 1906 beschlossen wurde, demnächst wird erfolgen können.

Berlin. Bei Gelegenheit des im September 1908 in Brüssel stattfindenden Internationalen Chirurgenkongresses wird auch im Anschluß an die stattfindende Debatte über die Krebskrankheit eine eigene Ausstellung stattfinden, für welche alle auf die Krebskrankheit bezüglichen Gegenstände angemeldet werden können. Insbesondere sollen makroskopische und mikroskopische Präparate, topographisch-anatomische Präparate oder Nachbildungen von einzelnen Krebsoperationen, topographisch-anatomische Präparate über die Lymphwege und Lymphknoten einzelner Regionen, Statistiken über die in der Behandlung der Krebskrankheit erzielten Erfolge und die Häufigkeit des primären Krebses und seiner Metastasen, über die Verbreitung der Krebskrankheit in den einzelnen Ländern (Pläne über sogenannte Krebsnester, Stammbäume von Familien, in denen Krebs bei mehreren Generationen vorkam), Pläne von Krebsinstituten, Krebsspitälern, ihre Programme usw., ferner Vorschläge für frühzeitige Behandlung der Krebskrankheit, zur Ausstellung gelangen. Anmeldungen für diese sind an den Delegierten für Deutschland, Herrn Geheimen Medicinalrat Professor Dr. Sonnenburg, Berlin, Hitzigstraße 3, oder an die Geschäftsstelle des Deutschen Zentralkomitees für Krebsforschung, Berlin, Bendlerstraße 13, zu richten.

Das Deutsche Zentralkomitee hat sich bereits für den Plan einer derartigen umfassenden Ausstellung interessiert und wird denselben in jeder Weise zu fördern suchen.

Frankfurt a. M. Für den I. Internationalen Kongreß für Rettungswesen, welcher in der Pfingstwoche 1908 hierselbst stattfinden wird, hat sich in allen Ländern ein sehr großes Interesse gezeigt, welches sich in der schon jetzt erheblichen Zahl von Anmeldungen von Mitgliedern, als auch besonders von zum Teil sehr wichtigen Vorträgen für das Rettungsgebiet kundgibt. Eine große Zahl von ausländischen Regierungen wird, nachdem das Deutsche Reich offiziell die Einladungen zu dem Kongreß an diese bewerkstelligt, vertreten sein. Auch von Behörden des Reichs und deutschen Bundesstaaten liegt bereits jetzt eine Reihe von sicheren Zusagen vor, z. B. vom Reichspostamt, vom Kaiserlichen Ministerium für Elsaß-Lothringen, vom Preußischen Kultusministerium, Sächsischen Kriegsministerium, Badischen Staatsministerium und Ministerium für auswärtige Angelegenheiten u. a.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Medicinische Woche

herausgegeben von

R. Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen.



R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80. Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion: Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81. Dr. P. Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 2. Dezember 1907. Nr. 48.

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage Therapeutische Rundschau und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Weihnachtsbitte.

Schon oft habe ich mich an die Herren Kollegen gewandt mit der Bitte, der Aermsten unter den Arztwitwen zu gedenken und der Witwengabe des Leipziger Verbandes ein Scherflein zu spenden. Jetzt steht das Weihnachtsfest vor der Tür und jeder denkt daran, wie er seinen Lieben eine Freude bereite. Da sollten wir auch nicht vergessen, daß es unter den Witwen und Waisen unserer Kollegen leider noch viele gibt, die durch den Tod des Ernährers in bitterste Armut und Not geraten sind. Inständig bitten diejenigen, die bisher eine, wenn auch recht bescheidene, so doch regelmäßige Rente aus der Witwengabe des Leipziger Verbandes bezogen haben, man möchte ihnen zum Weihnachtsfeste die Gewißheit geben, daß sie auch weiter auf die ihnen wertvolle Hilfe Aussicht haben, sehr viele neue Gesuche liegen vor, die einen erschütternden Eindruck gewähren in unendlich viel Armut, Kummer und Leid. Darum Herzen und Hände auf! Gedenket, Kollegen, zum Weihnachtsfeste der Witwengabe des Leipziger Verbandes.

Ich nehme jederzeit Gaben gern entgegen.

Leipzig-Co., Südstr. 121, 19. November 1907.

Hartmann.

Originalien.

Die Resultate der Sehnenoperationen in der Hoffaschen Klinik.

Von **Dr. Paul Glässner,** Assistent der Klinik.

Die ausgedehnte Diskussion, die auf dem letzten Orthopädenkongreß dem Vortrage Hoffas „Ueber die Endresultate der Sehnenoperationen" folgte, ließ erkennen, daß eine große Zahl prinzipieller Fragen in Bezug auf Indikationen, Operationspläne und Resultate der Sehnenoperationen auch bei den Fachkollegen noch nicht als einheitlich gelöst galt, während in Wirklichkeit, wie Hoffa selbst in dem Schlußwort zu seinem Vortrage nachwies, bereits eine weitgehende Uebereinstimmung der Ansichten besteht.

Um nun die durch mehrjährige Erfahrungen gewonnenen Grundsätze für die Ausführung von Sehnenoperationen auch dem Praktiker zugänglich zu machen und ihn in den Stand zu setzen, seinen Kranken über die Notwendigkeit und das zu erwartende Resultat einer Sehnenoperation Aufschluß zu geben, möchte ich mir erlauben, auch hier über die Erfolge der Sehnenoperationen in der Klinik meines Chefs, Herrn Geheimrats Hoffa, zu berichten. „An ihren Früchten sollt ihr sie erkennen" und aus den Erfolgen den Nutzen bemessen, welchen diese segensreichen Operationen in geeigneten Fällen bringen.

Um unsere Aufgabe klar und übersichtlich lösen zu können, wollen wir zunächst das Gebiet der Sehnenoperationen und seine Grenzen kennen lernen, wir wollen dann sehen, wie wir unsere Tätigkeit den verschiedenen Punkten dieses Gebiets entsprechend anpassen müssen, und schließlich, zu welchen Resultaten unsere Arbeit uns führt.

Von den mehr als 200 operierten Fällen der Hoffaschen Klinik, die bis zum Beginn des Jahres 1906 behandelt worden sind, entfällt der größte Teil auf Lähmungen. Das stärkste Kontingent hierzu stellt die spinale Kinderlähmung, hierauf folgt die infantile zerebrale Hemiplegie, einzelne Fälle von zerebraler Diplegie (Littlescher Krankheit) und schließlich wenige Fälle von traumatischer Lähmung. Daran schließen sich, an Zahl bedeutend geringer, Operationen wegen Sehnendefekten nach Entzündungen, wegen gewisser Deformitäten und schließlich zwei wegen progressiver Muskelatrophie.

Das Arbeitsfeld ist also ein sehr großes, aber es wäre sehr gefehlt, wollte man nicht sich selbst beschränkend Grenzen ziehen.

Zunächst muß man es sich zum Prinzip machen, eine Sehnenoperation nur dann vorzunehmen, wenn es sich um einen abgelaufenen Krankheitsprozeß handelt, das gilt nicht nur für die spinale Kinderlähmung, bei der man noch nach mehreren Monaten unter entsprechender Behandlung eine Besserung des Zustandes einzelner Muskeln sehen kann, sondern auch bei anderen Lähmungen verschiedensten Ursprungs. Aber auch da gibt es Ausnahmen. Bei der progressiven Muskelatrophie, einer Erkrankung mit außerordentlich langsamem Verlauf, bei der auch häufig lange Remissionen eintreten können, wird man, wie wir es auch bei zweien unserer Fälle gesehen haben, mit Hilfe einer gelungenen Sehnenoperation den Patienten wieder auf die Beine bringen und ihm wenigstens für die Zeit des Stillstandes der Erkrankung wesentlich nützen.

Dann aber findet man naturgemäß eine Grenze in den Fällen, wo nicht eine genügende Anzahl funktionsfähiger Muskeln vorhanden ist. In solchen Fällen wird man sich begnügen müssen, nur eine möglichst normale Form der Extremität zu erzielen und entweder auf eine Sehnenoperation ganz verzichten und nur eine Arthrodese ausführen, oder Arthrodese mit Tenodese kombinieren.

Eine weitere Einschränkung für die Ausführung einer Sehnenoperation werden wir uns auferlegen in den Fällen von Littlescher Krankheit. Vielfache Erfahrungen haben gezeigt, daß selbst nach gelungenen Operationen das funktionelle wie formelle Resultat sich nicht wesentlich von dem Resultat unterscheidet, das man nach einfacher Sehnendurchschneidung der

zu stark gespannten Muskeln erreicht hat. Grenzen, die auch bei jeder anderen Operation durch den Zustand des Patienten usw. gegeben sind, brauche ich hier nicht zu berühren.

So verschieden auch die Art der Ausführung unserer Sehnenoperationen sein mag, gewisse Regeln sind stets zu beachten, wollen wir ein gutes Resultat erreichen, d. h. wollen wir Form und Funktion des gelähmten resp. nicht funktionierenden event. auch deformierten Gliedabschnittes wieder herstellen. Nachdem man sich genau über die Funktionsfähigkeit jedes einzelnen Muskels orientiert hat, muß man einen Operationsplan entwerfen. Der Operationsplan soll einfach sein, d. h. er soll möglichst günstige Bedingungen für die Funktion der überpflanzten Muskeln resp. Sehnen schaffen. Sind Deformitäten vorhanden, so sind diese unbedingt vorher zu korrigieren und in korrigierter Stellung längere Zeit fixiert zu halten. Auf diese Weise gelingt es bisweilen, eine Sehnenoperation zu ersparen (s. weiter unten). Die Operation selbst muß natürlich streng aseptisch ausgeführt sein. Großes Gewicht ist zu legen auf eine genügende Spannung der verpflanzten Sehnen. Die Verpflanzung von Sehne auf Sehne (Vulpius) sowie die periostale Plastik (Lange) werden sich gegenseitig ergänzen, doch ist die periostale Methode im allgemeinen vorzuziehen. Als Nahtmaterial verwenden wir Sublimatseide und haben seit Jahren keinen Fadenabszeß mehr gesehen. Von großer Bedeutung ist eine äußerst sorgfältige Nachbehandlung. Von der Anlegung des ersten Verbandes unmittelbar nach der Operation bis zum Gehen ohne jeden Stützapparat sind eine Menge Dinge zu beachten und der Patient stets sorgfältig zu kontrollieren. Wenn ich auch nicht auf einzelne Details eingehen kann, so muß doch hervorgehoben werden, daß der Patient die operierte Extremität mindestens sechs bis acht Wochen nicht gebrauchen darf. Will man den Kranken doch herumgehen lassen, so muß derselbe mindestens für ein halbes Jahr einen Stützapparat tragen. Massage und Gymnastik spielen bei der Nachbehandlung eine große Rolle. Die noch funktionsfähigen Muskeln müssen nicht nur gekräftigt werden, sondern die überpflanzten Muskeln und Sehnen müssen es auch allmählich lernen, ihre neue Funktion, die — man kann das bisweilen gar nicht umgehen — ihrer ursprünglichen antagonistisch entgegengesetzt ist, gut zu versehen. Sehr zweckmäßig ist auch während der Nachbehandlung der Gebrauch von Soolbädern.

Die genaue Befolgung dieser oben in aller Kürze geschilderten Grundsätze bei der Ausführung von Sehnenoperationen hat uns in den meisten Fällen mit guten Resultaten belohnt. Ein Abweichen von diesen Grundsätzen haben wir stets bedauern müssen. Wie steht es nun mit den Resultaten unserer Operationen.

Entsprechend unserem Einteilungsplan will ich hier zunächst die Resultate bei spinaler Kinderlähmung resp. ihren Folgen schildern.

Beim paralytischen Klumpfuß haben wir die Stellung des Fußes ebenso wie seine Brauchbarkeit zum Gehen vollkommen befriedigend gestalten können, bisweilen wurde auch das Abwickeln des Fußes vom Boden ermöglicht.

Form und Funktion des Fußes wieder herzustellen, gelang noch öfter beim paralytischen Spitzfuß. Hier sahen wir, daß die Dorsalflexion fast bis zur Norm ausführbar wurde. Blieb eine leichte Spitzfußstellung bestehen, so wurde doch beim Gehen der Fuß mit ganzer Sohle aufgesetzt und der Gang ein guter und ausdauernder.

Die schönsten Resultate erzielten wir beim paralytischen Plattfuß. Achtet man darauf, daß der Fuß nicht zu früh aus der ihm bei der Operation gegebenen leichten Ueberkorrekturstellung herauskommt, so erreicht man auch eine sehr gute Form des Fußes.

Beim paralytischen Hackenfuß haben wir den stampfenden Gang des Patienten und die Auswärtsdrehung des Fußes nach geglückter Operation verschwinden sehen. Doch wurde häufig die Sehnenoperation mit einer Knochenoperation (schräge Durchmeißelung des Calcaneus nach Hoffa) kombiniert.

Bei den Schlotterfüßen, bei denen alle oder fast alle Muskeln gelähmt waren, ist es gelungen, durch die Arthrodese und gleichzeitige Verkürzung der Extensoren bei rechtwinklig gestelltem Fußgelenk eine gute Fixation des Fußes und eine gute Stütze für den Körper zu erzielen.

Was nun die Lähmung des Musc. cruris quadriceps anlangt, so hängt das gute Resultat einer hierbei vorgenommenen Sehnenoperation wesentlich mit von der Beschaffenheit des

Feuilleton.

Die Rindertuberkulose und der Talmud.

Haben die biblischen und die talmudischen Juden die Rindertuberkulose gekannt und bekämpft?

Von **P. Garrault.** (Revue scientifique, 1902, 3 bis 4.)

(Schluß.)

Unglücklicherweise sind die Arbeiten über die Fragen, wenigstens soweit sie zu meiner Kenntnis bei einer möglichst vollständigen Untersuchung gelangen konnten, keineswegs genügend: sie tragen, woher sie auch kommen, weder das Zeichen sicherer Gelehrsamkeit noch das eines entwickelten kritischen Sinnes. Weiter stimmen sie nicht miteinander überein, und angesichts solcher Unsicherheit ziehe ich es vor, die Autoren einfach zu zitieren, ihnen die ganze Verantwortlichkeit für ihre Behauptungen überlassend, anstatt die Frage ganz zu vernachlässigen und völlig mit Stillschweigen zu übergehen.

Hier ist das, was Friedberger und Fröhner*) zur Frage wissen. „In Deutschland war im 9. Jahrhundert der Gebrauch des Fleisches von Schweinen und Rindern, welche von Perlsucht befallen waren, bei den Franken durch die Kirchengesetze verboten. Im Jahre 1370 war es zu München verboten, Fleisch mit Perlsucht (pfindiges Fleisch) feil zu halten. Aehnliche Verordnungen finden wir 1343 in Würzburg, 1394 in Passau, 1401 in Landshut, 1558 in Württemberg, 1582 in der Kurpfalz.

Gerlach*) beschränkt sich auf die Bemerkung, daß die Verordnungen, religiösen oder weltlichen Ursprungs, welche im Laufe des 8. Jahrhunderts erlassen wurden, keiner Krankheit Erwähnung tun, welche wir als Perlsucht betrachten könnten.

Ch. Morot**) hat für Frankreich eine Studie gemacht, welche bis zum 14. Jahrhundert zurückgeht, und welche man zu Rate ziehen kann. Ich bekenne, daß die von diesem Autor gegebenen Behauptungen, daß Ausdrücke wie fi, fily, filet, fillet, Wolf, Löwe, welche bisweilen angewendet wurden zur Bezeichnung sehr hypothetisch und auch im Sinne derjenigen, welche diese Ausdrücke gebrauchten, mangelhaft definierter Erkrankungen genau der Rindertuberkulose und der Perlsucht entsprächen, mich noch nicht überzeugt haben. Die Beweisgründe Morots sind sehr schwach, wenn nicht gleich null; und seine ganze These beruht meines Erachtens auf fast grundlosen Vermutungen. Ich muß sagen, daß ich nicht weiß, ob nicht die Angaben von Friedberger und Fröhner, auch ohne Quellen, sicherer sind. Wenn es gewiß ist, daß im Mittelalter wirklich auf das Fleisch tuberkulöser Rinder sich beziehende Vorschriften existiert haben, so würde es sehr interessant sein zu wissen, ob man auf Grund der sicheren Angaben der griechischen Aerzte nur wie die jüdischen Beschauer auf die Untersuchung der Lungenulzerationen sich beschränkte; ob man auch wirklich darin befangen war und ob

*) Friedberger u. Fröhner, Lehrb. der spez. Pathol. u. Therapie der Haustiere. 5. Aufl., T. II, pag. 283. 1900.

*) Gerlach, die Fleischkost des Menschen vom sanitären und marktpolizeilichen Standpunkte. Berlin 1875.

**) Ch. Morot, La Tuberculose bovine d'après des Statuts de la corporation des boucheries de plusieurs villes de France, XIV., XV., XVI., XVII., XVIII. siècle. Recueil de médecine vétérinaire, 1887, p. 593.



vorhandenen Muskelmaterials ab. Sind gut funktionierende Beugemuskeln vorhanden, oder nur ein guter Beuger neben dem Tensor fasciae latae, dann erzielt man durch Verlegung der Insertionspunkte dieser Muskeln zu beiden Seiten der Kniescheibe einen fast völligen Ersatz für den Kniestrecker. Das Bein kann dann im Liegen und Stehen aktiv gebeugt und gestreckt werden und der Gang wird dadurch, daß der Patient mit seinen Muskeln sein Kniegelenk aktiv fixieren kann, vollkommen sicher und ausdauernd. Ist neben der Quadricepslähmung noch eine Beugekorrektur im Kniegelenk vorhanden, so erreicht man bisweilen durch die einfache suprakondyläre Osteotomie des Oberschenkels nicht nur ein grades Bein, sondern auch eine gute Funktion desselben als Stütze und hat gar nicht mehr nötig, eine Quadricepsplastik auszuführen. Bei einzelnen Operationen wegen Deltoideuslähmung (Ueberpflanzung des Musc cucullaris auf den gelähmten Deltoideus) war das Resultat ein recht zufriedenstellendes, die Funktion des Armes im Vergleiche zu dem Resultat nach Arthrodese des Schultergelenks eine wesentlich bessere.

Gehen wir nun zu der zweiten Gruppe von Lähmungen, zu den spastischen über, so finden wir auch hier ausgezeichnete Erfolge nach den Sehnenoperationen. Hier handelt es sich einmal darum, den spastisch affizierten Muskel durch die Tenotomie zu schwächen und seinen Zug zu verringern; dann aber auch durch Aenderung der Insertionsstelle bestimmter Muskeln die Kontraktur herabzusetzen und gleichzeitig die Kraft des tonisch gespannten Muskels in eine günstigere Richtung zu verlegen. Es würde zu weit führen, die verschiedenen Methoden, wie sie von Hoffa, Tubby, Fränkel u. a. zu diesem Zwecke angegeben sind, hier genauer zu schildern.

Bei der zerebralen Hemiplegie wurde der vorhandene Spitzfuß in der Regel durch die Tenotomie oder die Verlängerung der Achillessehne nach Bayer beseitigt. Eine sorgfältige Nachbehandlung mit Massage und Gymnastik sowie längeres Tragen eines Schienenhülsenapparates führten stets zu einem befriedigenden Erfolg. Starke Kniespasmen wurden durch offene Durchschneidung der Muskeln in der Kniekehle beseitigt.

Besonders günstig waren die Resultate an der oberen Extremität. Hier gelang es in der Regel, durch die Operation die Stellung der Hand derart zu bessern, daß dieselbe von einer normalen oft nicht mehr zu unterscheiden war. In den meisten Fällen wurde aber auch eine Verbesserung der Funktion erreicht; ja, es gelang den Patienten sogar, früher unausführbare Bewegungen, namentlich die aktive Dorsalflexion der Hand und der Fingergrundglieder und ebenso die Supinationsbewegung in nahezu vollkommener Weise wieder auszuführen. Sehr beachtenswert ist die auch von anderen beobachtete Erscheinung, daß nach der Operation in dem operierten Glied die Krampfzustände in der Regel ganz verschwinden und die vorhandenen choreatischen Bewegungen vollkommen aufhören.

Ich habe schon oben darauf hingewiesen, daß die Resultate der Sehnenoperationen bei zerebraler Diplegie (Littlescher Krankheit) keine sehr ermutigenden sind. Weder in Bezug auf Stellung noch in Bezug auf die Funktion konnten Besserungen erzielt werden, die sich von den Erfolgen bei einfacher Sehnendurchschneidung resp. Sehnenverlängerung unterschieden. Deshalb wurde in den letzten Jahren bei dieser Erkrankung von Sehnenverpflanzungen Abstand genommen.

Die Resultate der Sehnenoperationen bei Sehnenverlusten nach Entzündungen und traumatischen Sehnenverletzungen waren, was ja nichts Bemerkenswertes ist, durchweg gute. Zur Beseitigung gewisser Deformitäten vorgenommene Sehnenverkürzungen und Sehnenverpflanzungen haben uns sehr schöne Erfolge gebracht. So wurden manche Fälle von Knickfuß, bei denen andere Behandlungen versagt haben, durch Verkürzung des Tib. posticus mittels der Langeschen Raffnaht, ferner gut redressierte Klumpfüße zur Verhütung des Rezidivs durch Verpflanzung des Tib. anticus auf die Außenseite des Fußrückens vollkommen geheilt.

Ueberblicken wir noch einmal das Gebiet der Sehnenoperationen und die Resultate unserer Arbeit auf demselben, so können wir sagen:

Bei richtig gestellter Indikation, exakter Technik und sorgfältiger ausdauernder Nachbehandlung vermögen die Sehnenoperationen den gelähmten Kranken unendliches Heil zu bringen.

---

man den Tuberkeln und Tumoren der Serosen Rechnung trug. Es würde ebenso wichtig sein zu wissen, auf welche wissenschaftlichen und anderen Vorstellungen diese Verbote sich gründeten. Es scheint mir verwegen, beim gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse eine Ansicht, welche auch immer, über Ursprung, Natur und Sinn dieser Verbote zu äußern; es ist aber keineswegs bewiesen, daß sie wirklich die Rindertuberkulose im Auge hatten.

Nach Peter Graumann*), welcher eine für seine Zeit sehr wichtige Studie über die Frage verfaßt hat, scheinen die ersten Verordnungen betreffend „bétail imper", „unreines Vieh", bis 1680 zurückzugehen. Sie haben sich unter dem Einfluß seltsamer Vorstellungen entwickelt, nach welchen das unreine Vieh von einer venerischen oder syphilitischen Krankheit befallen wäre, erworben sogar durch sodomitischen Coitus (van Helmont)**), welche man natürlich vergleichsweise Krankheit der Franzosen nannte. In Deutschland wurde diese Affektion auch ganz geläufig unter dem Namen Franzosenkrankheit oder gar einfach Franzosen bezeichnet. In welchem Maße diese besondere Krankheit des Rindviehs unserer Tuberkulose entspricht, diesen Punkt werden wir in unserem Buche prüfen, in welchem wir diese Frage mit allen Einzelheiten entwickeln. Aber Graumanns und anderer Autoren Zeugnis scheint darzulegen, daß wenn man in einer früheren Periode das Fleisch von perlsüchtigen Tieren verboten hatte, diese Gesetzgebung der Vergessenheit verfallen war und aus seiner Asche und unter dem Einfluß der angedeuteten wunderlichen Vorstellungen wieder auflebte, dessen Hauptvertreter, merkwürdig genug, ein berühmter Gelehrter, van Helmont, war, dessen Vorstellungen allerdings oft durch einen seltsamen Stempel von Wunderlichkeit ausgezeichnet sind.

Ich will hier einige Namen, welche ich habe sammeln können, wiedergeben, welche zu den verschiedenen Zeiten zur Bezeichnung der Viehtuberkulose gebraucht sind. Ich habe von dieser Liste nur die oben erwähnten von Morot angegebenen Ausdrücke ausgeschlossen, weil sie mir zu unsicher scheinen.

Die große Verschiedenheit dieser Ausdrücke an sich zeigt uns schon, daß man bis in die jüngsten Zeiten keinen präzisen Begriff über die Krankheit hatte, und wir werden in der Tat zu einer der unseren ganz nahe liegenden Epoche gelangen müssen, um die Menschen wirklich sich Rechenschaft geben zu sehen über das, was man unter den zur Bezeichnung der verschiedenen Aeußerungen der Viehtuberkulose gebrauchten Ausdrücken verstehen muß.

Das gewöhnliche französische Wort zur Bezeichnung der Viehtuberkulose ist „pommelière", und bezieht sich auf die Tumoren der Serosen, welche Aepfeln oder Trauben ähnlich sind. Der Ausdruck ist sehr viel älter als der des Tuberkels. In der Tat stützt sich Morot auf die Autorität von Littré und meint, daß der Ausdruck pommelière schon in den alten korrumpierten oder modifizierten Ausdrücken wiederzufinden ist, wie pommelée, pomellerie et pumelière.

Das ist wohl möglich, aber ich möchte keine Garantie

*) Peter Benedikt Christian Graumann, Dr. der Medicin und der Philosophie, der Arzneikunde bestimmter Lehrer auf die Akademie zu Bützow. Abhandlung über die Franzosenkrankheit des Rindviehes und die Unschädlichkeit des Fleisches. Auf hohen Befehl herausgegeben Rostock u. Leipzig 1784. 200 p.

**) Wie man annahm, sollte sie bei Syphilis eintreten, als himmlische Züchtigung für eine päderastische Handlung, s. v. Helmont Opsuscula medica naudita.

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 8. November 1907.

Vorsitzender: Herr Keller.

I. Demonstrationen:

1. Herr Olshausen stellt eine Patientin vor, die im achten Monat der Gravidität wegen andauernden Erbrechens in die Klinik aufgenommen wurde. Da sich die übliche und sonst fast immer erfolgreiche Therapie, bestehend in täglich zwei Klysmen von je 2,0 g Brom, als erfolglos erwies, wurde die künstliche Frühgeburt eingeleitet, die ein lebendes Kind ergab. Jetzt erst konnte als Ursache des Erbrechens ein umfängliches Magenkarzinom festgestellt werden, das vorher infolge der Ueberlagerung durch den Uterus nicht palpiert werden konnte. Das Erbrechen hält natürlich weiter an.

2. Herr Orthmann demonstriert a) ein Stielpessar, das bei einer 57jährigen Frau drei Jahre in der Vagina gelegen hatte und mit seiner Schale vollkommen in das Rektum eingedrungen war. Es bestand Kotabgang per vaginam. Entfernung in Narkose. Operativer Schluß der Fistel verweigert. Die Fistel hat sich spontan erheblich verkleinert.

b) 43jährige Patientin. Im Jahre 1888 Laparotomie wegen linksseitigen intraligamentären, papillären Ovarialkystoms. 1899 zweite Laparotomie wegen eines gleichartigen rechtsseitigen Tumors, der bei der Operation platzte. Jetzt, nach 13 Jahren, großer Tumor im kleinen Becken und hühnereigroßer Tumor in den Bauchdecken links von der Bauchnarbe. Bei der Laparotomie ergibt sich, daß der von der rechten Seite ausgehende Tumor wegen allseitiger Verwachsungen nicht zu entfernen ist, es wird daher nur der Bauchdeckentumor, der von der Faszie ausgeht, exstirpiert und der große Tumor von der Vagina aus punktiert. Gute Rekonvaleszenz, erhebliche Schrumpfung des Tumors. Der Bauchdeckentumor zeigt mikroskopisch das Bild eines in maligner Entartung begriffenen Papilloms und stellt nach O.s Ansicht eine typische Impfmetastase dar.

Diskussion:

ad a) Herr Liepmann hat vor kurzem bei einer 87jährigen Patientin ein Zwanksches Flügelpessar entfernt, das zehn Jahre lang in der Vagina gelegen hatte, mit dem einen Flügel aus der Vagina herausragte und mit dem anderen unter Usurierung der Blase bis ins Peritoneum eingedrungen war. Nach der leichten Entfernung gelangt der untersuchende Finger direkt in die Bauchhöhle. Gazedrainage, reaktionsloser Verlauf unter Bildung einer Blasenfistel, die sich nach 14 Tagen spontan schloß.

Herr Saniter hat kürzlich bei einer Abortausräumung ein Intrauterinpessar entfernt, das ganz in den Uterus eingedrungen war und in den Tubenecken eingeklemmt war. Dasselbe hatte 14 Tage lang im Uterus gelegen. S. warnt vor diesen in der Wirkung unsicheren und im Gebrauch gefährlichen Pessaren.

Herr Straßmann hat in einem Fall eine Panophthalmie beobachtet, veranlaßt durch die starke Jauchung, die ein 22 Jahre liegendes Pessar verursacht hatte, indem sich die Pat. von dieser aus mit dem Finger infizierte.

Herr Olshausen und Herr Bröse berichten über weitere Fälle von Pessar-Perforationen.

ad b) Herr Schäffer hält die Erklärung des Falles als Impfmetastase nicht für unbedingt notwendig, da es sich event. auch um eine einfache lymphatische Metastase handeln könne.

Herr Olshausen glaubt an eine echte Impfmetastase.

Herr Orthmann (Schlußwort): Lymphatische Metastase hält er für ausgeschlossen, da der Tumor deutlich von der Faszie ausgeht und Muskulatur und Peritoneum unter ihm absolut frei sind.

3. Herr Mackenrodt:

a) Beginnendes Portiokarzinom mit junger Schwangerschaft.

Zur Illustration der event. Spätfolgen der abdominalen Radikaloperation beschreibt hierauf M. folgende zwei instruktive Fälle:

b) Abdominale Radikaloperation wegen ausgedehnten Karzinoms der Portio, Scheide, Parametrium und Drüsen. Zunächst glatter Verlauf. Nach vier Wochen Ureternekrose links, Fistelurin eitrig, zunächst entlassen. Längere Krankenhausbehandlung, Fieber, Peritonitis, die wieder zurückging. Dann Beckenabszeß und Pyelonephritis. Nierenexstirpation links. Endlich auch Pyelo-

---

dafür übernehmen, denn ich gestehe, daß ich nicht von Grund aus mit dem Studium der Frage mich abgegeben habe, nicht mehr übrigens, wie es scheint, was sehr viel befremdender sein wird, als Morot selbst. Man findet auch im Französischen die Bezeichnungen phthisie calcairée und phthise crétosée. Es existieren wahrscheinlich noch viele andere Ausdrücke. aber uns sind sie unbekannt; ich weiß nicht, daß sie gesammelt sind.

Nach Creighton*), welchem Valley und andere englische Autoren folgen, allerdings nur wenig zahlreich — denn die englische Bibliographie über Rindertuberkulose ist sehr arm — würde der gewöhnliche englische Ausdruck zur Bezeichnung für Rindertuberkulose sein grapes, welches Trauben bezeichnet, mit Rücksicht auf den Anblick der geperlten Tumoren. Man findet noch Angleberries und Duckweed; das letzte Wort, welches Meerlinsen bezeichnet, entsprechend dem deutschen Meerlinsigkeit, lentilles d'eau, immer mit Rücksicht auf den Anblick, welchen im Beginn die pathologisch-anatomischen Bildungen der Perlsucht an der Oberfläche der Serosen, besonders der Pleura gewähren.

Im Deutschen sind die Bezeichnungen zahllos. Dieser Reichtum hängt wahrscheinlich damit zusammen, daß sie mit mehr Sorgfalt gesammelt sind: Franzosenkrankheit oder einfach Franzosen, Venerie, Geilsucht, geile Seuche, Nymphomanie, Satyriasis, Stiersucht, Monatsreiterei, Unreinigkeit, Rindshamme, Krannen, Pockenkrankheit, Grannigt-, Finnig-, Krättig-Sein, Hirsesucht, Traubenkrankheit, Züpfigkeit, Zackigkeit, Meerlinse, Meerlinsigkeit, Drüsenkrankheit, Sarkomdyskrasie, Perlsucht, Perlschwindsucht, fibröse Tuberkulose, primäre Tuberkulose der serösen Häute, Rindstuberkulose, Morbus gallicus boum, Cachexia boum sarcomatosa, Sarcomatosis infectiosa, Sarco-tuberculosis boum infectiosa, Tuberkulosis serosa boum, Cachexia vaccarum tuberculosa, Tuberculosis pleuralis, Tuberculosis boum fibromatosis, Margarosis, Lungenschwindsucht, Lungensucht*).

Viborg**) endlich hat in die dänische Terminologie zur Bezeichnung dieser Krankheit das Wort Parrnsyge, fast gleichbedeutend mit Nymphomanie oder Satyriasis, eingeführt.

Fügen wir noch hinzu, daß die von Perlsucht befallenen Tiere, der Sodomie verdächtig und wahrscheinlich aus diesem Grunde ebenso wie wegen ihres unwiderstehlichen Geschlechtsdranges (Nymphomanie, Satyriasis) als „Besessen" betrachtet, wenigstens bis zu einem gewissen Grade, bis 1783 gebrannt wurden. Zu dieser Zeit gab Preußen, alsbald von den anderen Nationen gefolgt, gegen die als Aberglauben betrachteten früheren Begriffe, aber ohne die geringste Kenntnis, daß die pommelière das Leiden der Franzosen, die Perlsucht der Tiere gleicher Natur wie die menschliche Tuberkulose sein könnte, noch daß dies Fleisch oder die Milch der von diesen Krankheiten befallenen Tiere für den Menschen gefährlich sein könnten, den Handel mit dem Fleisch und der Milch der kranken Tiere frei.

*) Charles Creighton, Bovine tuberkulosis in man with illustra oitns. London 1881.

*) Die deutschen Ausdrücke sind gesammelt von P. Johne, Die Geschichte der Tuberkulosis unter besonderer Berücksichtigung der Rinder und die sich hieran knüpfenden medicinal- und veterinarpolizeilichen Konsequenzen. Deutsche Zeitschrift f. Tiermedicin und vergleichende Anatomie und Pathologie IV, 1883.

**) Viborg Veterin. Selskabets Schrifter Kiob 1818 III, p. 125.



nephritis rechts, Exitus. Sektion: Abszesse unter der Blase. Kein Karzinom in den Drüsen oder im Beckenbindegewebe.

c) Abdominale Radikaloperation wegen beginnenden Karzinoms. Glatter Verlauf, Entlassung am 19. Tage. Sechs Wochen post operationem Schmerzen und Vorwölbung in der rechten Unterbauchgegend; Inzision entleert Eiter und Urin; Nekrose des rechten Ureters, Blase kontinent. Da Einpflanzung des rechten Ureters in die Blase nicht möglich ist, rechtsseitige Nierenexstirpation. Trotzdem weiter Urinabgang durch die Bauchwunde, erst wenig, dann des ganzen Urins; also auch linksseitige Ureternekrose. Implantation des linken Ureters in die Blase. Gute Rekonvaleszenz. Heilung.

M. nimmt an, daß bei diesem Ereignis das primäre die Blasenentzündung ist, die zur Bildung von Abszessen in der Umgebung der Blase und im Peritoneum führt. Dann erst sekundär die Nekrose der Ureteren, daher deren spätes Auftreten.

d) Forensisch interessanter Fall von seltener Darmverletzung bei Abortausräumung: Nach vorangegangenem kriminellem Abtreibungsversuch mit Perforation der hinteren Uteruswand und anschließender Peritonitis Versuch der Ausräumung durch zwei Aerzte. Dabei dringt die Wintersche Abortzange auf dem vorgebahnten falschen Wege in die Bauchhöhle, die Flexur wird zerrissen und aus ihr die Schleimhaut des Kolons in einer Länge von $2^1/_2$ m herausgezogen, so daß das Kolon auf eine Strecke von 30 bis 40 cm von Schleimhaut entblößt wird. Sofortige Ueberführung in die Klinik, Laparotomie, Resektion des Darmes, nach zwei Tagen Exitus an Peritonitis. Die klinisch und forensisch außerordentlich interessanten Einzelheiten zum Referat nicht geeignet.

Diskussion:

ad b) und c) Herr Bumm glaubt, daß der ätiologische Hergang bei den Fällen der von M. beschriebenen Art umgekehrt ist. Erst Nekrose des Ureters, dann Abszeßbildung und deren verhängnisvolle Folgen. Die Ureternekrose wird hervorgerufen durch zu starke Entblößung derselben, durch Abbindung der versorgenden Gefäße und vor allem durch die vielfach übliche Tamponade der Bindegewebswunden, vor der B. ganz entschieden warnt. B. schließt nach Möglichkeit das Peritoneum bis zur Scheidenöffnung und drainiert ins Peritoneum hinein zur Verhütung der Peritonitis.

Herr Bröse und Herr Olshausen sind derselben Ansicht wie Herr Bumm.

ad d) Herr Bumm glaubt, daß derartige Verletzungen immer wieder vorkommen werden, solange es erlaubt und üblich ist, mit zangenartigen Instrumenten blind in Hohlorganen zu arbeiten. Viel ungefährlicher ist in solchen Fällen eine große, stumpfe Kurette.

Herr Liepmann berichtet über einen Fall, in dem gelegentlich einer manuellen Plazentarlösung ein 50 cm langes Dünndarmstück herausgerissen wurde. Exitus.

Herr Mainzer hat eine der von M. beschriebenen ähnliche Darmverletzung gelegentlich eines vaginalen Morcellements gesehen. Der Operateur wollte den abgerissenen Tubensack fassen, faßte statt dessen eine Darmschlinge und löste aus dieser ein ca. 30 cm langes Stück Darmschleimhaut aus. Exitus an Peritonitis.

Herr Gerstenberg glaubt, daß event. gelegentlich des vorausgegangenen Abtreibungsversuchs eine ätzende Flüssigkeit eingeführt worden sei, die eine Ablösung der Schleimhaut nach Art der Enteritis membranacea bewirkt habe. Es sei sonst die umfängliche, ohne Gewaltanwendung erfolgte Ablösung kaum zu erklären.

Herr Orthmann erwähnt einen Fall, in dem nach Perforation des Uterus 81 cm Kolon herausgezerrt wurden. Er kann die Verwerfung der Instrumente nicht billigen und glaubt, daß mit den Fingern dieselben Verletzungen gemacht werden können.

Herr Koblank berichtet ebenfalls über einen Fall von schwerer Darmverletzung bei Abortausräumung mittels Kornzange, in dem es ihm gelang, durch Darmresektion die Pat. zu retten.

Herr Olshausen.

Herr Mackenrodt: Schlußwort.

Periodische Literatur.

Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 32. 1907.

1. Heine, Königsberg: **Ueber Labyrintheiterungen.**

Neben den Infektionen des Labyrinthes, die auf Meningitis cerebrospinalis epidemica und purulenta, auf Traumen: Basisfrakturen, direkte Verletzungen mittels Schußwaffen, zurückzuführen sind, beanspruchen die höchste praktische Wichtigkeit die Labyrinthitiden, die von Mittelohreiterungen ausgehen. Der Einbruch der Eiterung ins Labyrinth erfolgt meist durch das ovale und das runde Fenster; eine weitere Prädilektionsstelle liegt da, wo der Kuppelraum engpaßförmig in das Antrum mastoideum übergeht. Von der Art und Virulenz des Erregers wird es in erster Linie abhängen, ob die Infektion sich über das ganze Labyrinth ausdehnt, oder ob sie auf einen gewissen Bezirk desselben beschränkt bleibt. Zu den zirkumskripten Labyrintheiterungen gehören in erster Linie Bogengangserkrankungen; sprungweise Vereiterungen des Labyrinthes sind bisweilen beobachtet; bei den diffusen Formen kann es zu ausgedehnten Sequestrationen kommen, wodurch nicht selten Spontanheilung herbeigeführt wird. Oft aber macht der Prozeß im Labyrinth nicht Halt, sondern schreitet auf schon vorgebildeten Wegen (Aquaductus cochleae) oder solchen, die er sich selbst schafft (Durchbruch durch die Knochenkapsel), auf das Hirn fort. Für die Diagnose der Labyrintheiterungen ist von besonderer Wichtigkeit, daß ein Insult des Labyrinthes einen eigenartigen Symptomenkomplex herbeiführt, der in der Ménièreschen Erkrankung am ausgeprägtesten in Erscheinung tritt, deren Merkmale Schwindel, Uebelkeit und Erbrechen, Ohrensausen und Hörstörungen sind. Die Diagnostik der latenteren Formen der Labyrintheiterung ist erst in jüngster Zeit ausgebildet worden. Das Labyrinth umschließt zwei Endorgane, das statische Organ, das zur Herstellung des Gleichgewichts dient, im Vestibularapparat und das Hörorgan in der Schnecke; ein auf die Nervenendigungen ausgeübter Reiz löst Reizerscheinungen aus, wird das Endorgan zerstört, so kommt es zu Ausfallserscheinungen; erstere bestehen bei der Schnecke in subjektiven Geräuschen, beim statischen Organ in Nystagmus und Schwindel. Die Zerstörung des für das Hören bestimmten Endapparates macht das Ohr taub. Die Ausfallserscheinungen am Vestibularapparat dagegen fallen nicht so ohne weiteres auf, ihre Feststellung ist erst in letzter Zeit durch Ausarbeitung besonderer Methoden ermöglicht worden. Trotzdem ist die Diagnose der Labyrintheiterung keineswegs leicht; ähnliche Erscheinungen kann schon der Druck des Sekretes in der Pauke bei einer akuten Mittelohreiterung machen; gleiche Symptome können Erkrankungen des Kleinhirns: Tumor, Abszeß, zirkumskripte Meningitis, auch Erkrankungen in seiner Nachbarschaft, Schläfenlappenabszeß, hervorrufen. Die Diagnose ist noch nicht so weit gediehen, daß der Ausfall der Untersuchung vor der Radikaloperation allein das weitere Vorgehen bestimmen darf, d. h. ob das Labyrinth eröffnet werden soll oder nicht. Das entscheidende Wort muß hier der Befund bei der Operation bezw. das Verhalten des Kranken nach derselben sprechen.

2. Halberstädter, Berlin, und Prowazek, Hamburg: **Zur Aetiologie des Trachoms.**

Verff. haben in mit Giemsa gefärbten Abstrichpräparaten Trachomkranker in sonst normal aussehenden Epithelzellen in der Nähe des Kernes runde und ovale, dunkelblau oder violett sich färbende, nicht homogene Massen beobachtet; innerhalb dieser Massen waren bei guter Färbung scharf umschriebene, sehr feine Körnchen nachweisbar, die sich distinkt rot färbten. In späteren Stadien lockern sich die blauen Einschlüsse mehr auf, und in ihrem Innern ist eine zusehends fortschreitende, außerordentlich reichliche Vermehrung der roten Körperchen wahrzunehmen, die sich meist nach Art der Kokken teilen und oft Bilder von diplokokkenartigen Körperchen geben. In noch späteren Stadien zerfallen die blauen Massen in einzelne Inseln, die mehr die periphere Zone des ganzen Einschlusses, der nun überwiegend aus den roten Körnchen besteht, einnehmen. Verff. deuten die mit Giemsa distinkt rot gefärbten, sich deutlich vermehrenden Körperchen als Parasiten, während die blau färbbaren, unregelmäßigen Massen als Reaktionsprodukte der Zelle, hervorgerufen durch das Eindringen des fraglichen Virus, angesehen werden. In Kontroll-

untersuchungen an Abstrichen von der Konjunktiva von Menschen mit verschiedenen Affektionen (Konjunktivalkatarrhe, Keratitis, Blennorrhöe, Lidkarzinom) und verschiedenen Tieren wurden nie entsprechende Einschlüsse gefunden. Die parasitäre Natur der roten Körperchen wird weiter dadurch gesichert, daß es gelang, sie auf die Konjunktiva anthropomorpher Affen zu übertragen und dann in den Konjunktivalepithelien derselben massenhaft nachzuweisen. Uebertragungsversuche an anderen Tieren dagegen fielen negativ aus. Die Einschlüsse waren nur in den Epithelzellen einwandfrei in ihren charakteristischen Entwicklungsstadien nachzuweisen. Damit wird es wahrscheinlich, daß das Trachom zunächst nur eine Erkrankung der Konjunktivalepithelien ist, daß die Follikelschwellungen nur sekundäre Erscheinungen sind.

Verff. glauben, daß das beschriebene Virus mit den Erregern der Variola, Vakzina, des Scharlachs, Hühnerepithelioms, Molluscum contagiosum, der Lyssa, Hühnerpest zu einer besonderen Gruppe von Mikroorganismen gehört, für die sie den Namen „Chlamydozoen" vorschlagen. Sie leben intrazellulär und die Zellen reagieren auf ihr Eindringen mit der Bildung von besonderen, in jedem Falle spezifischen Einschlußgebilden, die zum Teil chromatischer, zum Teil nukleolarer Natur sind; bei der Vakzine sind das die Guarnerischen Körper, bei der Lyssa die Negrischen Einschlüsse, bei der Hühnerpest die von Schiffmann beobachteten Gebilde, beim Molluskum die Molluskumkörperchen.

3. Wassermann und Meier, Berlin: **Zur klinischen Verwertung der Serumdiagnostik bei Lues.**

Nach eingehender Schilderung der Methodik geben Verff. eine tabellarische Zusammenstellung über Untersuchungen an 39 Fällen, wobei 27mal ein positives, 12mal ein negatives Resultat erzielt wurde. Es ist der Schluß zu ziehen, daß es mit der Wassermannschen Reaktion auf Grund der Komplementbindung gelingt, bei gewissen Fällen im Blutserum Luetischer spezifische Stoffe nachzuweisen. Ob man es dabei mit dem syphilitischen Immunkörper zu tun hat, ist noch ungewiß. Auch über die klinische Bedeutung der Reaktion ist ein abschließendes Urteil noch nicht zu fällen.

4. Nagelschmidt, Berlin: **Zur Indikation der Behandlung mit Hochfrequenzströmen.**

5. Franke, Braunschweig: **Diagnose und Behandlung der chronischen Gelenkerkrankungen.**

(Schluß aus Nr. 29, 30 und 31.)

Die verschiedenen Formen der chronischen Gelenkerkrankungen werden kurz skizziert, der typische sekundäre chronische Gelenkrheumatismus, der viel häufigere primäre, die Heberdenschen Knötchen, die Ostearthritis deformans, die Arthropathia tabidorum und die bei Syringomyelie, die Polyarthritis chronica villosa, die chronisch ankylosierende Wirbelsäulenentzündung, die chronischen Pseudorheumatismen oder Rheumatoide, die gonorrhöischen Gelenkentzündungen, die nach Influenza, die Gelenktuberkulose und -syphilis, die chronische Gelenkgicht, der chronische und der intermittierende Gelenkhydrops, die Arthritis traumatica, die Gelenkneuralgie. Die Prophylaxe der chronischen Gelenkerkrankungen muß sich auf Vermeidung von Abkühlungen und Erkältungen erstrecken, Kleidung, Wohnungsverhältnisse und Ernährung in Betracht ziehen. Die Wirkung innerlicher Mittel ist sehr verschieden, je nach der Form der Erkrankung, im ganzen aber recht problematisch; am besten wirkt noch das Salicyl und seine Derivate; von Erfolg ist manchmal auch eine Arsenkur. Am wichtigsten ist die sorgfältige örtliche Behandlung. Im Beginn der Entwicklung des Leidens ist völlige Ruhigstellung der erkrankten Glieder notwendig. Frühzeitige gewaltsame Mobilisierung verträgt nur der gonorrhöische Rheumatismus in manchen Fallen. Sonst ist bei noch ziemlich frisch versteiften Gelenken die Mobilisierung nur sehr vorsichtig in die Wege zu leiten. Gute Dienste leistet hier die Biersche Stauung. Besteht keine oder nur noch eine indolente Schwellung der Gelenke, so sind vorsichtige Bewegungen am Platze und allmählich gesteigerte Massage. In allen Fällen mit Versteifung ist sofort mit energischen Bewegungskuren und Massage zu beginnen und eine festere Verwachsung eventuell in Narkose zu sprengen. Weiter sind dann Wärmereize indiziert, heiße, lokale Bäder, auch mit Zusatz von Salz, Kamillen, Kalmus, Wechselbäder, Einpackungen in heiße Watte, Breiumschläge, Umschläge mit Moor, Fango, Panzerschlamm, Sandbäder, durch Röhren fließendes heißes Wasser; hierfür ist auch die Elektrizität herangezogen worden, elektrische Heizkissen, Glühlampenbestrahlung oder solche mit Bogenlicht; direkt wird der elektrische Strom benutzt in der Galvanisation, im elektrischen Bad, Vierzellenbad. Neuerdings ist auch die Röntgenbestrahlung und Radiumemanation mit Erfolg herangezogen worden. Die äußere Anwendung von Arzneimitteln verspricht wenig Erfolge, ist aber bei den langdauernden Erkrankungen nicht zu entbehren; am rationellsten sind die verschiedenen Salizylpräparate. Bei starken Schmerzen muß man zu schmerzstillenden Einreibungen greifen; dabei wirkt oft auch die Biersche Stauung zauberhaft. Von großer Bedeutung sind weiter, namentlich wenn die örtlichen Mittel versagen, die verschiedenen Badekuren; hier kommen in Betracht einfache heiße Bäder, Schwitzprozeduren, als Dampfbäder, römisch-irische, Glühlichtbäder, im Kastendampfbad, Quinckeschen Schwitzbett. Von den Badeorten sind bei leichteren und noch nicht sehr alten Fällen die indifferenten Thermen und die leichten Kochsalzthermen zu empfehlen; für weniger empfindliche Kranke sind geeignet die kohlensauren Thermalsolbäder, die Schwefelthermen und die Moorbäder. Kann mit den verschiedenen besprochenen Maßnahmen eine Hilfe nicht gebracht werden, so ist eventuell ein chirurgisches Eingreifen am Platze. Lang sich haltende oder zunehmende Ergüsse sollen nicht zu spät durch Punktion entleert werden; beim Wiedererscheinen können an die Punktion Jodoformglyzerininjektionen angeschlossen werden; bei der Polyarthritis villosa spritzt man Guajakoljodoformglyzerin ein; dieser Behandlung widerstehende alte Fälle sind nur durch Exstirpation der Zottenmassen zu heilen. Ausgeschlossen ist ein operativer Eingriff bei tabischen oder syringomyelitischen Affektionen. Beim Rheumatismus fibrosus mit zunehmender Versteifung erscheint die Operation, Abtragung des pannös entarteten Knorpels, geboten. Häufige Punktion ist beim einfachen chronischen Hydrops der Gelenke angezeigt, beim intermittierenden Hydrops ohne Wirkung. Bei traumatischer Arthritis kann man frühzeitig zur gewaltsamen Lösung der Verwachsungen schreiten. Rheumatoide geben selten Anlaß zu operativen Eingriffen; deren Erfolge sind zweifelhaft bei der Arthritis und Osteoarthritis deformans.

6. Kroemer, Gießen: **Klinische Beobachtungen über Aetiologie und Therapie des Chorionepithelioms, insbesondere über die Behandlung der Blasenmole.**

(Nicht abgeschlossen.)

7. Schindler, Berlin: **Eine kleine praktische Verbesserung des Neißerschen Suspensoriums.**

Dieselbe besteht darin, daß an dem Neißerschen Suspensorium eine Klappe zur Aufnahme des Penis, wie sie sich am Teufelschen Suspensorium findet, angebracht wird.

8. Demosthen, Bukarest: **Das Militärsanitätswesen in Rumänien.**

Nr. 33. 1907.

1. Weber, Göttingen: **Fortschritte in der Diagnostik der Nervenkrankheiten.**

(Nicht abgeschlossen.)

2. Krause, Berlin: **Ueber doppelseitige Nephrolithiasis.**

Die doppelseitige Steinerkrankung der Nieren ist ein seltenes Leiden, das in Bezug auf Therapie und Prognose wesentliche Unterschiede gegenüber der einseitigen Erkrankung zeigt. Verf. berichtet über einen Fall, bei dem es sich um je einen Stein von Wallnußgröße in jeder Niere handelte, der einmal im Nierenbecken, das andere Mal in der Nierensubstanz lag. Die Nieren waren enorm vergrößert; die eine übertraf die Größe einer normalen um ungefähr das Zehnfache; in gleichem Maße erschien auch die Gefäßentwicklung der Nieren gesteigert, wodurch die Operation nicht unerheblich erschwert wurde. Bei der einen stieß nach Durchtrennung der Weichteile bis in die Bauchdecken und Resektion der unteren drei Rippen die Palpation und Luxation der Niere noch auf Schwierigkeiten, weshalb das Nierenbecken eröffnet wurde, in dem sich dann der Stein fand. Bei der zweiten erübrigte sich eine genauere Palpation und Luxation des Organs, da der Stein

in der Nähe des unteren Poles dicht unter der Oberfläche zu fühlen war und durch einen 1 cm tiefen Schnitt in die Nierensubstanz, wobei schon eine erhebliche Blutung einsetzte, entfernt werden konnte. Im Gegensatz zur einseitigen Nephrolithiasis muß bei doppelseitiger die Therapie eine chirurgische sein, da der Patient in ständiger Lebensgefahr schwebt, weil das plötzliche Eintreten einer völligen Behinderung der Urinsekretion im Bereiche der Möglichkeit steht. Die Frage, welche Niere zuerst in Angriff zu nehmen ist, dürfte nicht schematisch zu entscheiden sein; über den Grad der Funktionsfähigkeit jeder einzelnen Niere vor der Operation ein Urteil zu bekommen, dürfte notwendig sein. Die Röntgenuntersuchung kann die Diagnostik in wesentlicher Weise unterstützen; mit weichen Röhren und bei Benutzung einer Kompressionsblende kann man ein deutliches Bild der gesamten Niere mitsamt der Steinbildung erhalten.

3. Doebbelin, Berlin: **Ein Fall von sequestrierendem Milzabszeß.**

Ein bis dahin stets gesund gewesener Soldat erkrankte mit Erscheinungen, die den Verdacht eines subphrenischen, von einem durchgebrochenen Magengeschwür herrührenden Abszesses, der die Milz nach unten, das Zwerchfell nach oben gedrängt hatte, erweckten. Verschiedene Punktionen an entsprechender Stelle ergaben ein negatives Resultat. Wegen weiterbestehenden unregelmäßigen Fiebers wurde eine Probelaparotomie gemacht, die eine braunrote Milz von der Größe und dem Aussehen der Leber, mit glatter Oberfläche, ohne Tuberkel, ohne gelbe Herde, von gleichmäßig derber Beschaffenheit aufdeckte. Die Laparotomiewunde heilte glatt, doch entstand nach einiger Zeit, nachdem aus der Pleurahöhle ein seröses Exsudat entleert worden war, ein Oedem in der Narbengegend am Abdomen, was einen Abszeßdurchbruch anzuzeigen schien. Durch Spaltung der Narbe konnte ein Liter dicken Eiters entleert werden, der unter der Zwerchfellkuppe vorquoll und aus einer Höhle in der Milz. In der Folge entleerten sich mehrere kleine Milzsequester aus der Wunde. Weiterhin mußten noch mehrere größere Milzabszesse bis zu Faustgröße eröffnet werden; bei einer der Inzisionen wurde ein enteneigroßer Sequester entleert. Dann stellte sich rein eitriges, sanguinolentes Sputum ein und über der linken Brustseite entwickelte sich hinten bis zur Skapulamitte eine Dämpfung mit abgeschwächtem Atmungsgeräusch. Eine Punktion hierselbst förderte aus der Pleura nichts heraus, dagegen aus der Lunge Eiter. Da aber weitere Punktionen ein negatives Resultat hatten, wurde von der beabsichtigten Operation Abstand genommen, umsomehr, als der Allgemeinzustand des Kranken ein höchst elender geworden war. Merkwürdigerweise blieb von jetzt ab die Temperatur niedrig, und eine langsam fortschreitende Rekonvaleszenz setzte ein, die zur völligen Heilung führte.

4. Kroemer, Gießen: **Klinische Beobachtungen über Aetiologie und Therapie des Chorionepithelioms, insbesondere über die Behandlung der Blasenmole.**

Die Beobachtungen betreffen eine Reihe von in der Gießener Klinik im Laufe der Jahre zur Behandlung gekommenen Fälle und werden unter Anführung von Krankengeschichten und Abbildungen anatomischer Präparate erörtert. Verf. kommt zu folgenden Schlußbemerkungen. Die Differentialdiagnose zwischen gutartigem und bösartigem Chorionepitheliom wird nicht durch das histologische Strukturbild der Probeabrasio allein entschieden, obwohl die letztere als eines der wichtigsten diagnostischen Mittel nie zu unterlassen ist, sondern durch das klinische Gesamtbild. Die Prognose des Chorionepithelioms ist noch immer eine sehr dubiöse, die Mortalität eine sehr hohe. Es besteht ein Unterschied zwischen den mehr langsam verlaufenden Fällen nach Blasenmole und den rasch wachsenden Tumoren nach Abort und Geburt. Alles kommt auf eine möglichst frühzeitige Diagnose an. An Stelle der gewöhnlichen Abrasio muß unter Umständen die Tastung des Uterus, eventuell sogar der vordere Eröffnungsschnitt gesetzt werden, damit auch die interstitiellen Epitheliome nicht übersehen werden. Puerperale Fieberfälle mit dauernder Blutung, Ausbleiben der normalen puerperalen Involution des Uterus, Offenbleiben des Zervikalkanals sind wichtige Fingerzeige auf Retention von Plazentarzotten bezw. auf das Bestehen von Chorionepithelwucherungen. Die Operation ist in allen — auch in zweifelhaften wie in metastasierenden — Fällen auszuführen, da die Metastasen bei dem Fehlen von Uterusherden bezw. nach Entfernung derselben ausheilen können. Blasenmolenfälle müssen eventuell bis zur nächsten Schwangerschaft in beständiger ärztlicher Kontrolle bleiben; dies erheischt einerseits die Möglichkeit des Chorionepithelioms, andererseits die Frage nach der Rückbildung der Ovarialtumoren und der Nierenstörungen, die häufige Begleiter der Blasenmole sind. Wenn Ovarialtumoren nach Blasenmole nicht prompt mit der Involution des Uterus zurückgehen, sondern womöglich durch weiteres Wachstum, Stieltorsion etc. gefährlich werden, ist auch wegen der an sich gutartigen Follikelgeschwulst die Ovariotomie indiziert. Der Weg der Entfernung eines von Chorionepitheliom befallenen Genitals muß von Fall zu Fall entschieden werden; bei jauchigem Tumorzerfall ist die vaginale Totalexstirpation vorzuziehen. In den andern, namentlich in vorgeschrittenen Fällen, ist die abdominale Radikaloperation mit Ureterpräparation, Drüsensuche und Ausräumung der Parakolpien rationell; denn das maligne Chorionepitheliom metastasiert zwar rasch auf dem Blutwege, wächst aber auch lokal kontinuierlich und infiltriert Lymphbahnen und Beckendrüsen, indem es so die Eigenschaften des Karzinoms und Sarkoms vereinigt. Nierenstörungen und Ovarialtumorbildung in frühen Monaten der Gravidität sprechen mit hoher Wahrscheinlichkeit für das Bestehen einer Blasenmole.

5. Ogata und Ishiwara, Tokio: **Zweite Mitteilung über die Aetiologie der Tsutsugamushikrankheit (Ueberschwemmungsfieber von Baelz).**

Die weiteren Untersuchungen von Tsutsugamushikranken haben die direkte Uebertragbarkeit der Geschwürsmassen auf Kaninchen und von diesen auf Ziegen ergeben. Ferner wurde nicht nur die Beweglichkeit von Schizogonie, mäßig große, amöboide Zellen und Ookineten, sondern auch die Bildung und Entwicklung der Schizogonie aus Sporozoiten, der amöboiden Zellen und der Gameten aus Schizogonie, Oozysten, Ookineten, sowie Sporoblasten und Sporozoiten unter dem Mikroskop beobachtet.

6. Müller: **Ueber den derzeitigen Stand und die Aussichten der Aktinotherapie.**

(Nicht abgeschlossen.)

7. Lissauer, Werden: **Tuberkulinsuppositorien.**

Für die rektale Anwendung des Tuberkulins liegen bisher nur ganz vereinzelte Angaben vor. Verf. benutzt die von der Firma Santer (Genf) hergestellten Hohlsuppositorien, in die er das Tuberkulin hineingibt. Die Handhabung der Dosierung des Tuberkulins wird nach Gerson (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1906, Nr. 14 und 15) in modifizierter Form ausgeübt und eingehend beschrieben. Die Applikation der mit Vaselin außen bestrichenen Suppositorien erfolgt nach voraufgegangenem Stuhlgang; der Patient steht dabei in leicht gebückter Haltung. Schwierigkeiten der Einführung ergaben sich weder für den Patienten noch den ausübenden Wärter, so daß diese Form der Applikation als äußerst leicht und schnell zu bezeichnen ist, zumal zeitraubende Asepsis nicht erforderlich ist. Besonders zweckmäßig ist die rektale Applikationsform für die ambulante Tuberkulosebehandlung und hier besonders wichtig das Ausbleiben der bei der subkutanen Injektion so leicht entstehenden örtlichen Reizungen, die beim Publikum eine große Aversion gegen das Tuberkulin mit haben erzeugen helfen. Verf. hat die rektale Tuberkulinapplikation bei 40 männlichen Lungentuberkulösen in verschiedenen Stadien erprobt; das Material war aus mehr zur ungünstigen Prognose neigenden Fällen, meist aus floriden Fällen zusammengesetzt. Verwandt wurde nur Alttuberkulin Koch der Höchster Farbwerke. Die angewandten Dosen bewegten sich zwischen ½ mg und 25 cg, die eigentlichen Behandlungsdosen blieben innerhalb der Milligramme. Die Applikationen erfolgten teils täglich, teils mit Intervallen von Tagen und Wochen. An der Applikationsstelle, im Aftergebiet, sind nennenswerte Erscheinungen nicht zur Beobachtung gekommen. Die Toleranz gegen Tuberkulin scheint bei Resorption vom Darm größer als bei subkutaner Injektion zu sein. Die Wirkung der Tuberkulinsuppositorien ist eine auffallend diffuse; das relativ Langsame und Milde der hervorgerufenen Erscheinungen läßt ihre Anwendung auch in vorgeschrittenen Fällen zu. Die Gefahr der Propagierung der floriden Lungentuberkulose dürfte bei ihnen ge-



ringer sein als bei der Subkutanmethode. Heftige Fiebersteigerungen sind auch bei der Suppositorienbehandlung nicht ausgeschlossen; auch kamen bisweilen Lungenblutungen mit mehrtägigem Fieber vor. Als Allgemeinreaktion traten die Erscheinungen vereinzelt und nebeneinander auf, die als Tuberkulinwirkung bekannt sind: Kopfschmerz, Gliederschmerz, Bruststiche, Müdigkeit, Atemnot, Schlaflosigkeit, Appetitmangel, Durchfälle und dabei Abdominalgurren und Uebelkeit, Vermehrung des Hustens und Auswurfs, Verflüssigung und Verdickung des Auswurfs, anthrakotisches Schwarzwerden des bisher weißen Auswurfs bei Bergleuten. Die therapeutische Wirksamkeit der Tuberkulinsuppositorien war eine ähnliche wie bei den sonstigen Methoden: Nachlassen subjektiver Beschwerden, Gewichtszunahme, Besserungen im Lungenbefunde, zum Teil akut einsetzend mit Beginn der Suppositorienkur, die in diesen Fällen erst nach mehreren Monaten unspezifischer Heilstättenkur begonnen wurde.

8. Fischer, Karlsruhe: **Staatliche und private Mutterschaftsversicherung.**

9. Sobotta: **Das Militärsanitätswesen in Spanien.**

Nr. 34.

1. Löffler und Rühs, Greifswald: **Die Heilung der experimentellen Nagana (Tsetsekrankheit).**

Zahlreiche und überaus eingehende, durch mehrere Jahre fortgesetzte Versuche haben zu Ergebnissen geführt, die Verff. in folgenden Sätzen zusammenfassen:

1. Das spezifische Mittel gegen die Nagana-Trypanosomen ist das Acidum arsenicosum.
2. Die beste Herstellung der zu verwendenden Lösung geschieht durch Auflösen von 1 g arseniger Säure in 10 ccm Normalnatronlauge bei Siedehitze und durch nachherigen, neutralisierenden Zusatz von 10 ccm Normalsalzsäure.
3. Die tödliche Dosis pro Kilo Tier liegt um etwa $^1/_3$ höher als die heilende Dosis. Beide Dosen sind verschieden für verschiedene Tierarten.
4. Die beste Behandlung ist die Darreichung der Dosis efficax in fünftägigen Zwischenräumen. Die Darreichung kann mit gleich gutem Erfolge per os, intravenös oder intraperitoneal geschehen.
5. Meerschweinchen, mit einem diese Tiere bei intraperitonealer Infektion in fünf bis sechs Tagen tötenden Naganastamm infiziert, können in schwerkrankem Zustand durch drei bis fünf Darreichungen der Dosis efficax geheilt werden.
6. Vergiftungen der Tiere sind nicht zu befürchten.
7. Auch die Nagana-Infektion der Ratten und Kaninchen kann mit Sicherheit durch analoge Behandlung mit dem gleichen Präparat geheilt werden.
8. Durch eine in fünftägigen Zwischenräumen wiederholte Verabreichung der Dosis efficax können gesunde Meerschweinchen trotz wiederholter Infektionen vor der Erkrankung bewahrt werden.
9. Da die so überaus widerstandsfähigen Trypanosomen der Nagana mit Sicherheit durch das Acidum arsenicosum im Tierkörper vernichtet werden, so ist zu erwarten, daß auch alle andern Trypanosomenarten, sowie auch die Spirillen, vor allem die der Lues, durch eine analoge Behandlung im Menschen- und Tierkörper vernichtet werden können.

2. Klapp und Dönitz, Berlin: **Ueber Chirosoter.**

Um die Bakterien der Haut durch eine undurchlässige Schicht zurückzuhalten, schlagen Verff. vor, nicht eine Schicht auf der Haut, sondern gewissermaßen in ihr zu bilden. Die nach dem Desinfizieren übrigbleibenden Keime sollen dadurch unschädlich gemacht werden, daß sie in den Schlupfwinkeln der Haut selbst gewissermaßen festgeleimt werden, indem die Haut mit einer geeigneten Masse imprägniert wird. Der Vorgang läßt sich vergleichen mit dem Einbetten eines Gewebsstückes für histologische Zwecke in Paraffin. Ein für diesen Zweck geeignetes Mittel muß unlöslich in den Körpersäften, im Blut, Eiter, Aszites, Fruchtwasser etc. sein; es muß von der Haut gut vertragen werden und schließlich lange Zeit in ihr haften. Am besten entspricht diesen Anforderungen das Wachs, das durch geringen Zusatz, z. B. von flüssigen Harzen, hinreichend geschmeidig gemacht werden kann. Als Lösungsmittel an Stelle des Aethers empfiehlt sich gereinigter Tetrachlorkohlenstoff, der billiger und nicht feuergefährlich ist. Durch entsprechende Mischung und Lösung der besprochenen Substanzen wird von der Firma Krewel-Köln ein Präparat hergestellt, das unter dem Namen „Chirosoter“ in den Handel kommt. Die Lösung wird auf die Hände und das Operationsfeld aufgesprayt, jedoch nur soviel, daß die Haut feucht, aber nicht naß wird; keinesfalls darf die Lösung vom Operationsfeld abfließen und in Hautfalten geraten, da sie hier, am Verdunsten gehindert, Reizwirkungen verursachen kann. Am besten wird, mit kurzer Pause, zweimal aufgesprayt, was in einer Minute geschehen kann. Die nach der Verdunstung zurückbleibende Wachsimprägnation beeinträchtigt Gefühl und Geschicklichkeit in keiner Weise. Auf den gewachsten Flächen läuft Wasser, ohne zu nässen, wie auf Oelpapier ab; ebensowenig bleiben Eiter und dergleichen an der Hand haften. Vor der Anwendung des Chirosoter muß die Haut möglichst trocken gemacht werden; am besten eignet sich als vorbereitende Desinfektion die Spiritusseifen- oder die Heißwasser-Sublimat-Alkohol-Methode. Bakteriologische Prüfungen ergaben, daß durch Anwendung des Chirosoter die Zahl der bisher unvermeidlichen Hautkeime zum größten Teil unschädlich gemacht werden kann; eine völlige Keimfreiheit ist nicht zu erreichen, schon deswegen nicht, weil die Wachsimprägnation für den Schweiß durchgängig ist und durchgängig sein muß. Die Imprägnation ist sehr haltbar; durch längeres Manipulieren leidet sie nur etwas in den oberflächlichen Schichten; ausgiebiges Waschen mit Wasser und Seife entfernt das Wachs nicht aus der Tiefe der Haut. Bei täglichem Gebrauch des Chirosoter bleibt die Hand dauernd gewachst; auf einer solchen Hand haften Eiter und andere infektiöse Flüssigkeiten nur oberflächlich, so daß sie durch Waschen leicht beseitigt werden können. Was die praktischen Resultate angeht, so haben Verff. bei einer großen Reihe von Operationen, die meist poliklinisch ausgeführt wurden, günstige Erfahrungen gemacht, wenn Hände und Operationsfeld mit Chirosoter besprengt wurden; da in der Poliklinik unvermeidlich aseptische und septische Operationen durcheinander gemacht werden müssen, sind die hier gemachten Erfahrungen besonders beweiskräftig. Mit sehr zufriedenstellendem Erfolge wurde dann noch Chirosoter bei einer Reihe von Fällen frischer Verletzungen, wie Sehnendurchschneidungen, angewandt, indem von allem Waschen und Desinfizieren der Umgebung abgesehen wurde.

3. Heile, Wiesbaden: **Neues über Aetiologie und Behandlung der postoperativen Darmstörungen.**

Bei der Nachbehandlung von chirurgischen Magendarmkranken treten gelegentlich unstillbare Durchfälle ein. Die Diarrhöen überraschen den behandelnden Arzt, beginnen scheinbar ohne Grund am sechsten Tag und später bei normalem Wundverlauf, trotzen der kräftigsten antidiarrhoischen Behandlung und führen zum Teil unter dem Bilde des Komas zum Tode. Verf. sieht den eigentlichen Grund für die Entstehung dieses enterogenen Komas in der Alkaliarmut des Körpers, die bei den zahlreichen Fällen von inoperablem Karzinom etc. sichtlich in der Einwirkung der Neubildung mit zu sehen ist, die aber auch scheinbar erworben werden kann von geeigneten, empfindlichen Individuen durch mehr oder weniger lange Unterernährung. Einen objektiven Anhalt für die Widerstandsunfähigkeit solcher Menschen gegen größeren Alkaliverlust im Darm findet man in vielen Fällen in dem Auftreten von Azetessigsäure resp. Azeton im Urin. Wenn bei diesen Kranken entweder durch den Reiz von vergärtem oder hyperazidem Mageninhalt oder schon allein durch die abnorme Einwirkung der nicht durch den Pylorus regulierten Speiseabsonderung des Magens in den Darm dieser dauernd gereizt wird, resp. wenn die Säurezersetzungsprodukte im Darm abnorm große Alkaliabsonderung des Dünndarms länger dauernd anregen, so versagt der Organismus dieser Individuen, der sowieso schon mit Alkaliunterbilanz arbeiten muß. Kann der Darm nicht genügend Alkali zum Neutralisieren der Säureprodukte abgeben, so reizen diese die Darmschleimhäute und führen zum Katarrh, der umso schlimmer wird, je mehr der Körper Darmsäfte durch die katarrhalische Absonderung verliert, und je mehr er dadurch nicht nur Alkali überhaupt verliert, sondern auch in umso größere Unterernährung er kommt. Durch künstliche Zufuhr von Alkali von oben und durch antidiarrhoische Behandlung wird man zwar gelegentlich den schweren Vergiftungsanfall beseitigen können; viel wichtiger aber



erscheint es, prophylaktisch den Organismus dieser geschwächten Individuen durch möglichst reichliche Kohlehydraternährung und durch künstliche Alkalizufuhr zu unterstützen. Bei allen Kranken mit chronischer Unterernährung wird deshalb nicht nur die Anamnese zu beachten sein, insbesondere, ob vielleicht früher schon eine Neigung zu Durchfällen vorhanden war, sondern vor allem der Urin auf Diazeturie und Azetonurie zu prüfen sein.

4. Kaehler, Straßburg: **Drei chirurgisch behandelte Fälle von typhöser Darmperforation und Perforationsperitonitis.**

Alle drei Fälle betrafen jugendliche Individuen, bei denen die Perforation im Typhusrezidiv, am achten resp. am zehnten Tage, also verhältnismäßig früh, eintrat. Bezüglich der Erkennung der stattgehabten Perforation, für die als markantestes Symptom der heftige, plötzlichst einsetzende Schmerz angegeben wird, war der eine Fall, ein schwerer Typhus, besonders lehrreich. Der Leib war schon seit längerer Zeit in mäßigem Grade aufgetrieben, da setzte Blutabgang mit den Fäzes verbunden mit Brechneigung ein, und am Nachmittag des Tages ein plötzlicher intensiver Schmerz in der Ileokoekalgegend mit nachfolgendem Hinaufschnellen des Pulses. Bei der kaum eine Stunde später vorgenommenen Laparotomie wurden die Darmschlingen schon in weitem Umfange gerötet und injiziert und teilweise mit fibrinösen Auflagerungen versehen gefunden und zwei Perforationen entdeckt, von denen wohl die eine den Schmerzanfall ausgelöst hatte, während die andere, die die peritonealen Reizerscheinungen verursacht, ohne einen solchen verlaufen war. Die bretthartc Spannung der Bauchmuskeln, die „défense musculaire", fehlte in allen drei Fällen. Während zwei zum Exitus kamen, konnte der dritte durch die Operation gerettet werden. Die Diagnose „typhöse Darmperforation" muß immer eine Indikation zur Operation geben.

5. Weber, Göttingen: **Fortschritte in der Diagnostik der Nervenkrankheiten.**

(Schluß aus Nr. 33.)

Die Bedeutung ätiologischer Fragen für die Diagnostik hat eine gewisse Einschränkung erfahren, nachdem man erkannt hat, daß beim Zustandekommen der meisten Krankheitsbilder eine Vielheit ätiologischer Momente in Betracht kommt. Von den „exogenen" Krankheitsursachen spielt die wichtigste, die mechanische Einwirkung, das Trauma, häufig nur die Rolle eines auslösenden Momentes, das auf dem Boden einer von vornherein vorhandenen Prädisposition mannigfaltige nervöse Krankheitsbilder hervorruft. Von Bedeutung für die Diagnostik ist von den neueren theoretischen Aufstellungen über die Funktion und den Stoffwechsel im Nervensystem vornehmlich die Aufbrauchhypothese Edingers. Wichtiger als die exogenen Schädlichkeiten sind die Momente, die als „degenerative Anlage", als „endogene Prädisposition" charakterisiert worden sind. Mit der Scheidung der Nervenkrankheiten in die Gruppen der organischen und funktionellen Erkrankungen müssen alle diagnostischen Erwägungen rechnen, wenn auch erkannt ist, daß die wenigsten klinischen Symptome, an und für sich genommen, als organisch oder funktionell angesprochen werden können. Die funktionelle Neurose stellt eine nutritive, teils vorübergehende, teils dauernde Veränderung im Stoffwechselgleichgewicht der Nervensubstanz dar, während es sich bei der organischen Erkrankung um eine so weitgehende Schädigung der Nervensubstanz, insbesondere der Nervenzelle handelt, daß die Funktion völlig ausfällt, und daß wenigstens in den Endausgängen eine irreparable Veränderung der Zelle vorliegt. Die klinischen Erscheinungen der organischen Erkrankung, die „organischen Nervensymptome", kennzeichnen sich also durch den Ausfall der Funktion, durch große Konstanz und geringe Variabilität, durch ihren herdförmigen Charakter und durch die Irreparabilität, wenn auch nicht alle diese Kennzeichen in jedem einzelnen Falle sich finden. Von den beiden wichtigsten Theorien über Aufbau und Gliederung des Nervensystems, der Neuronen- und Neurofibrillenlehre, entspricht die erstere am besten dem praktischen Bedürfnisse der klinischen Diagnostik, die an der Anschauung festhält, daß die Neurone, d. h. Nervenzelle mit zugehöriger Nervenfaser und Endapparat, trophische und funktionelle Einheiten bilden, die, für sich relativ selbständig, untereinander in enger gesetzmäßiger Verbindung stehen.

Die spezielle Diagnose eines neurologischen Falles hat drei Punkte zu berücksichtigen: die Feststellung der einzelnen Symptome, die Bestimmung, in welchen Teil des Nervensystems der Sitz der Erkrankung zu verlegen ist, und die Einreihung unter ein bestimmtes Krankheitsbild. Was die Diagnostik der Symptome betrifft, so sind für die Kenntnis der verschiedenen Lähmungsformen besonders die Ergebnisse der Neuronenlehre von Bedeutung gewesen. Es wurden unterschieden die rein funktionellen und organischen Lähmungen, die zentralen oder spastischen und die peripheren oder schlaffen. Eine Reihe von besonderen Formen der Muskelatrophien, die teilweise geschlossene Krankheitsbilder darstellen, sind gefunden worden. Die als Ataxie bezeichnete Koordinationsstörung kann durch Erkrankungen in allen Abschnitten des zentralen und peripherischen Nervensystems bedingt sein. Zwischen den einzelnen Formen der zentralen und peripherischen Ataxie ergab die Beobachtung feinere, für die Lokalisation charakteristische Unterschiede, durch die am deutlichsten die Kleinhirnataxie gekennzeichnet ist. Neben oder über der Ataxie steht eine in jüngerer Zeit studierte Bewegungsstörung, die Apraxie, bei der es sich um einen Ausfall oder eine mangelhafte Ordnung der Bewegungsvorstellungen handelt. Das wichtigste motorische Reizsymptom, die Krämpfe, ist in seiner Genese und seinen Erscheinungsformen genau studiert; als Ausgangspunkt der nach einem gewissen Rhythmus ablaufenden Krämpfe ist die Großhirnrinde zu bezeichnen; damit ist aber die diagnostische Bedeutung für die Grunderkrankung noch nicht festgelegt, da bei allen möglichen organischen und funktionellen Nervenerkrankungen kortikale Krämpfe auftreten können. Auch für die übrigen motorischen Reizerscheinungen sind charakteristische Unterschiede zwischen den einzelnen Formen, Zittererscheinungen, athetotische und choreatische Bewegungen, Tiks etc., gefunden worden. Für die wichtigen Störungen der Reflexerregbarkeit hat die Neurontheorie die Grundlage des Verständnisses, die Kenntnis ihrer Bahnen, der sogenannten Reflexbögen gegeben; die praktisch wichtigsten Reflexe sind der Patellar-, Achillessehnenreflex, Haut- und Periostreflexe der oberen Extremität, der Kremaster- und Bauchdeckenreflex und, als Erkennungszeichen einer organischen Erkrankung der Pyramydenbahn in ihrem ganzen Verlaufe, das Babinskische Phänomen. Von den Pupillenstörungen ist die reflektorische oder Lichtstarre als beinahe einwandfreies Zeichen von Tabes und Paralyse von größter Bedeutung, während die absolute Pupillenstarre nur auf das Vorhandensein organischer Krankheitsprozesse hinweist. Das Studium der Sensibilitätsstörungen hat zahlreiche neue Tatsachen ergeben; der Gefühlssinn umfaßt eine Reihe von Einzelqualitäten, deren Trennung durch pathologische Prozesse möglich wird. Wichtig ist die Unterscheidung der Oberflächen- und Tiefensensibilität; die erstere umfaßt Eindrücke der Spannung und Berührung der Haut, Schmerz- und Temperaturempfindung; bei der letzteren werden die aus Spannung und Verschiebung der Faszien, des Periosts, der Sehnen- und Gelenkflächen entstehenden Merkmale in mannigfacher Weise zu Gefühlseindrücken verarbeitet, die als Raum- und Ortssinn, Muskelsinn, stereognostischer Sinn, Knochensensibilität oder Vibrationsgefühl unterschieden werden. Besondere Beachtung haben schließlich die vasomotorischen und trophischen Symptome der Nervenkrankheiten gefunden, d. h. mannigfaltige Störungen in der Blutzirkulation und -versorgung, in der Ernährung und den Wachstumsverhältnissen umschriebener Bezirke der Haut, des Unterhautzellgewebes, einzelner Organe und Organteile. Als wesentliches Hilfsmittel beim Nachweise organischer Hirn- und Rückenmarkserkrankungen hat sich die Lumbalpunktion erwiesen, wobei Druckhöhe des ausströmenden Liquor, sein Gehalt an zellulären und bazillären Beimischungen maßgebend ist.

Für die Lokaldiagnostik wichtig ist die Unterscheidung der direkten (Lokal- oder Herdsymptome) von den Nachbar- und den Fernsymptomen. Den pathogenetischen Zusammenhang der schon länger bekannten Allgemeinsymptome, Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Veränderungen der Zirkulation, Respiration und Temperatur, Benommenheit etc., mit den intrakraniellen Drucksteigerungen, haben erst neuere Untersuchungen festgelegt. Für die Diagnose einer herdförmigen Erkrankung bestimmter Gehirnabschnitte ist die Entwicklung der Hirnpathologie und topographischen Anatomie des Gehirns besonders förderlich gewesen; sie hat

gelehrt, das Großhirn als eine Kombination eines Projektions- und Assoziationsorgans aufzufassen. Eine Reihe von topographisch scharf umschriebenen Zentren (Rindenfelder) und die Symptome, welche durch Ausfall oder Störungen ihrer Funktion hervorgerufen werden, sind genauer analysiert, so die motorische Zentralzone, die optischen und akustischen Rindenfelder, die Funktion vieler subkortikaler Zentren, die Bedeutung des Kleinhirns als eines Organs, welches Bewegung und Orientierung im Raum reguliert; dadurch ist die Lokaldiagnose der Erkrankungen einzelner Lappen oder selbst Windungen des Großhirns, bestimmter Abschnitte des Hirnstammes und selbst der rechten oder linken Kleinhirnhemisphäre möglich geworden. Bei anderen Erkrankungen, die früher auf eine herdförmige Störung einzelner Rindenprojektionsfelder zurückgeführt wurden, hat sich gezeigt, daß es sich um Mitbeteiligung des Assoziationsorgans handelt, die nur unter Berücksichtigung psychischer Vorgänge verständlich wird. Vorbildlich ist hier die Aphasielehre geworden. Wie von dieser, so gilt auch von der Apraxie, Schreib- und Lesestörung, den ähnlichen Störungen auf dem Gebiete der Musik, der Tastlähmung, Seelenblindheit, daß diese Störungen mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine organische Hirnerkrankung hinweisen, daß eine lokaldiagnostische Bedeutung im Sinne der ausschließlichen Erkrankung einer umschriebenen Stelle des Gehirns ihnen aber nur zukommt, wenn es sich um einfachere, sehr typische und lange Zeit in der gleichen Form bestehen bleibende Störungen handelt.

Bezüglich der Diagnostik der Krankheitsbilder ist von wesentlicher Bedeutung, daß zu den alten Hauptgruppen der funktionellen und organischen Erkrankungen die vasomotorischen und trophischen Neurosen hinzugekommen sind (Basedowsche Krankheit, intermittierendes Hinken). Bei der Hysterie hat der Nachweis einzelner Stigmata an Gewicht verloren gegenüber der Feststellung der Abnormität psychischer Reaktionen, der leichten Affektbestimmbarkeit, der Stabilität der Vorstellungen, der Suggestibilität. Auf dem Gebiete der Neurasthenie sind namentlich für die endogene Nervosität in den Zeichen degenerativer Anlage diagnostische Merkmale gegeben worden. Zur endogenen Nervosität ist auch der größte Teil der traumatischen Neurosen zu rechnen, indem das Trauma meist nur ein auslösendes Moment ist, während der maßgebende, das Krankheitsbild bestimmende Faktor die endogene Grundlage ist. Von den organischen Nervenkrankheiten sind es namentlich die Meningitiden und Hirntumoren, in deren Diagnostik die größten Fortschritte gemacht worden sind.

6. Wederhake, Düsseldorf: **Wie vermeidet man sicher das Zurücklassen von Kompressen bei Operationen in der Bauchhöhle?**

Verf. empfiehlt dazu den Gebrauch einer einzigen großen, vier- oder achtzipfligen Kompresse, die man herstellt, indem man in ein großes Stück Verbandmull von quadratischer Form von der Mitte der Seite resp. von den Ecken nicht durchgehende Schnitte macht.

7. Müller: **Ueber den derzeitigen Stand und die Aussichten der Aktinotherapie.**

Auf Grund von an über 500 Fällen gewonnenen Erfahrungen bespricht Verf. die Indikationsgebiete der Lichtbehandlung (Finsenlicht, Quarzwasserlampe, Röntgentherapie) und schildert kurz die bei den verschiedenen Hautaffektionen erzielten oder zu erwartenden Erfolge.

8. Lissauer, Werden: **Versuche mit Thoms „Ptyophagon" als Beitrag zur Sputumhygiene.**

(Schluß aus Nr. 33.)

Ptyophagon besteht aus einem Kresolpräparat, dem Natronlauge zugesetzt ist; unter Einwirkung der Natronlauge soll eine Verflüssigung und Aufschließung des Sputums durch die Umwandlung der Albuminstoffe und des Mucins in lösliche Natronalbuminate und die Verseifung der Fettbestandteile erfolgen; außerdem soll die Natronlauge die desinfizierende Kraft des Kresols noch unterstützen und mechanisch reinigend wirken durch die zäh-gelatinöse Beschaffenheit des ausgießbar gewordenen, nicht mehr haftenden Schleims. Als Geruchskorrigens ist Lavendelöl zugesetzt. Verf. verwandte bei seinen Versuchen die von der Firma Stricker-Köln hergestellten Tabletten, deren Gewicht 3,5 bezw. 7,8 g beträgt; sie sind bräunlich-gelb, von eigenartig stechendem, aber beim Gebrauch gut zu ertragenden Geruch, lösen sich leicht in 1 bis 3 Minuten in Leitungswasser. Lösung und Sputumquantum sollen im Verhältnis von 10 : 1 stehen. Das Ergebnis seiner Versuche faßt Verf. dahin zusammen, daß das Ptyophagon als unzureichend für die Desinfektion bezeichnet werden muß, während es für Sputumauflösung und Erhöhung der Ausgießbarkeit auch jetzt schon Dienste leisten kann, ohne allerdings infolge bestehender Mängel, speziell der erforderlichen großen Menge an Auffangflüssigkeit, bereits für die Praxis geeignet zu sein. Jedenfalls erscheint das Prinzip des Präparates ein durchaus verständiges, und nach genügender technischer Ausreifung des Planes dürfte sicherlich ein für die Praxis durchaus erwünschtes Mittel geboten werden.

9. Fischer, Karlsruhe: **Staatliche und private Mutterschaftsversicherung.**

(Fortsetzung aus Nr. 33.)

Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 34. 1907.

1. Hölker, Berlin: **Ueber sporadische Meningitis cerebrospinalis epidemica und ihre diagnostische Abgrenzung von andern meningealen Erkrankungen.**

Während in Epidemiezeiten die Diagnose epidemische Genickstarre sehr schnell genannt wird, wird bei nur vereinzelt eintretenden Genickstarrefällen erst der ganze Symptomenkomplex im Laufe der klinischen Beobachtung abgewartet, bis man sich zu dieser Diagnose entschließt. In den letzten 1 ½ Jahren kamen in der II. medicinischen Klinik der Charité 15 Fälle in Zugang, die gleich bei der Aufnahme oder im Verlaufe der Erkrankung das mehr oder weniger ausgesprochene klinische Bild einer Genickstarreerkrankung boten. Bei drei von diesen Kranken konnte schon am ersten Tage durch die Untersuchung der Lumbalflüssigkeit nachgewiesen werden, daß eine rein eitrige Meningitis bestand, bei einem vierten Falle fanden sich am Aufnahmetage Tuberkelbazillen im Punktat. Hier konnte also von vornherein die Diagnose „epidemische Genickstarre" ausgeschaltet werden. Zwei weitere Fälle ergaben durch Untersuchung der Lumbalflüssigkeit am dritten Tage der Behandlung typische Meningokokken. Größere Schwierigkeiten der Diagnose boten die verbleibenden neun Fälle. Zwei dieser Erkrankungen erwiesen sich im Laufe der Behandlung, einmal Ende der zweiten und einmal erst Ende der fünften Woche, als echte epidemische Genickstarre, nachdem anfangs zweifelhafte Diplokokken im Nasen-Rachenschleim resp. in der Lumbalflüssigkeit nachgewiesen worden waren. Bei einem weiteren Falle mit Diplokokkenbefund im Rückenmarkskanal ergab die Sektion eine Meningitis purulenta tuberkulosa. Bei der letzten Gruppe von sechs Fällen bestand während der Behandlung zeitweise der Verdacht auf epidemische Genickstarre; die Lumbalpunktionen ergaben aber stets in Bezug auf Mikroorganismen einen negativen Befund; in einem der Fälle wurde schließlich Syphilis als Grund der meningealen Reizung festgestellt, bei den übrigen handelte es sich nach dem Sektionsergebnis einmal um Tumor cerebri, einmal um hämorrhagische Diathese mit Gehirnblutungen, einmal um eitrige und zweimal um tuberkulöse Meningitis. So konnte bei den 15 Fällen nur sechsmal auf Grund des bakteriologischen Befundes im Laufe der ersten Behandlungswoche eine bestimmte Diagnose gestellt werden. Bei den vier echten Genickstarreerkrankungen fand sich der Meningococcus intracellularis; einmal allerdings erst in der fünften Woche; in diesem Falle war schon vorher der Komplementbindungsversuch positiv ausgefallen. Bei dem als Lues sich erweisenden Falle war die angestellte Bindung auf Meningokokkenantigen negativ gewesen. Das neue Verfahren scheint danach, wenigstens bei positivem Ausfall zur Abgrenzung und Differenzierung zweifelhafter Genickstarrefälle von Wert zu sein. Die Eindeutigkeit einer Lymphozytose im Liquor cerebrospinalis für die Diagnose der syphilitischen bezw. parasyphilitischen Affektionen der Meningen und für die tuberkulösen Meningitiden konnte Verf. nicht bestätigen.

2. Benjamin und Sluka, Wien: **Ueber eine chronische, mit Ikterus einhergehende Erkrankung des Blutes.**



Verff. beobachteten die zuerst von Minkowski beschriebene Affektion bei drei Gliedern einer Familie — Großvater, Vater, Kind. Gemeinsam war allen der bei Großvater und Vater intensivere, beim Kinde leichtere Ikterus mit seinen Begleiterscheinungen: dem Auftreten von Urobilin und Urobilinogen im Harn, dem Fehlen von Gallenfarbstoff und Hämotoporphyrin in diesem, den cholischen Stühlen und dem ikterischen Blutserum; gemeinsam war ferner die Chronizität, die von keinen Beschwerden im Bereiche des Magendarmkanals begleitet wird, das Fehlen von kolikartigen Schmerzen in der Lebergegend und das im wesentlichen ungestörte Allgemeinbefinden. Weitgehende Analogien bot auch das Blutbild; die Zahl der Roten ist bedeutend herabgesetzt, der Hämoglobingehalt der einzelnen Erythrozyten erscheint sehr übernormal, die Größe der Erythrozyten differiert erheblich; auch Poikilozytose ist zu sehen; alle diese Erscheinungen sind beim Kinde am deutlichsten ausgesprochen; das prägt sich auch darin aus, daß unreife Elemente, kernhaltige Rote, teils Normo-, teils Megaloblasten, beim Kinde in größter Menge, beim Vater weniger, beim Großvater gar nicht ausgeschwemmt werden. Aehnlich verhalten sich die Leukozyten; bei ziemlich erheblicher Leukopenie in allen drei Fällen finden sich bei sonst annähernd gleichem Blutbild beim Kind 7%, beim Vater 5%, beim Großvater 1% Myelozyten. Neben den Analogien der drei Krankheitsbilder bestehen nun auch in wesentlichen Punkten Differenzen. Abgesehen von einer Leberschwellung, die bei Kind und Großvater in geringem Grade besteht, weist der Krankheitsverlauf Unterschiede auf. Am schwersten wird das Kind von seinem Leiden betroffen; der Vater macht dem ärztlichen Blick den Eindruck eines Kranken, fühlt sich aber selbst stets wohl und erträgt mühelos die größten Strapazen; der Großvater ist zum Bewußtsein seines Leidens erst durch die Krankheit der andern gekommen. Die Verschiedenheit der Intensität der Erkrankung ist vielleicht damit in Zusammenhang zu bringen, daß bei den jüngeren Generationen eine kongenitale Störung vorliegt, die schon in frühester Kindheit bemerkenswerte objektive Störungen hervorrief, während beim Großvater der Ikterus erst im frühen Mannesalter einsetzte. Eine Analogie zu diesen Befunden gibt der Zustand der Milz; das Organ war beim Kinde schon im dritten Monat, beim Vater im sechsten Lebensjahr zu gewaltigen Dimensionen angeschwollen; beim Großvater ist überhaupt keine Milzschwellung aufgetreten. Was die Natur des ganzen Krankheitsbildes betrifft, so glauben Verff. den Symptomenkomplex in allen drei Fällen mit dem hämotopoetischen System in Beziehung bringen zu sollen. Wahrscheinlich handelt es sich um einen erhöhten Zerfall von Blutelementen durch irgend eine unbekannte Noxe; daneben dürfte wohl noch eine Bildungsanomalie des blutbildenden Systems vorhanden sein. Der Ikterus dürfte dann als Folge des gesteigerten Zugrundegehens der Erythrozyten zu betrachten sein, und ebenso der Milztumor mit dem Zerfall der Roten in Zusammenhang zu bringen sein.

3. Proskauer, Berlin: **Ueber die Anwendung von Guajakolpräparaten bei anämischen Zuständen (Sorisin-Ferrarsenat und Eisen-Sorisin).**

4. Rehfisch, Berlin: **Ueber die Ursprungsstelle der Ventrikelkontraktion.** (Ein Beitrag zur Lehre von der Reizleitung im Herzen.)

Daß der Bewegungsreiz vom Vorhof zur Kammer auf dem Wege des Hisschen Atrioventrikularbündels gelangt, kann wohl als gesicherte Tatsache gelten. Die daraus gegebene Annahme, daß der Ventrikel sich an der Stelle zuerst zu kontrahieren beginnen würde, die dem Vorhof am nächsten liegt, d. h. an seiner Basis, steht nicht im Einklang mit den Ergebnissen mancher experimentellen Untersuchungen. Verf. selbst bringt eine Reihe neuer Tierversuche bei, die zeigen, daß der Gipfel der Basiskontraktionskurve später erscheint als derjenige der Herzspitze, womit die Annahme gerechtfertigt wird, daß auch der Beginn der Systole der Basis später einsetzt als der der Spitze, daß also die Herzspitze derjenige Teil des Ventrikels ist, der auf dem Wege der Verbindungsfasern zuerst vom Vorhof den Impuls zur Kontraktion erhält. Neuere anatomische Untersuchungen geben dieser Anschauung eine weitere Stütze. Tawara hat nachgewiesen, daß das Atrioventrikularbündel isoliert an der Innenwand des Ventrikels herabzieht und mit seinen Hauptzügen in den Papillarmuskel eintritt, um von da erst rückläufig mit der Muskulatur der Ventrikelwand in Kontakt zu treten. Daraus folgt, daß der Papillarmuskel den Reiz zur Kontraktion zunächst empfängt; da aber die Muskelfaserzüge, aus denen der Papillarmuskel sich zusammensetzt, nicht nur aus der Herzspitze kommen, sondern außerdem sowohl aus der Ventrikelwand als aus dem Septum, so wird bei Kontraktion des Papillarmuskels nicht nur die Spitze des Herzens sensu strictiori, sondern mit ihr gleichzeitig auch ein wesentlicher Teil des gesamten unteren Herzabschnittes in Bewegung geraten.

5. Brand, Frankfurt: **Ueber das Verhalten der Komplemente bei der Dialyse.**

Die Ergebnisse der Versuche werden folgendermaßen zusammengefaßt: 1. Bei der Dialyse des Meerschweinchenserums zerfällt das Komplement, wie Ferrata entdeckt hat, in zwei Komponenten, von denen die eine im Sediment, die andere im Abguß enthalten ist. 2. Bei isolierter Einwirkung einer der beiden Kompenenten auf ambozeptorbeladene Blutzellen wird nur die im Sediment befindliche gebunden. Die Komponente des Sediments wird daher als „Mittelstück“, diejenige des Abgusses als Endstück bezeichnet. 3. Beim Aufnehmen des Sediments in physiologischer Kochsalzlösung verliert das Mittelstück rasch die Fähigkeit, zusammen mit dem Endstück als Komplement zu wirken. Im Wasser aufgeschwemmt dagegen bleibt das Sediment aktiv. 4. Das durch Aufenthalt in physiologischer Kochsalzlösung zur direkten kombinierten Wirkung mit dem Endstück untauglich gewordene Mittelstück wird von den ambozeptorbeladenen Blutzellen noch gebunden und erweist sich dann bei nachträglichem Zusatz des Endstücks aktiv. 5. Mittelstück und Endstück erwiesen sich im Gegensatz zu Angaben Ferratas beim Erhitzen auf 55° ohne Unterschied thermolabil.

6. Meyer, Pankow: **Zur Kenntnis des Fußrückenreflexes.**

Bei Beklopfen des Fußrückens erfolgt beim gesunden Menschen und in Fällen funktioneller Nervenerkrankung eine Dorsalflexion der zweiten bis fünften Zehe, eine Plantarflexion bei bestimmten organischen Erkrankungen des Nervensystems. Die reflektorische Plantarflexion der Zehen ist fast stets vom Babinskischen Reflex begleitet. Indessen kommen Ausnahmen vor. In Ergänzung schon früher von Mendel mitgeteilter Fälle von konstantem plantarem Mendelschen Reflex, in denen der Babinskische Reflex entweder gar nicht oder nur undeutlich gefunden wurde oder sich erst nach längerer Zeit entwickelte, berichtet Verf. über weitere derartige Beobachtungen. Danach wurde im ganzen der Fußrückenreflex bei negativem Babinski in 28 Fällen gefunden, sechsmal bei Myelitis, viermal bei multipler Sklerose, achtmal bei Hemiplegie, viermal bei Ponsaffektionen, zweimal bei zerebraler Kinderlähmung, einmal bei Tumor medullae spinalis, zweimal bei Brown-Séquardschem Symptomenkomplex, zweimal bei progressiver Paralyse. Gerade in den Fällen, in denen bei fehlendem Babinski der Fußrückenreflex plantarwärts erfolgt, hat der Mendelsche Reflex besonderen diagnostischen Wert, sowohl als differentialdiagnostisches Zeichen einer organischen Krankheit gegenüber einer funktionellen, wie auch als Frühsymptom ersterer, bezw. als Vorläufer des Babinskischen Reflexes.

7. Glücksmann, Berlin: **Kongestive Zustände in der weiblichen Genitalsphäre und Appendizitis.**

Verf. berichtet über zwei Fälle, bei denen der Beginn einer akuten Appendizitis mit dem ersten Tage der physiologisch auftretenden Menstruation zusammentraf. Bei der Geneigtheit der Frauen und zum Teil auch der Aerzte, alle möglichen, mit der Menstruation zeitlich zusammentreffenden Krankheitserscheinungen ohne weiteres auf das Konto der letzteren zu setzen, sind solche Fälle von großer Bedeutung. Bei irgendwie auf beginnende Appendizitis verdächtiger Anamnese sollte auch der menstruierenden Frau im Interesse der Frühdiagnose die körperliche Untersuchung nicht erlassen werden. Bei dem einen Falle ergab die am Tage nach Einsetzen der ersten Erscheinungen vorgenommene Operation einen gangränösen, perforierten Prozessus mit Peritonitis, und nach anfänglicher Besserung trat unter den Erscheinungen der Darmlähmung der Exitus ein. Beim zweiten Falle setzte die

Appendizitis nach Abheilung einer phlegmonösen Angina ein; die sofort vorgenommene Operation, zu der der Chirurg anfangs in Rücksicht auf die eben vollständig ausgebildete Menstruation sich nicht entschließen wollte, ergab ein Empyem des Wurmfortsatzes mit beginnender sero-fibrinöser Peri-Appendizitis.

8. Barth, Berlin: **Ueber funktionelle Stimmstörungen und ihre Behandlung.**

Der Typus der funktionellen Stimmstörung ist die hysterische Aphonie. Der Kehlkopf ist hierbei völlig gesund, die Stimmlippen bewegen sich respiratorisch vollkommen normal, zeigen die inspiratorische Erweiterung, die exspiratorische Verengerung, schließen sich beim Husten prompt, erzeugen sogar beim Husten Ton, und trotzdem ist die Stimme, wenigstens die willkürliche, schwer geschädigt. Die Störung kommt dadurch zu stande, daß die Fähigkeit, die Stimmlippen zum linearen Glottisspalt zu führen, nicht mehr besteht, wenigstens der willkürliche Glottisschluß zur Phonation nicht mehr von statten geht. Das Wesen dieser Erkrankungsform ist psychischen Ursprungs, die Behandlung muß eine psychische sein. Eine andere Form funktioneller Stimmstörung ist die spastische Aphonie; auch hier anatomisch ganz gesunder Kehlkopf; im Gegensatz zur ersten Form, bei der die Stimmritze zu weit klafft, schießt hier der Schluß der Stimmbänder über das Ziel hinaus, er wird zu fest, als daß die Stimmlippen noch in normale Schwingungen versetzt werden und den Ton erzeugen können. Hysterie ist nicht immer die Grundlage bei diesem Leiden, ein normales Nervensystem aber findet sich niemals; meist liegt Neurasthenie zu Grunde. Die Behandlung des Leidens, das meist Berufsredner und Berufssprecher trifft, muß eine funktionelle sein. Außer Regulierung der Atmung muß der Kranke angelernt werden, die Phonation, die er früher unbewußt richtig machte, nun bewußt richtig zu machen. Eine dritte Form funktioneller Stimmstörung ist die Aphonie, die sich zuweilen nach Influenza, wenn schwerere Laryngitiden vorangegangen sind, einstellt; hierher gehören auch die Heiserkeiten, bei welchen zwar geringe organische Veränderungen an den Stimmlippen vorhanden sind (leichte Schwellungen, Errosionen, kleine Tumoren), bei denen aber die Schwere der Störung in keinem Verhältnis zu der organischen Ursache steht. Es handelt sich da um eine autosuggerierte Aphonie: auf der Höhe der Erkrankung war die Stimmbildung nicht möglich, oder der Kranke empfindet vielleicht eine gewisse Unbequemlichkeit, einen leichten Schmerz bei der Stimmbildung und bedient sich nun dauernd der Flüstersprache, während er bei einer gewissen Anstrengung oder bei gewissem guten Willen einer normalen Stimme fähig ist. Der gute Wille muß ihm suggeriert werden. Eine vierte Form ist die sogenannte persistierende Fistelstimme. Es handelt sich meist um jüngere Männer, bei denen sich die Krankheit im Anschluß an den Stimmbruch entwickelt hat. Wahrscheinlich beruht sie auf einem Mißverhältnis zwischen dem Wachstum der Spannungsmuskeln und des Stimmmuskels; durch ein Uebergewicht der Spanner werden die Stimmbänder zu stark gespannt, woraus eine Stimme in andauernd hoher Tonlage entsteht. Therapeutisch läßt sich die Störung durch Uebung bekämpfen, indem solche Individuen angehalten werden, in tiefer Lage zu sprechen, in tiefer Lage zu intonieren. Eine weitere wichtige funktionelle Stimmstörung ist die Mogiphonie — mühsame Stimme — oder Phonasthenie. Die Stimmbildung geht hierbei in gewisser Weise normal vor sich, sie ist jedoch nicht andauernd; nach einiger Zeit tritt ein Gefühl der Schmerzhaftigkeit im Kehlkopf ein, welches das Sprechen nur unter Anstrengungen ermöglicht, oder ein krampfhaftes Gefühl, welches das Sprechen unmöglich macht. Die Phonasthenie kann bedingt werden durch eine Störung in einem der Organsysteme, die zur Stimmbildung zusammenarbeiten, Respiration, Phonation, Artikulation. Es kommen hier in Betracht unzweckmäßige Atembewegungen, Bevorzugung des klavikularen Typus gegenüber des kosto-abdominalen, unzweckmäßige Bewegungen beim Toneinsatz, Sprechen in zu hoher Stimmlage, zweckwidrige Bewegungen bei der Stimmbildung in der Weise, daß der Kehlkopf höher gezogen wird, als notwendig ist. Derartige Phonastheniker müssen lernen, in tiefer Tonlage zu sprechen, dann aber — gerade im Gesang ist das der springende Punkt des sogenannten richtigen Tonansatzes — mit ansteigender Tonhöhe den Kehlkopf nicht in die Höhe steigen, sondern heruntergehen zu lassen.

9. Laqueur: **Neuere Anschauungen über die Wirkungsweise der Hydrotherapie.**

Während man früher eine gegensätzliche Wirkung kalter und heißer Bäder in jeder Beziehung vielfach angenommen hat, haben sich diese Anschauungen erheblich geändert, und in gewissen Fällen werden heiße Bäder für ähnliche Indikationen empfohlen, wie früher die kalten Prozeduren. Als Anregungs- und Erfrischungsmittel werden die heißen Wasserbäder bei den Japanern viel angewandt; kurze heiße Tauchbäder (42° C, wenige Sekunden Dauer) haben bei Neurasthenikern rasche Besserung von Gehstörungen gebracht; bei Störungen der Herzaktion und bei Erschöpfungszuständen wird ihnen eine gute Wirkung nachgerühmt. Verständlich wird diese Wirkung nach ergographischen Versuchen, die ergaben, daß kurze heiße Bäder in weit erheblicherem Maße und regelmäßiger als entsprechende kalte Prozeduren die Leistungsfähigkeit der Muskulatur zu erhöhen imstande sind. Indiziert sind kürzere heiße Bäder weiter bei der Bronchopneumonie der Kinder, bei der epidemischen Genickstarre; weiter als Anregungsmittel des hämotopoetischen Systems bei der Chlorose; hier hat die Wärmebehandlung häufig da einen deutlichen Erfolg gebracht, wo eine Therapie mit Eisenpräparaten scheinbar vergeblich versucht war; es ist daran zu denken, daß der günstige Effekt der Bäder in erster Linie hier darauf beruht, daß die Hydrotherapie durch Besserung der Zirkulationsbedingungen die Eisenpräparate eher zur Wirkung kommen läßt. Der günstige Einfluß von Bädern mit indifferenten Temperaturen von 34 bis 37° C ist oft auf einen negativen Faktor bezogen worden, nämlich die reizabhaltende und beruhigende Eigenschaft; darauf beruht ihre ausgedehnte und erfolgreiche Verwendung bei nervöser Schlaflosigkeit, bei Erregungszuständen Geisteskranker, bei organischen Nervenleiden. Weiter haben sie sich bewährt zur Hautpflege bei Dekubitus, ausgedehnten Verbrennungen, und dann auch bei chronischer Nephritis, Zirkulationsstörungen, gichtischen und rheumatischen Affektionen. Bezüglich der letzteren dürfte die physiologische Erklärung wenigstens für die indifferenten Thermalquellen mit der Entdeckung der Radiumemanation gegeben sein. Die Wirkung bei Nephritiden wird begreiflich durch den Nachweis, daß Bäder von 34° C und ein- bis einundeinhalbstündiger Dauer die Diurese zu steigern vermögen und in erheblichem Maße die Ausscheidung des Kochsalzes erhöhen, mithin die Funktion der Niere als Ausscheidungsorgan in spezifischer und für den therapeutischen Effekt günstiger Weise beeinflussen.

Vermischtes.

Berlin. Prof. Karewski feierte am 15. d. M. das 25jährige Jubiläum seiner Tätigkeit als Leiter der Poliklinik im jüdischen Krankenhause.

Berlin. Prof. Dr. Paul Lazarus, bisher Assistent am Institut für Krebsforschung an der Charité, ist zum dirigierenden Arzt der inneren Abteilung des Marienkrankenhauses ernannt worden.

Leipzig. Eine zahlreich besuchte Vertrauensmänner-Versammlung des Aerztlichen wirtschaftlichen Verbandes hat am 17. November in Leipzig stattgefunden und es hat sich auch hier wieder eine erfreuliche Einstimmigkeit in der Taktik der Stellungnahme in den ärztlichen Fragen gezeigt.

J. Bierbach, „Reallexikon für praktische Aerzte" (Schreibtisch-Kalender), dritte bedeutend vermehrte und erweiterte Auflage, Fischer's medicin. Buchhandlung, Berlin 1908, Groß-Oktav, Preis M. 3,—, gelangt Anfang Dezember wieder zur Versendung.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Medicinische Woche

herausgegeben von

F. Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen.



R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag u. Expedition Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80. Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823

Redaktion: Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81. Dr. P Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 9. Dezember 1907. Nr. 49.

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Zur Frage der Lokalanästhesie nach der Methode von Schleich.

Von Dr. **W. W. Rosanow.**

Die lokale Anästhesie der Gewebe, welche von dem Operationsmesser angegriffen werden sollen, ist in der modernen Chirurgie von ungeheuerer Bedeutung. Viele Operationen, welche früher die allgemeine Narkose erheischten, werden jetzt unter Lokalanästhesie ausgeführt. Dies ist namentlich seit der Einführung des Kokains in die Praxis möglich geworden.

Das Alkaloid-Kokain ist bekanntlich von Niemann im Jahre 1859 aus den Blättern des Erythroxylon coca gewonnen und später von Merck und Liebreich synthetisch dargestellt worden. Seine anästhesierende Wirkung auf die sensiblen Nerven ist von Anrepom im Jahre 1879 entdeckt worden. Ferner haben sich mit dem Studium des Kokains Koller, Mosso, Charpentier, Lukaschewitsch, Santschewski, Winogradow und viele andere beschäftigt.

Danielewski hat beim Studium der Wirkung des Kokains auf niedere Tiere festgestellt, daß seine paralysierende Wirkung entweder sich auf das ganze Organ oder auf einen Teil desselben erstrecken kann. Bei schwachen Lösungen und kurzdauernder Wirkung desselben trat bei seinen Experimenten vorübergehende Lähmung, bei konzentrierten Lösungen und langwieriger Wirkung dauernde Paralyse und Tod ein.

Die unschädliche Maximaldosis des Kokains für den Menschen ist nicht genau festgestellt; während die russische Pharmakopoe die Maximaldosis mit 0,03 angibt, halten verschiedene Forscher an anderen Zahlen fest. So gestatten Mannheim, Falk, Womassy, Dumont die subkutane Einführung von Kokain bis zu 0,05, während Mosso und Reclus die subkutane Kokaindosis selbst bis zu 0,15 steigern. Auch Wreden hält die Frage der Kokain-Maximaldosis für noch ungelöst.

Daß die Dosis von 0,15 für den Organismus nicht unschädlich ist, geht deutlich aus zahlreichen schweren und leichten Vergiftungen hervor, welche bei der Anwendung der Methode von Reclus beobachtet wurden, sowie auch aus seinen Vorschlägen, die Operation stets in horizontaler Richtung (zur Vermeidung von Ohnmachtsanfällen und Krämpfen) auszuführen und den Patienten in dieser Lage mindestens eine Stunde verbleiben zu lassen. Die Dosis von 0,05 kann gleichfalls nicht als vollständig unschädlich gelten, da nicht selten der Tod auch durch geringere Quantitäten Kokain herbeigeführt wurde (Matisson, Knobe u. a.). Dieser Meinung schließen sich auch Mannheim, der ziemlich 200 Fälle von Kokain-Vergiftungen gesammelt hat, Dumont u. a. an.

In Anbetracht dieser Verhältnisse war man bestrebt, die schädliche Einwirkung des Kokains auf irgend eine Weise zu eliminieren.

In dieser Beziehung hat sich Schleich große Verdienste erworben, dem es gelungen ist, vollständige lokale Anästhesie durch die Anwendung von schwachen Kokainlösungen zu erzeugen.

Durch die an sich selbst und an seinen Assistenten ausgeführten Versuche konnte Schleich beweisen, daß man, wenn man auf irgend eine Weise ein lokales Oedem der zu operierenden Gewebe hervorruft und nun eine Spritze voll Kokainlösung von 1 : 1000 injiziert, dieselbe Anästhesie erzielen kann, wie sie bei der Anwendung von 1 bis 2 %igen Kokainlösungen beobachtet wird. Von diesen Feststellungen ausgehend, hat Schleich seine Methode der Infiltrationsanästhesie ausgearbeitet, deren Anwendung niemals irgend welche Nebenerscheinungen hervorruft, weil dem Organismus nur eine sehr geringfügige Kokain-Quantität zugeführt wird. Die Anästhesie führt Schleich eigentlich auf die ödematöse Flüssigkeit zurück und räumt dem Kokain nur eine untergeordnete Rolle ein.

Wenn man in die Haut eine gewisse Quantität destillierten Wassers einspritzt, so bildet sich eine Blase, welche nach brennendem Schmerz unempfindlich wird.

Wird ein gleicher Versuch mit 6 ‰iger Kochsalzlösung ausgeführt, so tritt weder Schmerz noch Anästhesie ein. Eine 2 ‰ige Kochsalzlösung ruft ein Gefühl von leichter Spannung hervor, nach dem vollständige Anästhesie eintritt.

Nach den Experimenten von Braun und Heinze kann man auch Anästhesie erzielen, wenn man eine Kokainlösung von 1 : 1000 in der für die Gewebe indifferenten physiologischen Kochsalzlösung (0,6 bis 0,8 %) löst.

Daß das Kokain in so schwachen Lösungen wirkt, hat auch W. J. Danielewski durch seine Untersuchungen an Aktinien bewiesen. Ihre Fühlhörner zogen sich und schrumpften in einer Kokainlösung von 1 : 5000 bis 1 : 10000 schon nach einigen Sekunden zusammen, während nach zwei Minuten die Bewegungen vollständig aufhörten.

Die Schleichsche Idee hat unter den Aerzten in der ersten Zeit wenig Sympathie gefunden. Später erlangte jedoch die Schleichsche Methode dank der energischen Ausarbeitung und Vervollkommnung, sowie dank der Popularisierung derselben in der Literatur volles Bürgerrecht in der ärztlichen Praxis. Heutzutage weist diese Frage eine sehr reiche Literatur auf. Das Schleichsche Werk „Schmerzlose Operationen" hat vier Auflagen erlebt; viele von den besten deutschen chirurgischen Kliniken, beispielsweise die Kliniken von Bergmann, Bruns, Mikulicz u. a. haben ansehnliche Arbeiten über die Infiltrationsanästhesie veröffentlicht.

In der russischen Literatur sind außer dem ausführlichen Aufsatze von Heinatz aus der Klinik von Ratimow über die Schleichsche Methode noch Aufsätze von Trofimow, Gottlieb, Filippow, A. Orlow, Misch und von einigen anderen Autoren erschienen. Im großen und ganzen ist die

Schleichsche Methode in Rußland sehr unpopulär. Diese Unpopularität der Schleichschen Methode hängt wahrscheinlich davon ab, daß die Technik derselben nicht so einfach ist, als es scheinen möchte, und solange man die Technik nicht vollständig beherrscht, kann die Anästhesie in manchen Fällen mißlingen, wie es auch mir in der ersten Zeit erging.

Ich verwende die Schleichsche Methode bereits einige Jahre und überzeuge mich immer mehr und mehr von deren Anwendbarkeit in der täglichen chirurgischen Praxis und von der vollständigen Unschädlichkeit derselben für die Kranken.

Bekanntlich hat Schleich für die Erzielung von Anästhesie drei Lösungen vorgeschlagen: eine starke, normale und schwache. Die erste Lösung enthält das Kokain in Verdünnung von 1:500, die zweite in Verdünnung von 1:1000, die dritte in einer solchen von 1:10000. Außerdem enthält jede Lösung noch eine geringe Quantität Kochsalz, Morphium und Karbolsäure.

Die konzentrierte Lösung verwendet er in denjenigen Fällen, in denen gesteigerte Empfindlichkeit der zu operierenden Teile besteht, beispielsweise bei Panaritien; die normale Lösung wendet er für die übrigen Fälle an, die schwache für langwierige Operationen, wo man bis an die Maximal-Kokaindosis herangehen muß, welche nach seiner Ansicht 0,075 beträgt. In der Folgezeit hat Schleich von dem Zusatz von Karbolsäure Abstand genommen und statt der drei Lösungen nur die eine normale Lösung anzuwenden begonnen, wobei er dieselbe, wenn es erforderlich war, durch Zusatz einer kleinen Messerspitze Kokains steigerte oder durch Verdünnung mit einer 2‰igen Kochsalzlösung schwächte.

Küster hat in den Schleichschen Lösungen das Kokain durch das unschädliche Tropokokain ersetzt, dessen Lösungen gekocht werden können, ohne daß eine Zersetzung eintritt.

Das Tropokokain oder das Benzoyl-Pseudotropin wurde von Griesel aus den Blättern der Javaischen Koka gewonnen, dann synthetisch dargestellt.

Braun und Heinze haben vorgeschlagen, für die Infiltrationsanästhesie physiologische Kochsalzlösungen (0,7 bis 0,9%) zu verwenden, in denen Beta-Eukain gelöst ist, welches das salzsaure Salz des Benzoylvinyldiacetonalkamin darstellt und hinsichtlich seiner Giftigkeit um das Vierfache schwächer ist als das Kokain (Vinci). Braun und Heinze haben einem Kaninchen 0,3 Beta-Eukain in 10%iger Lösung injiziert und dabei eine leichte, rasch vorübergehende Vergiftung beobachtet, während dieselbe Kokainlösung das Tier in einigen Minuten tötete. Daraus geht klar hervor, wie weit das Beta-Eukain unschädlicher ist als das Kokain.

Das Beta-Eukain wird folgendermaßen verordnet: Rp. Beta-Eucaini 0,1, Natrii chlorati 0,8, Aqu. destill. 100,0. MDS. zur Injektion.

Eine Lösung kann man stets vorrätig halten und vor dem Gebrauch abkochen, damit das Beta-Eukain durch das Kochen nicht zersetzt wird und seiner schmerzstillenden Eigenschaften nicht verlustig geht. Außerdem hat die entgegenkommende chemisch-pharmazeutische Industrie eine ganze Reihe von Ersatzmitteln des Kokains wie Peronin, Nirvanin, Acoin, Anästhesin, Anäson, Dionin, Stovain etc. auf den Markt geworfen.

Die Mehrzahl dieser Präparate sind, weil sie die ihnen nachgerühmten Eigenschaften nicht besitzen und mit dem Kokain nicht konkurrieren können, heutzutage von der Bildfläche verschwunden.

In der ersten Zeit habe ich die oben erwähnten drei Schleichschen Lösungen angewendet. Da es mir aber unmöglich war, diese Lösungen durch Kochen zu sterilisieren, eben weil dabei eine Zersetzung des Kokains eintrat, mußte ich bald zu der von Braun und Heinze empfohlenen Lösung, welche ich bis auf den heutigen Tag verwende, greifen.

(Fortsetzung folgt.)

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur.

Klinischer Abend vom 25. Oktober 1907.

Vorsitzender: Herr Zieler.

Vor der Tagesordnung stellt Herr Lasch einen Fall von Lichen ruber vor, der mit Teer-Sapalcol und Chrysarobin behandelt worden war.

Tagesordnung:

1. Herr Zieler demonstriert

a) vier Fälle von Pemphigus chronicus; es besteht abnorme Löslichkeit der Epidermisschicht. Man unterscheidet P. vulgaris, vegetans und foliaceus. Ursache ist unbekannt;

b) ein kleinpapulöses Exanthem der Tuberkulose. Die Effloreszenzen reagieren auf Tuberkulin. Pat. hat alte Spitzenaffektion und Halsfistel.

2. Herr Hahn: Ueber Behandlung der Stomatitis mercurialis mit Isoformpräparaten.

Isoform, das auch bei Ulcus molle gute Dienste leistet, wirkt auf Mundbakterien intensiver als Kal. chloricum. Bei der Stoma-

Feuilleton.

Die Pathologie der Bibel.

Eine medizinisch-historische Skizze von **Dr. Peters**, Goslar.

Pathologie der Bibel — das erscheint auf den ersten Blick fast als ein Oxymoron; was — fragt man sich — hat die Pathologie mit der Bibel zu tun? Nun, so absurd ist der Gedanke nicht, das Buch der Bücher auch einmal daraufhin anzusehen, was es uns über Krankheiten in alter und ältester Zeit meldet. Freilich ist für den danach Forschenden die Ausbeute an Material im Verhältnis zu dem Umfange der Schrift ganz außerordentlich gering, und die einzelnen Meldungen sind meist unzuverlässig, allgemein gehalten und schlecht verwendbar. Immerhin ist es auch für den Arzt von Interesse, kurz die Ergebnisse einer in dieser Hinsicht angestellten Bibelforschung zusammengestellt zu finden.

Beginnen wir mit den Infektionskrankheiten, so finden sich Mitteilungen, die auf solche schließen lassen, an folgenden Stellen: Um eine richtige Schwarze Pocken-Epidemie handelt es sich im 2. Buch Moses, Kap. 9, V. 10: „da fuhren auf schwarze Blattern beide, an Menschen und Vieh“; letzteres bestätigt besonders die Vermutung auf echte Variola. — Nicht so klar zu entscheiden ist die Frage, ob unter den „bösen Beulen“, mit denen nach 1. Sam. 5, V. 5, 9 und 12 die Bewohner von Asdod, Gath und Ekron geschlagen wurden, so daß ein großes Sterben entstand, Variola oder Beulenpest zu verstehen ist: doch wird man sich eher für die erstere Möglichkeit entscheiden, wenn man im 12. Vers liest, daß auch „Leute, die nicht starben, mit Beulen geschlagen wurden“, da eine Genesung bei der Beulenpest so gut wie ausgeschlossen gewesen sein dürfte. — Dagegen erzählt von einer echten Beulenpest-Epidemie das 2. Buch Sam. 24, 15, wo innerhalb drei Tagen von Dan bis Beer-Seba siebzigtausend Mann von der Pestilenz dahingerafft wurden.

Eine große Rolle im Alten wie im Neuen Testament spielt der Aussatz in seinen verschiedenen Formen. Daß unter dieser Bezeichnung nicht ausschließlich die Lepra zu verstehen ist, sondern hierin eine ganze Anzahl der verschiedensten Hautkrankheiten, Ekzeme und ähnliches einbegriffen ist, ist selbstverständlich, geht auch schon aus dem 13. Kap. des Levitikus hervor, das die verschiedenen Formen des „Aussatzes“ spezifiziert. Da finden wir in Vers 2 und 3 als charakteristisch für den Aussatz, daß „an der Haut des Fleisches ein Mal auffährt oder ausschlägt oder eiterweiß wird, daß die Haare in Weiß verwandelt sind und das Ansehen an dem Ort tiefer ist, denn die andere Haut des Fleisches“. — Davon unterschieden wird Vers 4 bis 6 der „Grind“ (Ekzema simplex) dadurch, daß wohl „etwas eiterweiß ist an der Haut, aber das Ansehen nicht



titis mercurialis unterscheidet man zwei Formen, a) Rötung der Schleimhaut, b) Ulzera an den Zahnfleischtaschen. Bei a) genügt ein Gurgelwasser und eine Kal. chloric.- oder Saloferrin-Paste; bei b) hat sich Tamponade mit 10%iger Isoformgaze in die Zahnlücken und Zahnfleischtaschen nach Spülung des Mundes vorzüglich bewährt. Auch bei aphthösen Erkrankungen ist folgende Paste von guter Wirkung: Isoform, Bolus alba ana 2,5, Mucill. 10,0, Glyzerin 20,0. Zum Einstreuen kann man Isoformpulver mit Bol. alb. ana verwenden.

3. Herr Perls: Zur Behandlung der Syphilis mit Atoxyl.

Bisher wurde Atoxyl in 20%iger Lösung (0,75 p. dosi) in subkutanen Injektionen zum Ersatz des Arsens nur gegen Symptome der Syphilis angewandt. Neißer hat es zuerst gegen das Virus selbst gebraucht. Wie aus seinen beiden letzten Mitteilungen hervorgeht, wirkt es bei Affen direkt als Schutzmittel gegen die künstliche Ueberimpfung. Doch ist es nicht ohne Gefahren. Ungünstig wirkt es auf die Augen; in einzelnen Fällen ist sogar Erblindung eingetreten; außerdem entsteht auch Gastroenteritis. Hier in der Klinik sind 15 Fälle (darunter primäre, sekundäre, tertiäre und fünf maligne Luesfälle) mit Atoxyl behandelt worden, von denen fünf als geheilt (allerdings nur einer einwandfrei günstig) bezeichnet werden können. Siebenmal traten keine Nebenerscheinungen auf, bei einem Fall war ein schwerer Kollaps. Für die Allgemeinheit ist also das Mittel noch nicht zu empfehlen.

In der Diskussion bemerkt Herr Zieler, daß nach Berichten Neißers bei der Luesbehandlung das Jod auch im Beginn besser wirke, als man bisher geglaubt habe; es wird daher auch bei sekundären Erscheinungen jetzt innerlich gegeben. Herr Chotzen hat noch nie beim Atoxylgebrauch irgend eine schwere Nebenerscheinung gesehen, obwohl er es schon sehr oft, allerdings nur bei Hautkrankheiten (wöchentlich drei Dosen à 0,2), angewandt hat.

4. Herr Weik demonstriert eine große Anzahl gut geheilter Lupusfälle, die z. T. mit Röntgenbestrahlung, z. T. mit der Finsenlampe behandelt worden waren. Ferner Lippenkarzinome und Ulcus rodens der Nase. Peritz, Breslau.

Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur.

(Med. Sektion.)

Sitzung vom 8. November 1907.

Vors.: Herr Uhthoff, Schriftf.: Herr Czerny.

Herr Rosenfeld: Ueber die Oxydationswege des Zuckers. Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie des Diabetes mellitus.

Hungertiere, die mit Floridzin vergiftet werden, bekommen Fettleber höchsten Grades; gibt man gleichzeitig Zucker, bleibt die Fettleber aus. Die Leber ist ein entgiftendes Organ und wird durch den Zucker unterstützt. Die Fettverbrennung in der Leber kann nur erfolgen, wenn Zucker anwesend ist, und zwar nur Zucker, nicht Alkohol oder Zuckersäuren. Die Fette sind das Brennmaterial, die Kohlehydrate der Zündstoff. Auch bei Fettleber nach Floridzin verschwindet das Fett nach Darreichung von Zucker per os in einem Tage. Wird der Zucker per venam oder per anum gegeben, verhindert er die Fettleber nicht. Bei diabetischen Menschen und Tieren wird Zucker per os nicht, per venam dagegen gut oxydiert; es gibt einen glykogenen und aglykogenen Weg. Bei Ausschaltung der Leber durch Unterbindung der Pfortader tritt keine Glykosurie auf; ebenso ist die Leber in überhitzten Räumen nicht glykogenbildend; die Kohlehydrate kreisen dann als aglykogene Körper im Blut und werden oxydiert.

In der Diskussion fragt Herr Czerny, ob immer der Zucker die Fettleber verhindert, z. B. bei Tuberkulose oder bei Kindern, die abmagern.

Herr Rosenfeld erwidert, daß der Antagonismus immer vorhanden ist, wo Glykogen gebildet wird. Peritz, Breslau.

Aerztlicher Verein München.

Sitzung vom 16. Oktober 1907.

Herr v. Müller spricht seinen Dank aus für eine vom Verein anläßlich der ausgeschlagenen Berliner Berufung überreichte Adresse.

1. Herr Gebele: Ueber die Biersche Hyperämie mit Demonstrationen.

G. schildert die verschiedenen Arten der Hyperämie, wie sie von Bier ausgearbeitet wurden und allgemein bekannt sind, unter Demonstration der entsprechenden Apparate. Die Erfahrungen der Münchener Chirurgischen Klinik bei Gelenkstuberkulosen sind keine guten, wohl weil bis in die letzte Zeit immer sehr lange Zeit gestaut wurde. Aber auch bei kurzdauernder Stauung sah die Klinik Abszesse eintreten, was — im Gegensatz zu Bier — als eine Verschlimmerung des Prozesses aufgefaßt wurde. Die hydropische Form der Kniegelenkstuberkulose eignet sich nicht für Stauung. Auch im fungösen Stadium der Tuberkulose des Kniegelenkes erlebt man oft Enttäuschungen. Bei der Fußgelenkstuberkulose zeigten sich sehr schlechte Resultate bei Bierscher Stauung, gute Resultate wurden dagegen bei Handgelenks-, Ellbogen- und Schultergelenkstuberkulose erhalten.

---

tiefer, denn die andere Haut, die Haare nicht in Weiß verwandelt sind, und das Mal nicht weiterfrißt". — Von dieser akuten Form wird die chronische, veraltete Form in Vers 9 bis 11 unterschieden, die die Besonderheit hat, daß „roh' Fleisch im Geschwür ist", womit offenbar eine granulierende Geschwürsfläche charakterisiert wird, denn Vers 15 sagt: „das rohe Fleisch ist unrein, und es ist gewiß Aussatz". — Daß diese Krankheit oft mit Drüsenschwellung, -zerfall, -verkäsung und -abszedierung einherging, erhellt aus Vers 18 bis 23 desselben Kapitels, aus denen hervorgeht, daß entweder an der „Drüse in der Haut etwas Weißes auffährt oder rötlich-eiterweiß wird", wozu dann die obigen Charakteristika des Aussatzes kommen, oder daß „das Eiterweiß stehen bleibt und nicht weiterfrißt, so daß eine Narbe an der Drüse entsteht". — Vers 29 bis 37 charakterisiert sodann die Sykosis oder Bartflechte: „an der Stelle des Mals auf dem Haupt oder am Bart ist das Ansehen tiefer als die andere Haut, das Haar erscheint daselbst dünn und gülden" — gemeint sind augenscheinlich die hellgelblichen Borkenbildungen zwischen den Haaren —; fehlen aber diese Charakteristika, „so ist's ein nicht fressender Grind" (Ekzema capilitii et faciei simplex). — Einfache Acne pustulosa ist in Vers 38 und 39 geschildert; es ist wohl etwas eiterweiß in der Haut, schwindet aber bald wieder. — Die Kahlköpfigkeit wird in den Versen 40 bis 44 besprochen, wobei die einfache reine „Glatze" — Alopecia pityrodes — von dem Haarausfall mit ulzerösen Prozessen (Favus, Syphilide, Lupus erythematodes) unterschieden wird. — Auch Combustiones bespricht dasselbe Kapitel in Vers 24 bis 28, und zwar wird die einfache Verbrennung ersten Grades mit dem „weißrötlichen oder weißen Brandmal" von der mit „Aussatz" verbundenen Form unterschieden, unter der wir augenscheinlich die Verbrennungen dritten Grades — Zerstörung der Haut mit Escharabildung oder Eiterung — zu verstehen haben. — Daß gerade die Weißfärbung als charakteristisch für „Aussatz" angesehen wurde — wohl infolge der reichlich sich abstoßenden weißen Epidermis-Schüppchen, — geht noch hervor aus 2. Mose 4, 6, wo des Moses Hand, die er auf des Herrn Befehl in den Busen gesteckt, beim Herausziehen als „aussätzig wie Schnee" beschrieben wird; ferner aus 4. Mose 12, 10, wo die wider Mose murrende Mirjam „aussätzig wie Schnee" wird; dann aus 2. Kön. 5, 27, wo das Gleiche von dem für seine Habgier mit Aussatz bestraften Gehasi, dem Knaben des Elisa, gesagt wird. — Mit einem „chronischen Aussatz" ist der syrische Feldherr Naëman (2. Kön. 5) behaftet; bei diesem wird die Krankheit durch sieben Bäder im Jordan behoben, wobei wir erfahren, daß im Altertum auch die Wasser Amana und Pharphar in Damaskus als Heilquellen für „Aussatz" gerühmt wurden; das wirksame Moment dieser Quellen ist möglicherweise Schwefel gewesen, woraus man wieder einen Rückschluß auf einen vielleicht luetischen Charakter mancher solcher Krankheitsfälle, die durch diese Bäder gebessert wurden, ziehen dürfte. — Um eine luetische Erkrankung dürfte es sich auch beim Könige

Im allgemeinen reagieren Weichteil- und Sehnenscheidentuberkulosen besser auf die Stauung als Knochen- und Gelenkstuberkulosen. Bei den akut entzündlichen Prozessen hatte die Klinik wesentlich bessere Erfolge als bei den Tuberkulosen. Bei Abszessen, Furunkeln usw. zeigte die Hyperämie sehr gute Resultate. Die Heilungsdauer ist aber nicht kürzer als bei den andern Methoden. Bei Panaritien und Sehnenscheidenentzündungen trat ebenfalls in den meisten Fällen Heilung auf. Mitvereiterte Fingergelenke ankylosierten allerdings mehrfach. Bei den ostalen Panaritien kam es gewöhnlich nur zu kleinen Sequestern, wenn die Fälle nicht verschleppt waren. Phlegmonen der Hände (subkutan und subfaszial) zeigten ebenfalls gute Resultate, weniger gute diejenigen am Arme. Sehnenscheidenphlegmonen zeigten etwa die gleichen Erfolge wie Sehnenscheidenpanaritien. Auch Drüsen- und periproktitische Abszesse, Lymphangitiden, Mastitiden heilten unter der entsprechenden Stauungsbehandlung recht gut. Die eine akute Osteomyelitis heilte ebenfalls unter Stauung aus. Beim Erysipel wurden schlechte Erfahrungen gemacht, über die Hälfte heilten nicht. Die Gelenkseiterungen wurden von der Stauung wenig beeinflußt, die Schmerzen waren meist stark. Es wird hierbei vorübergehend Drainage empfohlen mit nachfolgender Stauung. Besonders gerühmt werden muß die prophylaktische Wirkung der Stauung (verunreinigte Fleischwunden, Gelenkseröffnungen usw.).

Am besten sind die Erfolge der Bierschen Stauung, wenn die akuten Entzündungen frisch in die Behandlung kommen, bei verschleppten Fällen wird am besten die Stauungshyperämie erst sekundär nach Vornahme der anderweitigen chirurgischen Behandlung vorgenommen. Das gute funktionelle Resultat nach Bierscher Stauung beruht hauptsächlich auf dem Wegfall der Tamponade und der Fixation, die Inzisionen kann man so groß machen wie man will, sie pflegen das Resultat nicht zu beeinflussen. (Am Schluß des Vortrages Demonstration einer Reihe von Patienten.)

Die Heißluftbehandlung eignet sich zumeist für chronisch entzündete Gelenke (rheumatische, gonorrhoische, versteifte Gelenke). Auch bei Erfrierungen usw. ist die Heißluftbehandlung indiziert.

Diskussion: Herr Schmitt: Heilen die volaren Sehnenscheidenphlegmonen bei Stauungsbehandlung so gut aus wie die dorsalen? Die letzteren heilen ja überhaupt viel besser wie die ersteren.

Herr Krecke hat im allgemeinen nur Erkrankungen der oberen Extremitäten und Abszesse, Furunkel, Bubonen usw. mittels Bierscher Stauung behandeln können. Seine Resultate waren im allgemeinen dieselben wie diejenigen von Gebele, schlecht aber waren sie bei Sehnenscheidenphlegmonen, die allerdings alle volare Sehnenscheiden betrafen.

Das schönste an der Bierschen Methode sei die oft momentan eintretende Schmerzlinderung. Am meisten eingenommen ist Krecke für die Erfolge bei den Mastitiden. Bei den Gelenkstuberkulosen (meist aus dem Kindesalter) hatte Krecke bei der größeren Anzahl der Fälle gute Erfolge. Alle diese Fälle wurden ambulant behandelt.

Herr Gebele (Schlußwort) hat einen Fall volarer Sehnenscheidenphlegmone wieder hergestellt. Auch Gebele hat, gleich Krecke, Fälle von Tuberkulose mit bestem Erfolg ambulant behandelt.

2. Herr Schmitt stellt einen Kranken vor, bei dem er ein Stück Magen wegen abundanter Blutungen vor einigen Monaten resezierte. Im Moment der Operation trat Perforation des Ulkus ein. Volle Wiederherstellung des Kranken, Zunahme von 60 Pfd.

Diskussion: Herr Perutz erwähnt einen entsprechenden Fall.

Herr von Hößlin berichtet über einen weiteren Fall, über den Herr Schmitt schon kurz gesprochen hat.

Herr Gebele empfiehlt die Gastro-Enterostomie bei ähnlichen Fällen, weil sie den Magen besonders gut entlastet.

Herr Schmitt erklärt ebenfalls die G.-E. als Regel bei der Operation des Magengeschwüres.

3. Herr Ploeger: Dermatologische Demonstration.

Albert Uffenheimer-München.

Periodische Literatur.

Münchener medicinische Wochenschrift. Nr. 34. 1907.

1. Otto, Straßburg: **Zur Frage der Serum-Ueberempfindlichkeit.**

Verf. resümiert die Resultate seiner Untersuchungen dahin: 1. Durch die einmalige Vorbehandlung mit fremdartigem Serum wird der Organismus der vorbehandelten Meerschweinchen in der Weise umgestimmt, daß er auf die nach geeigneter Zeit erfolgende Reinjektion mit typischen, akut einsetzenden Krankheitserscheinungen reagiert. 2. Diese Krankheitserscheinungen lassen sich auch bei normalen Tieren beobachten, wenn sie mit dem Serum derartiger Tiere vorbehandelt werden. 3. Die durch die erste Injektion gesetzte „Ueberempfindlichkeit" kann durch bestimmte, im Körper vorhandene Reste des Antigens abgeschwächt oder ganz verhindert werden, so daß eine scheinbare „Unempfindlichkeit" resultiert. Die Dauer dieser Unempfindlichkeitsperiode ist abhängig von der Serumdosis bei der ersten Seruminjektion.

Usia gehandelt haben, von dem 2. Chron. 26, 19, erzählt wird, daß ihm „an seiner Stirn der Aussatz ausfuhr" (Corona Veneris), und er bis zu seinem Tode nicht wieder geheilt wurde.

Im Neuen Testament finden wir den Aussatz erwähnt in dem Bericht der Synoptiker (Matth. 8, 2; Mark. 1, 40; Luk. 5, 12) von der Heilung des „Aussätzigen", bei dem es sich um echten Aussatz gehandelt haben muß, weil er als „unrein" ausgestoßen war. Dasselbe gilt von den zehn Aussätzigen, von deren Heilung uns Luk. 17, 12 berichtet wird.

Im Anschluß hieran sei eine „Drüsenkrankheit" — Lymphadenitis? Lyphom? — erwähnt, von der uns 2. Kön. 20, 1 und 7 erzählt wird: König Hiskia erkrankt auf den Tod, wird aber durch den Propheten Jesaia vermittelst eines „Feigenpflasters", das er auf die Drüse legt, gesund gemacht. Es ist dies die einzige Stelle der ganzen Bibel, an der von einer eigentlichen therapeutischen Maßnahme die Rede ist — zufällig von einer, die noch heutzutage in Laienkreisen bei „Geschwulst, Drüsen, Zahngeschwür" usw. beliebt ist — wenigstens wenn wir von dem als Linderungsmittel bei Wunden Jes. 1, 6, und Luk. 10, 34, erwähnten Oel oder Oel und Wein absehen.

Um eine schwere allgemeine Furunkulose handelt es sich offenbar in dem Bericht über Hiobs Krankheit (Hiob 2, 7 und 8), der vermeldet, daß Hiob „mit bösen Schwären geschlagen wurde von der Fußsohle bis auf seinen Scheitel, die er mit einer Scherbe schabte", womit augenscheinlich das Ausdrücken und Auskratzen der einzelnen Geschwüre mit einem scharfen Gegenstand — analog unserem „scharfen Löffel" — gemeint ist, und im Neuen Testament bei dem armen Lazarus, der „voller Schwären, die die Hunde ihm leckten", vor der Tür des Reichen lag (Furunculosis cachecticorum).

Die Gicht finden wir nur im Neuen Testament verzeichnet. Um die akute, nach der Schmerzhaftigkeit zu schließen vielleicht mit entzündlicher oder rheumatischer Gelenkaffektion komplizierte Form handelt es sich bei der Matth. 8, 6 berichteten Erkrankung des Knaben des Hauptmanns zu Kapernaum: „er ist gichtbrüchig und hat große Qual", um die chronische aber in den übrigen verzeichneten Fällen; so berichten die Synoptiker (Matth. 9, 2; Mark. 2, 3; Luk. 5, 18) von einem Gichtbrüchigen, der, augenscheinlich völlig gichtisch gelähmt, auf einem Bett von vieren getragen, herbeigebracht und durch das zum Teil abgehobene Dach hinabgelassen wird. — Von einem anderen chronisch Gichtkranken, namens Aeneas, der acht Jahr schon an Gicht gelegen, erzählt die Apostelgeschichte Kap. 9, Vers 33, und um einen gichtisch Gelähmten handelt es sich augenscheinlich auch bei dem Kranken am Teiche Bethesda, von dem Ev. Joh. 5, 5 erzählt wird, daß er 38 Jahre krank und gelähmt gelegen; doch ist hier die Möglichkeit einer Parese der Extremitäten infolge von Poliomyelitis anterior nicht ausgeschlossen.

(Fortsetzung folgt.)



2. Baer, Davos: **Heilerfolg, Giftwirkung und opsonischer Index bei Behandlung mit Marmoreks Antituberkuloseserum.**

Bei einem frischen Fall von Kniegelenkstuberkulose mit starken aktiven Erscheinungen wurde durch Anwendung des Marmorekschen Serums der Prozeß zum Stillstand und Abklingen gebracht. Dabei traten aber schwere alarmierende Zustände auf, die mit Eintritt von Somnolenz, Cheyne-Stokesscher Atmung, starker Zyanose, Temperatursteigerung, schweren Störungen seitens des Herznervenapparates ihren Höhepunkt erreichten, also das Intoxikationsbild der akuten Miliartuberkulose mit Ueberwiegen der zerebralen Erscheinungen, auf wenige Stunden zusammengedrängt und völlig zur Norm wieder abklingend. Die Vermutung liegt nahe, daß bei der prompten und günstigen Einwirkung des Marmorekserums an dem frischen Knieherde außer der auf Neutralisierung der giftigen Stoffwechselprodukte abzielenden Wirkung noch ein bakteriolytischer Prozeß stattgefunden hat, mit dem Resultat des Freiwerdens von Endotoxinen, die ihrerseits, vielleicht unter Kumulierung, plötzlich den schweren Vergiftungsanfall zur Auslösung brachten. Von besonderem Interesse war das Verhalten des opsonischen Index bei dem Krankheitsfalle. Der Index war vor Beginn der Serumbehandlung auf den konstanten Wert 0,5 eingestellt; dann ließ sich bei täglicher Serumeinverleibung ein kontinuierliches Ansteigen des Index beobachten. Zugleich mit dem Steigen der opsonischen Kraft fand eine erhebliche Besserung des lokalen Herdes und des Allgemeinbefindens statt, mit Rückgang des Fiebers und der Schmerzen. Nach dem stürmischen Anfall war ein steiles Abfallen der Kurve zu konstatieren, die dann aber wieder zur vorher innegehabten Höhe emporstieg. Von da an schwankte der Index bei Anwendung des Serums in kürzeren und längeren Pausen auf und ab, um nach Aussetzen des Serums wieder zu den ursprünglichen Werten zurückzukehren, ein Beweis, daß die opsonische Kraft des Blutes ganz und gar von dem jeweiligen Gehalt an Immunserum abhängig ist. Wright hat festgestellt, daß nach Einverleibung von Tuberkulin der opsonische Index zunächst fällt, um sich dann über die vorherige Höhe zu erheben, und danach allmählich wieder abzusinken; er nennt diese Phänomene negative und positive Phase; die erstere zeigt besonders dann starkes Absinken, wenn die Tuberkulindosis zu groß war. Die im vorliegenden Falle im Anschluß an die Attacke beobachteten sehr erheblichen Ausschläge glaubt Verf. auch als negative und positive Phase auffassen zu sollen und nimmt dabei an, daß, vielleicht durch raschen Zerfall von Phagozyten, plötzlich eine relativ große Quantität Tuberkulotoxine resorbiert wurde, für die der Organismus nicht sofort die nötigen Gegenstoffe bereit hatte.

3. Curschmann, Tübingen: **Ueber hysterische Schweiße.**

Verf. gibt die Krankengeschichte zweier Patientinnen, Mutter und Tochter; es handelte sich um eine seit Jahren bestehende und gehegte Tendenz, bei Erkältungen, „Influenzen", zu schwitzen, zu Anfang wohl artefiziell mittels der üblichen Prozeduren, später und während der jetzigen Schwitzneurose, völlig spontan und ohne alle Mittel. Die Tochter — der Mutter an Konstitution, vasomotorischem Verhalten und Psyche sehr ähnlich — hatte das Krankheitsbild der Mutter getreu imitiert. Beide hatten seit einem Jahr, ohne zu fiebern, ohne auch sonst wesentlich zu leiden, zwei- bis dreimal zu bestimmten Tageszeiten profus „schwitzen müssen"; dadurch waren sie seit Jahresfrist streng ans Bett gefesselt. Die Beobachtung ergab völlig natürliche Schweiße enormen Grades, ohne höheres Fieber, aber doch von subfebrilen Temperaturen begleitet; die Menge des stets warmen Schweißes betrug bei beiden ca. 300 ccm; während des Schwitzens war das Gesicht gerötet und, wie die Körperhaut, wärmer als gewöhnlich. Körperlich blieben die Patientinnen dabei völlig ruhig; Erregung oder sonstige Veränderung der Seelentätigkeit war nicht nachzuweisen. Herz- und Gefäßsystem zeigten keine wesentlichen Alterationen. Das Nervensystem bot keinerlei organische Veränderungen, hysterische Stigmata fehlten völlig. Nur die Psyche zeigte gewisse hysterische Charaktere. Die Annahme, daß es sich bei diesen Schweißen um eine rein hysterische Störung handele, fand eine eklatante Bestätigung durch den glücklichen Ausfall der Suggestivbehandlung. Auf reine Suggestivmittel (Vierzellenbad) verschwanden die Schweiße sofort und restlos. Das Verlassen der bisher geübten dauernden Bettruhe, das zu Hause verstärkend auf die Schweiße gewirkt hatte, vermehrte die Wirkung der Suggestion insofern, als es dadurch sofort gelang, die Patientinnen an eine bestimmte geregelte Tätigkeit zu gewöhnen. Während Beobachtungen über hysterische Schweiße überaus spärlich sind, ist die Häufigkeit der Schweiße auf der Basis einer Neurasthenie oder hysterischen Neurose wesentlich größer; hier ist der psychogene Ursprung eines Schweißausbruchs, namentlich lokaler Art, nicht ungewöhnlich. Die bei den beiden Fällen während der Schwitzparoxysmen konstatierten leichten Temperatursteigerungen schwanden wie die Schweiße unter der Wirkung der Suggestion. Es sprechen deshalb diese Beobachtungen für die Möglichkeit und Realität rein hysterogener Temperatursteigerungen.

4. Ebstein, München: **Ueber die Beziehungen zwischen Pneumonie und Gicht.**

Verf. berichtet über einige Fälle, wo die Lungenentzündung als auslösendes Moment für den Ausbruch eines Gichtanfalls anzusehen ist. Wahrscheinlich steht der bei der Pneumonie stattfindende Kernzerfall in Beziehung zur Auslösung des gichtischen Anfalls; infolge des Plus an zerfallener Nukleinsubstanz gelangt zuviel Harnsäure ins Blut, wo bei disponierten Individuen nicht schnell genug damit aufgeräumt werden kann. Daß es eine spezifische Pneumonie der Gichtkranken gibt, ist wohl zu verneinen.

5. Schlecht, Breslau: **Ueber die Darreichung von Arzneimitteln in Rumpelschen Kapseln (Capsulae geloduratae).**

6. Ringel, Hamburg: **Zur Kasuistik der angeborenen Nabelschnurbrüche (Ectopia viscerum).**

Der erste Fall betrifft ein vier Tage altes Kind, das seit der Geburt noch keine Darmentleerung gehabt hatte und seit zwei Tagen nach jeder Nahrungsaufnahme brach. Die Nabelschnur war an ihrem Ursprung in Wallnußgröße halbkugelig erweitert und enthielt deutlich Darmschlingen, sie zeigte hier eine grünliche Verfärbung, während an der Abbindungsstelle völlige Eintrocknung eingetreten war. Die Nabelschnur wurde sofort außerhalb der Demarkationslinie umschnitten und der Bruchsack eröffnet, worauf sich reichlicher Darminhalt entleerte; derselbe floß hervor aus einem gangränösen Meckelschen Divertikel, das mit der Spitze im Bruchsack verlötet war. Nach Resektion des Divertikels, Reinigung der Darmschlingen wurden diese reponiert und das Peritoneum sowie der ganze Nabelring durch Naht geschlossen, worauf Heilung eintrat. Es ist anzunehmen, daß in diesem Falle der gangräneszierende Prozeß sich von der Nabelschnur direkt auf das an ihr verlötete Meckelsche Divertikel fortgepflanzt hat und dadurch die Perforation herbeiführte. Bei einem zweiten Kinde, das am Tage nach der Geburt in Behandlung kam, war der Ansatzteil der Nabelschnur zu einem kindskopfgroßen dünnwandigen Sack ausgedehnt, in dem zahlreiche Darmschlingen erkennbar waren. Bei der sofort vorgenommenen Operation fanden sich im Bruchsack fast der ganze Dünndarm, ein großer Teil des Kolons mit dem Coekum und nahezu die ganze Leber; eine Ileumschlinge war mit einem kurzen, obliterierten Ductus omphalomesentericus am Bruchsack fixiert und mußte gelöst werden. Die Reposition des Darmes gelang mit einiger Mühe; um die Leber zu reponieren, mußte der Nabelring in der Linea alba noch weiter gespalten werden. Nach anfänglich gutem Befinden bildete sich am 14. Tage eine Dünndarmfistel: dieselbe war dadurch entstanden, daß unglücklicherweise eine der durch die Haut gelegten Seidennähte den Darm mitgefaßt hatte. Nach dem Versuch, die Fistel zu schließen, erlag das Kind. Falls solche Mißbildungen nicht rechtzeitig behandelt werden, so können nach Eintrocknung und Abstoßung der Nabelschnur die Darmschlingen aus dem Nabelring herausfallen, oder der gangräneszierende Prozeß geht von der Nabelschnur auf die Baucheingeweide über, und mit der Eventeration entsteht eine septische Peritonitis. Bei großen, angeborenen Nabelschnurbrüchen (Ectopia viscerum), die nicht reponibel sind, ist die Radikaloperation mit freier Eröffnung des Bruchsackes die einzige zum Ziele führende Methode; auch bei leichteren Fällen verdient sie vor den einfacheren Verfahren den Vorzug, weil sie Komplikationen mit größerer Sicherheit erkennen läßt und die Möglichkeit zu ihrer Beseitigung gibt.



7. Grünberg, Rostock: **Zur Jod- und Quecksilberbehandlung der Tuberkulose in Nase, Schlund und Kehlkopf.**

Bei einer 33 jährigen, im übrigen gesunden Frau mit schwerer primärer (aszendierender) Tuberkulose (bakteriologisch sichergestellt) des Gaumens, Pharynx und namentlich des Kehlkopfs, sah Verf. unter alleiniger interner Behandlung mit Jodkalium und Quecksilber (Kalomelinjektionen) Heilung eintreten, und zwar in der sehr kurzen Zeit von 4½ Monaten. Die schon früher vom Verf. geäußerte Ansicht über die günstige Wirkung des Jodkali auf die primäre Schleimhauttuberkulose der oberen Luftwege ist danach dahin zu erweitern, daß auch dem Quecksilber eine solche günstige Wirkung unter Umständen zuzuschreiben ist, und daß es in Fällen, wo das Jodkali versagt, allein oder mit ihm zusammen noch zur Heilung zu führen vermag. Mit der Anschauung, daß die Lues die alleinige Domäne für die Jodkali-Quecksilbertherapie abgibt, dürfte danach zu brechen sein.

8. Risel, Leipzig: **Ein Beitrag zur Statistik der Säuglingsmorbidität.**

Die wiedergegebenen Tabellen bilden eine Erweiterung der von Soltmann (d. W. Nr. 1 und 2 1907) für die Krankenbewegung auf der Säuglingsstation des Kinderkrankenhauses in Leipzig für die Jahre 1900 bis 1905 gegebenen. Sie sind für die Kinder des ersten Lebensjahres berechnet, die während des gleichen Zeitraums auf der Infektionsabteilung und der chirurgichen Station verpflegt wurden.

9. Lilienstein, Detmold: **Kasuistischer Beitrag zur Aetiologie und Symptomatologie der Pankreaszyste.**

Ein Arbeiter wurde von einem Wagen überfahren, wobei ihm ein Rad quer über den Leib ging. Nach glatter Heilung der äußeren Verletzungen blieb eine Schmerzempfindlichkeit in der linken Leibseite zurück, die besonders bei Erschütterungen und nach der Nahrungsaufnahme sich geltend machte. Schließlich ließ sich eine Geschwulst nachweisen, die zwischen Kolon und Magen lag, diesen in die Höhe drängte, auch das Herz nach oben schob; eine Probepunktion ergab eine braunrote Flüssigkeit, die reichlich unveränderte und geschrumpfte Blutkörperchen enthielt. Die Diagnose einer Pankreaszyste wurde durch die Operation bestätigt. Es erscheint unzweifelhaft, daß das Trauma die Ursache der Zystenbildung gewesen ist; wahrscheinlich wurde ein Teil des Pankreas durch die Quetschung zertrümmert; ein Teil muß aber noch funktionstüchtig geblieben sein, da Störungen der Verdauung und sonstige Ausfallserscheinungen nicht beobachtet wurden.

10. Hartleib, Bonn: **Enchondrom des Larynx.**

Bei dem betr. Patienten entwickelten sich im Laufe weniger Monate hochgradige Atembeschwerden; die laryngoskopische Untersuchung ergab einen nußgroßen Tumor, der mit breiter Basis auf der linken und hinteren Wand des Kehlkopfes aufsaß, auf der Cartilago thyreoidea sich hinziehend über die Cartilago cricoidea; er füllte zum größten Teil das Querlumen des Kehlkopfs aus und reichte mit seiner Spitze bis auf etwa 1 cm an die Stimmbänder heran. Die Oberfläche war glatt, die Schleimhaut darüber normal, die Konsistenz erwies sich bei der Sondenberührung als hart. Die Diagnose lautete subchordales Larynxenchondrom. Bei der Größe des Tumors kam eine Entfernung auf endolaryngealem Wege nicht in Frage; auch für die Laryngotomie schien er zu ausgedehnt; es wurde deshalb die submuköse Ausschälung von außen ohne Eröffnung der Kehlkopfhöhle vorgenommen. Vier Wochen post operationem ergab die laryngoskopische Untersuchung, daß der Tumor zwar nicht vollständig verschwunden, aber doch um ²/₃ kleiner geworden war; durch Verletzung des Rekurrens bei der Operation war eine Postikuslähmung entstanden.

11. Gotthilf, Kassel: **Ueber Onychoatrophie bei Färbern.**

Verf. hat bei in Färbereibetrieben beschäftigten Arbeitern oft Nagelschwund beobachtet; die Patienten wiesen dünne, atrophische, bläulich verfärbte Nägel auf, die sich leicht umbiegen, dadurch deformieren und sich häufig ganz abstoßen, um sich als zarte, dünne Nägel neu zu bilden. Zu einem festen gesunden Nagel kommt es selten. Nicht selten war mit der Nagelatrophie ein ganz bedeutender Handschweiß verbunden.

12. Federschmidt, Dinkelsbühl: **Zur Kasuistik der Vergiftung durch Käse.**

Ein Arbeiter erkrankte nach Genuß von Backsteinkäse, der weich und schmierig war, aber keinen ekelhaften Eindruck machte, mit Erbrechen und Diarrhöen. Am nächsten Tage stellten sich Sehstörungen ein; dann entwickelte sich eine Trockenheit des Mundes und des Halses, so daß der Patient keine feste Nahrung mehr schlucken konnte; der Stuhl war weiterhin hartnäckig angehalten; die Pupillen wurden weit und reaktionslos; dabei bestand eine hochgradige körperliche Schwäche. Die Erscheinungen hielten ca. sechs Wochen an, so daß sich die Rekonvaleszenz sehr in die Länge zog. Da noch drei weitere Personen, die von dem Käse genossen hatten, in gleicher Weise erkrankten, ist wohl mit Sicherheit das Vorliegen einer Vergiftung durch Käse anzunehmen. Symptome wie im vorliegenden Falle, Pupillenstörung, Trockenheit der Schleimhäute, die an eine Atropinvergiftung erinnern, sind bisher bei Käsevergiftung nicht beschrieben.

13. Hofmann, Karlsruhe: **Vereinfachtes Extensionsverfahren.**

An Abbildungen wird das Verfahren, das die Einführung der einfachen Fadenrolle in die Technik des Extensionsverbandes bezweckt, erläutert.

Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 35. 1907.

1. Körte, Berlin: **Zur Behandlung des Angioma arteriale racemosum.**

Das Rankenangiom ist eine nicht häufige Geschwulstform; Verf. verfügt über acht Beobachtungen; von diesen Tumoren hatten sechs ihren Sitz am Kopf (einmal in der Ohrgegend, dreimal am behaarten Kopf, je einmal an der Wange und der Unterlippe), einer an der seitlichen Halsgegend und ein letzter am Fuß. Die Aetiologie war in allen Fällen durchaus unbestimmt; zum Teil war die Geschwulst angeboren, zum Teil als „in frühester Jugend" erworben oder „seit Jahren" bestehend angegeben; ein Trauma oder ein Gefäßmal war in keinem Falle als Ursache der Entwicklung nachzuweisen. Meist war ein Haupttumor nachzuweisen, der aus einem Knäuel von mächtig erweiterten, lebhaft pulsierenden Gefäßen bestand, und auf diesen zu zogen von allen Seiten geschlängelte, erweiterte Arterien mit sichtbarer Pulsation. Die Diagnose ist aus den charakteristischen Erscheinungen leicht zu stellen; es können aber Verwechslungen mit andern Aneurysmaarten oder pulsierenden Sarkomen vorkommen; in einem der K.schen Fälle war keine Pulsation zu fühlen und der Tumor war als Lipom angesprochen worden. Das arterielle Rankenangiom ist als echte Geschwulstbildung aufzufassen und nicht als rein mechanische Gefäßerweiterung; die Geschwulst zeigt eine deutliche Neigung fortzuschreiten, woraus sich auch die Notwendigkeit zeitiger Exzision ergibt. Anfangs macht die Geschwulst meist wenig Beschwerden; schwerwiegender ist die Entstellung; am Kopf sind die Tumoren leicht Insulten ausgesetzt, z. B. beim Ordnen des Haares, und es kann dann leicht zu gefährlichen Blutungen führen. Für die Behandlung kommt in erster Linie die Exstirpation des Haupttumors in Frage; ist dieser beseitigt, dann schwinden die peripherischen Gefäßerweiterungen in der Regel von selbst. Die Hauptschwierigkeit bei der Exstirpation beruht in der Beherrschung der Blutung aus den zahlreichen erweiterten Gefäßen. Als bestes Hilfsmittel zur Verminderung der Blutung empfiehlt sich, die Geschwulst in einiger Entfernung mit kettenförmigen perkutanen Umstechungen zu umgeben; innerhalb der Umstechungslinie ist dann der Tumor zu exstirpieren, event. kann man dabei die ihn bedeckende Haut in Form eines gestielten Lappens erhalten. Neben der Exstirpation kommen noch zur Behandlung in Frage die Elektropunktur, die Alkoholinjektion sowie die Payrschen Magnesiumpfeile. Die Behandlung des arteriellen Rankenangioms an den Extremitäten ist schwieriger als am Kopf; ausgedehnte und wiederholte Exzisionen und Unterbindungen von Gefäßen sind leicht von Gangrän peripherischer Teile gefolgt.

2. Gentzen, Königsberg: **Ueber die Saftabscheidung des Magens im nüchternen Zustande.**

Verf. hat mit Hilfe der Sahlischen Desmoidreaktion Untersuchungen über das Verhalten der Saftsekretion im nüchternen



Magen beim Gesunden angestellt. Es ergibt sich, daß eine Verdauung des Katgutfädchens beim Menschen im nüchternen Zustande des Magens stattfindet; die Verdauung erfolgt zweifellos im Magen selbst (nicht im Darm); die Verdauung beruht nicht auf mechanischer Erregung der Magensaftsekretion noch auch auf psychischer. Das Katgutfädchen muß danach das zu seiner Auflösung erforderliche Sekret im nüchternen Magen bereits vorfinden oder es durch chemische Reizung erzeugen. Da letzteres als sehr unwahrscheinlich sich dartun läßt, so bleibt die Annahme, daß der nüchterne Magen des gesunden Menschen Magensaft vorrätig enthält.

3. Schirokauer, Berlin: **Magenatonie und Chlorose.**

Stiller hat in der Asthenia universalis congenita einen Symptomenkomplex aufgestellt, der im wesentlichen in folgenden Kennzeichen bestand: Neurasthenie, Anämie, Enteroptose, Costa decima fluctuans. Verf. ist der Magenatonie oft begegnet, wobei es sich stets um Kranke handelte, die sich sowohl unter die Asthenia universalis als unter die Chlorose einreihen ließen, also um heruntergekommene, anämische, nervöse Patienten. Immer suchten diese den Arzt mit den auf Atonie hinweisenden Beschwerden auf; diese stellt eben oft das wichtigste Symptom der beiden Krankheitsbilder dar. Wenn unter Atonie eine Erschlaffung der Magenmuskulatur, kenntlich an gewissen subjektiven Beschwerden und durch den Nachweis einer häufig nur zeitweiligen Magentätigkeit zu verstehen ist, so ist zu sagen, daß Plätschergeräusch nicht immer ein Zeichen von Atonie ist, daß Atonie aber immer von Plätschergeräusch begleitet ist, daß Atonie ohne Gastroptose bestehen kann, sehr häufig aber mit ihr vergesellschaftet ist als Folge ein und derselben Ursache. Die Einreihung der Atonie in den Symptomenkomplex der Chlorose findet ihre Rechtfertigung in der Abhängigkeit der Atonie von der Anomalie, die als Chlorose zu bezeichnen ist. Diese stellt weniger eine qualitative Bluterkrankung als vielmehr eine auf mangelhafter Blutverteilung beruhende Anomalie dar, eine Störung in dem Gefäßnervenapparat — meist infolge oder während der Evolution des weiblichen Genitalapparates. Die Atonie ist ebenso eine Folge der mangelhaften Blutverteilung wie die andern neurasthenischen Symptome. Wenn die Chlorose also nichts anderes ist, als eine Herabsetzung der Körperenergie, eine Schwächung der verschiedensten Organsysteme, so ist die Stillersche Bezeichnung als Asthenia universalis für den gleichen Symptomenkomplex durchaus bezeichnend, mit der Einschränkung, daß dieser Zustand nicht immer angeboren ist, sondern häufig erst in der Pubertätszeit erworben wird, und daß die Beweglichkeit der zehnten Rippe als kein konstantes Symptom anzusehen ist.

Die Therapie der Atonia ventriculi ist eine diätetische, medikamentöse und physikalische. Als Ziel der diätetischen Behandlung ist eine roborierende Kost, mit der Stoffansatz zu erzielen ist, zu setzen. Häufigere Mahlzeiten mit entsprechend kleineren Einzeldosen sind zu geben. Am besten ist eine Diät, die sich aus dem leichtesten Fett in Form guter, ungesalzener Butter zusammensetzt und gut aufgeschlossenen Kohlehydraten; vom Eiweiß wird am besten das der Milch und der Kohlehydrate vertragen; dann folgt das Vitellin des Eigelbs, das Eiweiß des Fischfleischs und des sogenannten weißen Fleischs. Unzulässig, namentlich für den Beginn, weil zu sehr saftanregend auf die Magenschleimhaut wirkend, ist das sogenannte braune und geräucherte Fleisch. Ein Diätzettel ließe sich folgendermaßen gestalten: 1. Frühstück: Milch oder Milchkakao, Zwieback, Weißbrot mit viel Butter; 2. Frühstück: weiches Ei, Buttersemmel oder belegtes Brötchen, ein Viertelliter Milch oder Sahne; 3. Mittags: Braten von weißem Fleisch, Geflügel, Kartoffelpurée mit Milch und Butter, von Gemüsen: Spinat, Schoten, Mohrrüben; Kompotts in Form aller Musarten; Mehlspeisen in Form von Aufläufen, Puddings mit Fruchtsaucen; als Getränk ein Mineralwasser event. mit Zusatz von etwas Rotwein; 4. Nachmittags: ein Viertelliter Sahne oder Sahnenkakao; 5. Abends: weiche Eier oder Aufschnitt, Weißbrot, Butter, als Getränk Milch oder leichter Tee. Verboten sind alle sauren Speisen (Salate), alle Gewürze und blähenden Nahrungsmittel (Kohlarten, Hülsenfrüchte), anfangs auch rohes Obst. Als medikamentöse Therapie empfiehlt Verf. ausschließlich endovenöse Arsenapplikationen in Form von Atoxylinjektionen. Er hat gewöhnlich 25 bis 30 Injektionen von Atoxyl in 10 bis 20%iger Lösung gemacht; dasselbe kommt in Ampullen steril à 1 ccm in den Handel und wird in dieser Dosis jeden Uebertag injiziert, anfangs 10 Injektionen von der 10%igen Lösung, dann 10 von der 20%igen und der Rest wieder von der 10%igen. Im Laufe von sechs bis acht Wochen kommen so höchstens 4 g Atoxyl zur Verwendung; irgend welche Schädigungen können dabei nicht vorkommen. Als Wirkung des Atoxyls sah Verf. schon nach wenigen Injektionen eine Hebung des Kräftezustandes, Zunahme des Appetits und des Körpergewichts; Kopfschmerzen, Unruhe, Schlaflosigkeit wichen schon nach kurzer Behandlung, und schließlich schwanden auch die subjektiven und geringen objektiven Störungen von seiten des Magens; nur wo stärkere Magenreizerscheinungen vorhanden, gab Verf. anfangs Natr. bicarbon., Magnes. ust. mit Belladonna. Der Hämoglobingehalt zeigte meist am Ende der Kur eine Steigerung um 20 bis 25%. Applikation von Wärme, in Form heißer Bäder oder von Lichtbädern, konnte die Besserung der Blutzirkulation unterstützen. Brunnenkuren (Eisenwässer) haben bei den mit Atonie verbundenen Chlorosen wenig Zweck; dagegen kann ein Aufenthalt in mittlerer Höhe (900 bis 1200 m) Gutes leisten.

4. Goldberg, Wildungen: **Beiträge zur Kenntnis der nervösen Blasenerkrankungen.**

1. Ueber den Zusammenhang „nervöser Pollakiurie" mit der geschlechtlichen Tätigkeit.

Die Diagnose „psychopathische Pollakiurie" ist erst nach sorgfältigem Ausschluß aller der Veränderungen der Harnwege, die erfahrungsgemäß Pollakiurie bewirken, und nach sorgfältiger, durchaus negativer Urinanalyse zu stellen; ein negatives Ergebnis muß auch die neurologische Untersuchung haben. Verf. berichtet zunächst über einige Fälle, die keinerlei Zusammenhang mit dem Sexualleben haben; der eine betrifft einen sexual normal mäßig tätigen, der andere einen bis dahin enthaltsamen jungen Mann; Regelung der Flüssigkeitsaufnahme und der Urinentleerung bringt hier schnelle Besserung. Bei einem weiteren Patienten war die Sexualbetätigung zwar nicht ganz normal, aber ohne jeden Einfluß auf die Pollakiurie; ein vierter zeigt eine gewisse Abhängigkeit vom Geschlechtsleben insofern, als Pollutionen und Masturbation die Pollakiurie verschlimmern, sie aber nicht ausschließlich bedingen. Wo das der Fall ist, handelt es sich nicht um psychopathische Pollakiurie, sondern um eine durch Schwellungs- und Stauungszustände im Bereich der Urethra prostatica, Prostata und Samenblase verursachte Reizung der Blase. Bei einem über nervöse Pollakiurie klagenden Patienten ist sorgfältig zu eruieren, ob sie nur nach Sexualakten auftritt, oder ob sie immer da ist. In letzterem Falle ist der Rat zur Ehe unangebracht und erfolglos; im ersteren sind außer Regelung des Geschlechtslebens — Ersatz des Coitus interruptus durch antikonzeptionelle Pessare, Verbot der Masturbation, Enthaltsamkeit — besonders warme Sitzbäder wirksam. Fünf weitere Fälle haben folgende gemeinsame Züge: nichts anderes als Pollakiurie besteht, weder irgend eine Abnormität des urologischen noch des neurologischen Systems liegt vor; sie tritt unmittelbar nach einem außergewöhnlichen Koitus auf; entweder sündigte ein Gatte oder Bräutigam, oder ein Jüngling debütierte; aber nicht der Koitus an sich, sondern die Furcht, durch denselben krank geworden zu sein, schafft den Harndrang; sobald dem Patienten diese Furcht genommen ist, hört die Pollakiurie mit einem Schlage auf, genau wie der Schlaf dieselbe beseitigt.

2. Ueber die der Enuresis infantilis folgende „nervöse Pollakiurie".

Unter die große Gruppe der Neurasthenischen werden auch solche Patienten mit „Pollakiurie" gerechnet, welche in der Kindheit Enuresis hatten; und es ist begreiflich, daß Neurastheniker, die als Kinder Enuresis hatten, später ihre „schwache Blase" zum Mittelpunkt ihrer Klagen machen. Aber außer solchen Fällen kommt bei früheren Bettnässern noch eine Form der Pollakiurie vor, die eine andere Auffassung erfordert und mit Neurasthenie und Psychopathie nichts zu tun hat. Verf. berichtet über vier einschlägige Beobachtungen; bei keinem dieser Fälle bestand irgend ein sonstiges Symptom von Neurasthenie. Zwischen der neurasthenischen, psychopathischen Pollakiurie und der postenu-

retischen bestehen grundlegende Unterschiede: erstere wird durch Ablenkung stets verhindert, bei letzterer ist ein solcher Einfluß nicht zu erzielen. Die Flüssigkeit ist auf die erstere ganz ohne Einfluß, sie verschlimmert immer in hohem Grade die letztere; Inkontinenz ist der ersteren völlig fremd, zu letzterer gehört das „in die Hosen pissen", wofern die Blase übervoll wird, als wesentliches Merkmal. Während die erstere eine gute Prognose hat, insofern als sie jeder rationellen Therapie, der Beruhigung, cessante causa, weicht, ist die letztere schwer zu beseitigen. Am besten wendet man die Mittel wie gegen Enuresis an, Regulierung des Trinkens, Muskelkräftigung, Rhus aromatica. Wahrscheinlich liegt bei der postenuretischen Pollakiurie, wie bei der Enuresis nocturna, ein zu geringer Sphinktertonus zu Grunde.

3. Neurasthenische Retentio urinae completa.

Die komplette Urinretention bei Neurasthenie ist ein sehr seltenes Ereignis. Verf. berichtet über zwei Fälle, wo die Retention, und zwar chronische inkomplette sowohl wie Anfälle von akuter kompletter, in jeder Weise die Eigenart der neurasthenischen hat, nämlich jähen Wechsel, Abhängigkeit von psychischen Einflüssen, Heilung durch heterogene Einwirkungen, Entwicklung aus einer neurasthenischen Dysurie, und deshalb die Diagnose: Retentio urinae completa neurasthenica wohl berechtigt erscheint.

5. Cohn, Posen: **Versuche mit Thephorin.**

6. Port, Chemnitz: **Ueber Maretinvergiftung.**

Bei einer Patientin, die neun Tage lang zweimal täglich 0,5 g Maretin bekommen hatte, kam es zu einer hochgradigen Anämie mit schweren morphologischen Veränderungen der roten Blutkörperchen (Poikilozytose, Polychromatophilie, punktförmige Degenerationen, Auftreten von Normo- und Megaloblasten); Hämoglobinurie trat nicht auf; nur bei ikterischer Hautfärbung Ausscheidung von Urobilin und Urobilinogen mit dem Harn. Nach Aussetzen des Maretins nahm die Blutveränderung an Schwere noch einige Tage zu, um dann erst allmählich sich vollkommen zurückzubilden. Das legt die Vermutung nahe, daß das Präparat nicht sofort ausgeschieden, sondern zum Teil retiniert wird, so daß Kumulation eintritt; damit stimmt auch das nur allmähliche Ansteigen der Temperatur zur alten Höhe nach Aussetzen des Mittels überein. Vor einer längere Zeit fortgesetzten Verabfolgung von Maretin muß dringend gewarnt werden.

7. Neuberg, Magdeburg: **Ueber die Kontagiosität der spitzen Kondylome.**

Ein Mann, der an spitzen Kondylomen litt, ohne je eine Gonorrhö gehabt zu haben, infizierte bei Kohabitationsversuchen, die nicht zu einer Perforation des Hymens führten, seine Braut, die auch mit ausgedehnten spitzen Kondylomen erkrankte.

8. Fischer, Karlsruhe: **Staatliche und private Mutterschaftsversicherung.**

(Schluß aus Nr. 34.)

9. Köhler, Berlin: **Neuere Vorschläge für die Kriegschirurgie.**

Therapie der Gegenwart. Heft IV.

1. Behring: **Tuberkulosebekämpfung.**

Um die menschlichen Säuglinge gegen die Tuberkulosegefahr zu schützen, welche durch die Perlsuchtmilch bedingt wird, muß erstrebt werden, daß Tuberkelbazillen in einer zur menschlichen Ernährung bestimmten Milch überhaupt nicht vorhanden sind, weder gekocht noch ungekocht; dieser Forderung kann nicht anders genügt werden, als durch Ausschaltung aller tuberkulösen und tuberkuloseverdächtigen Kühe vom Milchgewinnungsbetrieb. Zum Zweck der Rindertuberkulosebekämpfung stehen gegenwärtig folgende Mittel und Methoden zur Verfügung: 1. Die von Bang zuerst erprobte hygienische Prophylaxe durch a) Aufzucht der Kälber mit sterilisierter bezw. tuberkelbazillenfreier Milch in einem tuberkulosereinen Raum; b) Entfernung aller durch die klinische Beobachtung und Tuberkulinprüfung als tuberkulös oder tuberkuloseverdächtig erkannten Rinder aus der Zuchtherde; e) Abtötung aller mit Sicherheit als tuberkulös erkannten Rinder, auch wenn sie noch nicht an offener Tuberkulose leiden. 2. Die präventiv-medikamentöse Tuberkulosetherapie, d. h. die Schutzimpfung von Rindern in einer Zeit, wo sie noch nicht tuberkulös infiziert sind; diese erstrebt B. mit seiner „Bovovakzination". 3. Die kurative Tuberkulosetherapie, d. h. die zum Zweck der Heilung eingeleitete Behandlung tuberkulös infizierter und schon tuberkulöser Tiere mit B.s Tulaselaktin. Sowohl mit der Bovovakzination wie mit der Tulasebehandlung sollen in Argentinien auf Grund von Verträgen mit dem Staate Versuche auf breitester Grundlage angestellt werden, deren Bedingungen eingehend dargelegt werden. Von diesen dürften endgültig entscheidende Resultate in einigen Jahren zu erwarten sein.

2. Magnus-Levy, Berlin: **Kochsalz und salzlose Diät.**

Im Laufe der letzten 30 Jahre ist von manchen Seiten von den Salzen der Nahrung mit einer besonderen Betonung als von „Nährsalzen" gesprochen worden; die neuere Forschung kommt demgegenüber mehr und mehr dahin, in einem großen Teil der Mineralstoffe nicht „Nährstoffe" in diesem mystischen Begriffe zu sehen, sondern „Schutzstoffe", deren Lösung in bestimmten Verhältnissen die Tätigkeit des Protoplasmas in der richtigen Weise ermöglicht. Besonders überraschende Fortschritte sind auf dem Gebiete der Chloride gemacht worden. Die Anschauung, daß ein Uebermaß des in der Nahrung zugeführten Kochsalzes zu einer schädlichen Anhäufung im Organismus führen müsse, ist zurückzuweisen. Von einer Schädigung gesunder Menschen durch Kochsalz ist bisher nichts bekannt geworden. Wohl aber hat sich bei gewissen Krankheiten eine solche herausgestellt, in erster Reihe bei der parenchymatösen Nephritis. Namentlich Untersuchungen von Strauß und Widal haben zu der Anschauung geführt, daß unter bestimmten Verhältnissen hier das retinierte Kochsalz selber die eigentliche Gelegenheitsursache für die Entstehung der nephritischen Oedeme ist. Die letzte Ursache der hydropischen Ergüsse ist der Kochsalzreichtum der Nahrung und die Undurchlässigkeit der Nieren für Kochsalz nicht. Die Lehre von der Beteiligung der Gewebe selber an der Entstehung von Oedemen besitzt neben der Ansicht von der passiven Retention der Oedembestandteile durch Nierenschädigung ihre volle Berechtigung; das aber ist mit Sicherheit zu sagen, daß, wo einmal die Bedingungen für die Entstehung von Oedemen vorhanden sind, das Uebermaß von Kochsalz für sich allein die entscheidende und hauptsächlichste Gelegenheitsursache für deren Auftreten ist. Die Erscheinung ist auf physikalische Gesetze, auf osmotische Kräfte zurückzuführen. Die Frage, ob die Zurückhaltung der andern, auch osmotisch wirkenden Salze auch primäre Oedeme hervorbringen könne, wie das die Retention des Kochsalzes tut, ist im wesentlichen zu verneinen. In der Therapie der nephritischen Oedeme hat sich die kochsalzfreie Diät schnell eingebürgert und nur selten im Stich gelassen. Bei andern Flüssigkeitsansammlungen, bei Aszites infolge von Lebererkrankungen, bei allgemeinen Kreislaufstörungen, die vom Herzen ausgehen, hat das „régime achloruré" keine so durchgreifenden Erfolge gezeitigt. Das ist erklärlich, da die Gründe der Flüssigkeitsansammlung hier andere sind. Bei den nephritischen Oedemen handelt es sich primär um mangelndes Ausscheidungsvermögen der Niere, und das Hindernis für die Ausfuhr des Kochsalzes ist im wesentlichen beseitigt, sobald man mit der täglichen Kochsalzzufuhr unter das Maß heruntergeht, das die kranke Niere im Augenblick auszuscheiden vermag. Bei den andern Flüssigkeitsansammlungen handelt es sich in erster Reihe um mechanische Hindernisse, die durch Kochsalzentziehung allein nicht behoben werden; immerhin kann dieselbe doch eine wesentliche Unterstützung der andern üblichen Maßnahmen abgeben. Eine stärkere Kochsalzanhäufung im Körper kann auch ohne gleichzeitiges Auftreten von Oedemen vorkommen, rétention chlorurée sèche, Historetention. Eine solche findet sich bei der interstitiellen Nephritis, bei Arteriosklerose, Herzhypertrophie, Klappenfehlern, Asthma cardiale, schwerem Emphysem. Unterzieht man Patienten mit Schrumpfniere in den späteren Stadien, wenn sie an Dyspnoe, Oppression, asthmatischen Anfällen, Appetitlosigkeit leiden, einer Kochsalzentziehung, d. h. einer salzfreien Diät, so geben sie auffallend große Chlormengen her, ohne entsprechende Mengen von Wasser zu verlieren. In überraschender Weise schwinden diese Symptome der „kleinen Urämie" häufig bei der



Kochsalzentziehung. Allerstrengste kochsalzfreie Diät ist nur selten angezeigt; am ehesten bei ausgebreiteter Wassersucht in der parenchymatösen Nephritis, bei schwerer Dyspnoe, Lungenödem in der Schrumpfniere. Aus Fleisch, Brot, Kartoffeln, Milch, Obst usw. ist es leicht möglich, eine Nahrung zuzubereiten, die nicht mehr als 2 g Kochsalz enthält; durch Hinzufügung eines Liters Milch steigert sich der Kochsalzgehalt auf $3^1/_2$ g, eine Menge, die das Ausscheidungsvermögen der Niere nur selten übersteigt. Da alle natürlichen Nahrungsmittel äußerst kochsalzarm sind, so braucht, wenigstens unter diesem Gesichtspunkt, eigentlich kaum eins der natürlichen Nahrungsmittel von der Speisekarte des Nephritikers verbannt zu werden. Wichtig ist es, die Kost des Kranken für sich allein, gesondert von den Speisen der übrigen Familienmitglieder bereiten zu lassen; zum Würzen wird eine bestimmte Menge — 2 bis 4 g — Kochsalz vorgeschrieben; dieselbe wird abgewogen und kann dann von der Köchin ganz oder zum Teil zum Kochen benutzt werden, etwaige Reste kann der Kranke selbst nach Belieben dort zusetzen, wo es ihm am meisten Bedürfnis scheint. Alle animalischen Konserven oder Dauerpräparate (Würste, Schinken, Rauchfleisch, Heringe, viele Käsearten etc.) sind vom Speisezettel auszuschließen. Die Tageszufuhr wird so mit Einschluß des natürlichen Gehaltes der Nahrungsmittel noch 6 bis 8 g betragen; meist wird eine solche Kost in der ersten Zeit als fade empfunden, bei gutem Willen tritt aber in nicht zu langer Zeit Gewöhnung ein.

3. Schmitgen, Berlin: **Ueber Sarasonsche Ozetbäder.**

4. Janowski, Warschau: **Ueber die Interkostalneuralgie, besonders vom Standpunkt der Klagen des Kranken aus.**

(Schluß aus Heft III.)

In die Reihe der weniger bekannten Symptome der Interkostalneuralgie gehören solche, die ein Magenleiden vortäuschen, Klagen über brennenden Schmerz in der Herzgrube, Uebelkeit, Erbrechen; weiter solche, die an Gallensteine, Wanderniere, Nierensteine denken lassen können. Nicht unwichtig sind dann Klagen über heftige Schmerzen in der Lendengegend und im Kreuz. Schwierig wird die Diagnose besonders da, wo keine lokalisierten, sondern Beschwerden allgemeiner Natur, vornehmlich allgemeine Unruhe, Beklemmungen vorhanden sind, und in den Fällen, wo die Interkostalneuralgie gleichzeitig mit organischen Erkrankungen besteht, so mit Herzneuralgien mit echten Anfällen von Angina pectoris, mit Pleuritis, Pneumonie, Gallensteinen, Wanderniere und Pyelonephritis.

Verf. beobachtete die Interkostalneuralgie bei ungefähr 9% aller seiner Kranken; das Verhältnis zwischen Frauen und Männern betrug 73% : 27%. Bei 71% handelte es sich um linksseitige, bei 16% um rechtsseitige und in 13% um doppelseitige Interkostalneuralgie. Unter den prädisponierenden Momenten spielten Gicht, Neurasthenie, Harnsäurediathese eine wesentliche Rolle, zu den auslösenden Faktoren sind meistens Erkältungen und Infektionen zu rechnen. Die Prognose ist bei der Interkostalneuralgie, falls sie nicht ein Symptom einer anderen ernsteren Erkrankung ist, ausgezeichnet; Verf. konnte in 96% seiner zahlreichen Fälle Genesung erzielen. Die sichere und wirksame Therapie ist das Zugpflaster, das aber nicht irgend wohin auf die schmerzende Seite, sondern vollständig genau an jedem bestimmten Schmerzpunkt anzulegen ist; dauert die Neuralgie lange, gibt es zahlreiche Schmerzpunkte, so muß nach der Ausheilung der bei der ersten Untersuchung gefundenen Punkte bei einer weiteren Untersuchung eine fernere Reihe derselben ausgesucht werden. Meist empfindet der Kranke eine kolossale Erleichterung schon nach der ersten Anwendung des Zugpflasters. Sind sehr zahlreiche Schmerzpunkte vorhanden, so daß die Bestimmung derselben schwierig ist, so kann man unter Brom mit Antipyrin und mit lauen Bädern zunächst eine allgemeine Beruhigung des Kranken herbeiführen und dann mit der Behandlung der Schmerzstellen, die sich genau markieren lassen, beginnen.

Ein wichtiger Beschluß des Leipziger Verbandes zur freien Arztwahl.

Der Verband der Aerzte Deutschlands (Leipziger Verband) beschäftigte sich in seiner diesjährigen außerordentlichen Vertrauensmännerversammlung eingehend mit der Frage, auf welcher Grundlage die weitere Einführung der freien Arztwahl in der nächsten Zukunft vor sich gehen werde. Die gesetzliche Regelung des ärztlichen Dienstes bei den Krankenkassen bildet bekanntlich seit Jahren eine der dringlichsten Forderungen der deutschen Aerztetage. Wohl zu Unrecht hatte die nachdrückliche Betonung dieser Forderung in manchen Kreisen der Aerzteschaft eine gewisse Beunruhigung hervorgerufen; insbesondere waren es die fixierten Aerzte bei der Eisenbahn und den Knappschaften, die von der zwangsmäßigen gesetzlichen Einführung der freien Arztwahl eine allzu unvermittelte und deshalb empfindliche Beeinträchtigung ihrer wirtschaftlichen Interessen befürchten. So ist es zu erklären, daß in der letzten Zeit innerhalb der deutschen Aerzteschaft eine gewisse Unstimmigkeit laut wurde, die um so beklagenswerter ist, als die verschiedenen Gegner der ärztlichen Unabhängigkeit sie sich zunutze zu machen suchten. Mit Genugtuung wird deshalb die deutsche Aerzteschaft es begrüßen, daß die Vertrauensmännerversammlung des Leipziger Verbandes einen Entschluß gefaßt hat, der geeignet ist, die vorhandenen Besorgnisse zu zerstreuen und dadurch die gesunde Weiterentwicklung der ärztlichen Gemeinsamkeitsbestrebungen auf wirtschaftlichem Gebiete zu gewährleisten. Diese Entschließung betont ausdrücklich die Unverrückbarkeit der ärztlichen Forderungen. Da diese aber angesichts der Haltung der Regierung sowohl als auch des gemeinsamen Widerstandes der Verbände der Orts- und Betriebskrankenkassen wenig Aussicht auf Berücksichtigung bei der bevorstehenden Neugestaltung des sozialen Versicherungswesens haben, so wird den deutschen Aerzten der Weg der Selbsthilfe nach wie vor empfohlen als derjenige, der zum großen Segen der ärztlichen Allgemeinheit und der Kassen sich bewährt hat und bis auf weiteres als der einzig gangbare zu betrachten ist. Die Ausführungsbestimmungen zu dieser Entschließung werden den berechtigten Ansprüchen aller Aerzte gerecht, während andererseits den örtlichen Aerzteorganisationen, die nach wie vor über die Durchführbarkeit der freien Arztwahl in ihren Bezirken allein zu entscheiden haben, erprobte Vorschriften anheimgegeben werden, welche s. Zt. durch den Deutschen Aerztevereinsbund zusammengestellt und neuerdings durch die Vertrauensmännerversammlung des L. W. V. auf Grund vielfacher Erfahrungen ergänzt worden sind. Letzterer verspricht sich von der Tätigkeit der örtlichen Aerzteorganisationen auf der Grundlage dieser Vorschriften den erwünschten Erfolg bezüglich der Förderung der freien Arztwahl bei den Krankenkassen sowohl, als auch bezüglich der Propaganda unter den heute noch sich abwartend verhaltenden Teilen der deutschen Aerzteschaft.

Die Entschließung lautet:

„Wenn auch unsere Forderungen zur Regelung des ärztlichen Dienstes bei den Krankenkassen durch wiederholte Beschlüsse der deutschen Aerztetage unverrückbar festgelegt sind, so sind angesichts der Widerstände der vereinigten Verbände der Orts- und Betriebskrankenkassen und der Haltung der Regierung die Aussichten auf Berücksichtigung derselben im Krankenversicherungsgesetz sehr gering. Die vierte Vertrauensmännerversammlung des Leipziger Verbandes ist deshalb entschlossen, auf dem bisher mit Erfolg betretenen Wege der Selbsthilfe weiter zu gehen und an den Direktiven des Geschäftsausschusses und den Beschlüssen der Vertrauensmännerversammlung vom 6. November 1904 unbedingt festzuhalten. Sie betont nochmals:

1. Es soll bei Abschluß neuer Verträge und bei jeder sich bietenden Gelegenheit die freie Arztwahl erstrebt werden.
2. Insbesondere soll die freie Arztwahl überall da eingeführt werden, wo sich die beteiligten bisherigen Kassenärzte in ihrer Mehrheit, wenigstens zu zwei Drittel, dazu bereitfinden lassen, oder wo die ärztliche Organisation über die allgemeine



Durchführung der freien Arztwahl bindende Beschlüsse gefaßt hat.

3. Der Besitzstand von Kollegen (an fixierten Kassenarztstellen) ist zu berücksichtigen und bei Einbußen eine zeitlich begrenzte Einkommensgarantie in Erwägung zu ziehen.

4. Wo sich die Inhaber fester Kassenarztstellen nicht dazu bereit finden lassen, soll die Aufbesserung der Honorare ebenfalls angestrebt und die freie Arztwahl allmählich dadurch eingeführt werden, daß ohne Zustimmung der zuständigen Vertragskommission niemand Kassenarztstellen übernimmt, die durch Verzug oder Tod oder freiwilligen Rücktritt des jeweiligen Inhabers oder durch Kündigung seitens der Kasse, die der ärztliche Verein, die Vertragskommission oder die staatliche Standesvertretung als berechtigt ansieht, frei werden.

5. Im Interesse eines wirksamen Zusammenschlusses ist bei jeder geplanten Erhöhung kassenärztlicher Honorare auf organisatorischem Wege darauf Rücksicht zu nehmen, daß kein zur Kassenpraxis bereiter Arzt von dieser ausgeschlossen bleibt.

6. Die Einführung der freien Arztwahl muß das Endziel aller organisatorischen Bestrebungen sein und bleiben. Deshalb hat der L. W. V. überall da einzugreifen, ihre Einführung überall da zu unterstützen, wo die beteiligten Kassenärzte in ihrer Mehrheit, wenigstens zu zwei Drittel, damit einverstanden sind, jedoch niemals gegen ihren Willen. Wenn die örtlich beteiligten Kollegen sich geeinigt haben, hat er einzugreifen. Bis dahin erstreckt sich seine Tätigkeit nur auf die Belehrung über die Vorzüge des Systems der freien Arztwahl und auf den Ausgleich und die Versöhnung vorhandener Gegensätze.

7. Bei unseren Bestrebungen auf Förderung unserer wirtschaftlichen Standesinteressen gilt es als vornehmstes Gebot, die Schädigung einzelner Kollegen zu vermeiden. Deshalb fordert die vierte Vertrauensmännerversammlung die Sektionsvorstände und Vorsteher der Ortsgruppen auf, allenthalben energisch auf die Errichtung von Garantieabkommen im Sinne der in Münster i. W. angenommenen Pfalzschen Leitsätze hinzuwirken."

Vermischtes.

Berlin. Ein Kreis persönlicher Freunde, Schüler und Verehrer Robert Kochs hatte am 17. d. M. zu einem Begrüßungsmahle für den heimgekehrten Forscher aufgefordert, welches unter lebhafter Beteiligung einen sehr glanzvollen Verlauf nahm. Exzellenz Holle feierte Koch namens der Unterrichtsverwaltung, Geheimrat Gaffky zeichnete in beredten Worten seine Verdienste insbesondere um die Protozoenlehre, während Exzellenz Dernburg auf den Segen hinwies, welcher nicht bloß den Kolonisten und Beamten, sondern speziell der eingeborenen Bevölkerung aus den neuen Ergebnissen der hygienischen Forschung erwachsen werde. Koch, dessen jugendliche Frische allseitig mit Freuden bemerkt wurde, betonte in schlichter, aber umso eindrucksvollerer Dankrede insbesondere die Unterstützung, welche er bei den Mitgliedern seiner Expedition, namentlich dem ebenfalls anwesenden Stabsarzt Professor Kleine, gefunden hatte. Sein Hoch auf die deutsche Wissenschaft fand stürmische Zustimmung.

Obermais-Meran. Hierselbst hat im September und Oktober d. J. eine Typhusepidemie geherrscht, von der ca. 71 Personen befallen wurden. Schuld ist die Verunreinigung des Reservoirs der sogen. Naifwasserleitung durch Einleiten von verschmutztem Bachwasser. Seit dem 31. Oktober sollen keine neuen Fälle dazugekommen sein. Seit dem 25. Oktober ist nun, wie uns geschrieben wird, an die von der Naifwasserleitung versorgten Häuser strengstes Wasserbenutzungsverbot im ungekochten Zustande erlassen worden. Hingegen ist der Wassergenuß aus den übrigen Hochquellen des Kurbezirkes, welche unter stetiger bakteriologisch-chemischer Kontrolle verbleiben und welche als vollständig rein und bakterienfrei befunden wurden, in ungekochtem Zustande gestattet. Die neue sogen. Schweinstegerwasserleitung, welche ca. 70 Sekundenliter des besten und reinsten Hochquellwassers liefert und mit einem Kostenaufwande von 1 Million Kronen erbaut wurde, ist bereits fertiggestellt und wird in allernächster Zeit an Stelle der Naifleitung in Tätigkeit treten, wodurch die Wiederholung einer ähnlichen Wasserkalamität für alle Zeiten ausgeschlossen erscheint.

Berlin. Der Reichskanzler empfing am 13. November die Herren Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Löbker, Geh. Med.-Rat Dr. Pfeiffer, Geh. Sanitätsrat Prof. Dr. Lent und Sanitätsrat Dr. Heinze, die ihm im Auftrage des Deutschen Aerztevereinsbundes den Beschluß des letzten Deutschen Aerztetages betreffend die Kassenarztfrage überreichten. Es handelt sich dabei um die Hauptforderungen zu einer befriedigenden Lösung der Kassenarztfrage: Gesetzliche Bestimmung über die Regelung der Rechte und Pflichten der Kassenärzte, Zulassung jedes Arztes bei allen Krankenkassen seines Geschäftsgebiets, freie Arztwahl und Einführung von paritätischen Einigungskommissionen zur Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Aerzten und Kassen.

Berlin. Die Feier der Grundsteinlegung des Kaiserin Auguste-Viktoria-Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche wird voraussichtlich am 3. Dezember stattfinden. Die Kaiserin hat ihr Erscheinen zugesagt.

Berlin. Der Magistrat genehmigte am 23. November die Entwürfe für eine vierte Irrenanstalt in Buch. Die neue Anstalt soll 1560 Betten umfassen und rund zehn Millionen Mark kosten. Sie soll nördlich der Eisenbahnstation Buch errichtet und durch eine Allee mit den südlich der Station liegenden städtischen Anstalten verbunden werden. — Die Stadtverordnetenversammlung hatte beschlossen: „Den Magistrat zu ersuchen, bei Personen mit einem Einkommen bis zu 3000 M. die Desinfektionsgebühren außer Hebung zu lassen." Der Magistrat hat sich mit Rücksicht auf die Lage der Gesetzgebung dahin entschieden, daß die auf gesetzlicher Verpflichtung beruhende Wohnungs- und Effektendesinfektion vom 1. April 1908 ab kostenfrei auszuführen ist, also in Krankheitsfällen etc., in denen das Gesetz die Desinfektion vorschreibt.

Berlin. Im Kaiserin Friedrich-Hause hielt am Geburtstage der verewigten Fürstin die Kaiserin Friedrich-Stiftung, der die Unterhaltung des Hauses obliegt, ihre Hauptversammlung ab. Aus dem Jahresbericht ging hervor, daß im abgelaufenen Jahre stattgefunden haben: 1. für Aerzte vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen veranstaltet 29 Kurse, ferner zwei Vortragszyklen mit zusammen 24 Vorträgen, und vom „Seminar für soziale Medicin" veranstaltet 7 Vorträge; 2. für Studierende 10 Universitätskurse von außerordentlichen Professoren und Dozenten der Medicin; 5. gemeinnützige Kurse und Vorträge des „Vaterländischen Frauenvereins" (10 Vorträge), des „Samaritervereins vom Roten Kreuz" (24 Kursstunden), des „Vereins freiwilliger Krankenpfleger im Kriege vom Roten Kreuz" (Samariterkurse). Die Dauerausstellung für die ärztlich-technische Industrie ist von ca. 5000 Personen besucht worden. Was endlich die Staatliche Sammlung ärztlicher Lehrmittel anlangt, so ist die Benutzung ihrer Objekte, die unentgeltlich nicht allein für die Zwecke des Universitäts- und Aerzteunterrichtes, sondern auch für die Förderung des Anschauungsunterrichtes im Dienste der Volksbelehrung verliehen werden, eine stetig zunehmende.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Medicinische Woche

Herausgegeben von

Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80. Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.



Redaktion: Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81. Dr. P. Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 16. Dezember 1907. Nr. 50.

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Zur Frage der Lokalanästhesie nach der Methode von Schleich.

Von Dr. **W. W. Rosanow.**

(Fortsetzung.)

Die Technik der Infiltrationsanästhesie besteht hauptsächlich in der Fertigkeit, ein lokales Oedem zu erzeugen. Schleich verwendet zu diesem Zwecke eine 10 g fassende Spritze und führt mittels derselben große Quantitäten in die Haut ein, welche dabei weiß wird und dermaßen anschwillt, daß beispielsweise der Finger oder das Ohr Formen annehmen, welche an Elephantiasis erinnern.

Ich glaube, daß die Einspritzung von größeren Quantitäten Infiltrationsflüssigkeit ganz überflüssig ist, da man auch mittels geringer Flüssigkeitsquantitäten absolute Anästhesie zu erzielen vermag.

Ich verwende gewöhnlich eine 1 g fassende Pravazspritze und sehr dünne Nadeln, welche bei Injektionen von Arsen angewendet werden und mache eine Reihe von Einstichen hintereinander an der Linie der mutmaßlichen Inzision. An den Einstichstellen bildet sich eine weiße Blase von der ungefähren Größe eines Einmarkstückes, und auf diese Weise stellt die Inzisionslinie eine Reihe von Blasen dar.

Wenn zwischen diesen Blasen normal gefärbte Hautstellen zurückbleiben, so kann man dieselben gleichfalls mit Flüssigkeit inhibieren, indem man ergänzende Einstiche macht. Die Einstiche sind in die Haut selbst zu machen, wobei man bestrebt sein muß, zwischen Epidermis und Stratum malpighii, jedenfalls nicht unter die Haut zu gelangen; die Einstiche sind rasch und unter gewisser Kraftanwendung zu machen, da es dann besser gelingt, eine Blase zu erzeugen und die Einstiche weniger schmerzhaft sind.

Die Mehrzahl der Autoren zieht jedoch vor, die nachfolgenden Einstiche von der ersten Blase aus zu machen, weil sie fürchten, durch die überflüssigen Einstiche Schmerzen zu verursachen; jedoch steigt bei diesem Verfahren die Quantität der zur Einführung gelangenden Flüssigkeit, was für die Kranken, wie wir später sehen werden, nicht gleichgültig ist.

Sobald eine Reihe von Blasen entstanden ist, muß man sofort die Hautinzision ausführen, welche nunmehr ohne jegliche Schmerzen vor sich geht.

Bei tiefen, schichtenweise durchzuführenden Inzisionen müssen neue Injektionen stattfinden, die man am besten mittels gekrümmter Nadel ausführt. Bisweilen kann man, ohne die Haut zu zerreißen, auch die tiefer liegenden Schichten anästhesieren, indem man am Schlusse der Infiltration einige Spritzen unter die Haut oder unter die Basis der zu anästhesierenden Geschwulst bezw. in die Höhle des Hodensackes bei radikaler Hydrozelen-Operation einspritzt.

Manche Körpergebiete sind durch die Beschaffenheit der sie bedeckenden Haut und des Unterhautzellgewebes für die Anwendung der Infiltrationsmethode außerordentlich geeignet. Hierher gehören die Augenlider, das Präputium, der Hodensack usw. Hier ist die Erzeugung eines lokalen Oedems außerordentlich leicht und erheischt geringe Quantitäten Infiltrationsflüssigkeit.

Demgegenüber gelingt die Infiltrationsanästhesie an anderen Stellen, beispielsweise an den Fußsohlen, Nasenflügeln und anderen ähnlichen Stellen, wo die Haut unnachgiebig ist, außerordentlich schwer.

Dasselbe wird auch bei pathologischen Zuständen der Gewebe beobachtet. So ist es beispielsweise am leichtesten, die Infiltrationsanästhesie bei Personen zu erzielen, die an allgemeiner Wassersucht leiden, während Narbengewebe oder Geschwülste, die mit der Umgebung durchweg verwachsen sind, bisweilen ein unüberwindliches Hindernis für die Anwendung der Schleichschen Methode abgeben.

Was die Quantität der zu injizierenden Infiltrationsflüssigkeit betrifft, so schwankte dieselbe in meinen Fällen in weiten Grenzen, und zwar je nach der Größe des Operationsfeldes, der Dauer der Operation und der Nachgiebigkeit der Gewebe. Gewöhnlich betrug dieselbe 1,0 bis 30,0, was einem Kokaingehalt von 0,001 bis 0,03 entsprach. Nur in Ausnahmefällen (Entfernung von sehr großen Geschwülsten) wurden 50,0 Infiltrationsflüssigkeit injiziert, was der Maximalkokaindosis entspricht. Heinatz injizierte dieselbe Lösung Erwachsenen bis 100,0, während Braun in zwei Fällen sogar bis 300,0 ging.

In der weitaus größten Mehrzahl der Fälle ist es mir gelungen, vollständige Anästhesierung der zu operierenden Stelle zu erzielen. Gewöhnlich empfanden bei der Durchschneidung der Haut die Patienten auch nicht den geringsten Schmerz und merkten nicht einmal den Augenblick der Inzision. In dieser Beziehung sind die Angaben zweier Aerzte besonders wertvoll, die ich wegen kleiner Neubildungen an der Schulter und am Halse zu operieren hatte. Die ärztlichen Patienten versicherten, daß sie weder bei der Inzision, noch bei der Enukleation der Geschwulst und Vernähung der Haut die geringste Spur von Schmerzen, sondern nur leichte Berührung von stumpfen Gegenständen verspürten.

In einigen Fällen, besonders bei langdauernden Operationen, begann das Oedem allmählich zu schwinden, und die Patienten klagten über Schmerzen; jedoch genügten einige Spritzen Infiltrationsflüssigkeit, um die Operation wieder schmerzlos zu machen.

Die schlechtesten Resultate im Sinne der erzielten Schmerzlosigkeit wurden, wie wir später sehen werden, bei akuten entzündlichen Affektionen, wie bei Panaritium etc. beobachtet, was auch durch andere Beobachter bestätigt wird.

Nicht in einer einzigen der von mir ausgeführten Operationen

habe ich auch nur eine Andeutung auf leichte Vergiftung oder irgend eine sonstige Nebenwirkung des Anästhetikums beobachtet, trotzdem ich nicht selten am sitzenden Patienten, auf nüchternem Magen etc. operierte. Dasselbe bestätigen auch andere Beobachter.

Vom theoretischen Standpunkte geht die Unschädlichkeit der Infiltrationsanästhesie aus folgenden Betrachtungen hervor; 1. Je stärker das Kokain verdünnt und je weniger konzentriert die Kokainlösung ist, desto geringer ist ceteris paribus seine Giftigkeit. Diese Tatsache gilt nicht nur für das Kokain, sondern auch für alle anderen Gifte; 2. schützt die äußerst langsame Resorption des künstlich erzeugten Oedems den Organismus vor dem Eintritt einer bedeutenden Kokain-Quantität; 3. muß man, wie gesagt, unmittelbar nach der Bildung des Oedems zur Operation schreiten, wodurch ein großer Teil der injizierten Flüssigkeit wieder aus den Geweben herausbefördert und die Möglichkeit des weiteren Ueberganges derselben in das Blut unterbrochen wird.

Würden wir aus den Schleichschen Lösungen das Morphium beseitigen und das Kokain durch ein unschädlicheres Kokain ersetzen, so würde die Gefahr der Infiltrationsanästhesie auf ein Minimum heruntergehen.

Meine sämtlichen Operationen habe ich an stationären und ambulatorischen Patienten des städtischen Dimitri-Krankenhauses ausgeführt. Ihre Zahlen betragen, wie gesagt, 247.

Ihrer Natur nach lassen sie sich folgendermaßen einteilen:

1.	Entfernung von gutartigen Geschwülsten (Atheromen, Lipomen, Fibromen, Osteomen)	41
2.	Entfernung von malignen Geschwülsten (Epitheliomen des Gesichts, Karzinomen der Unterlippe etc.)	37
3.	Entfernung von Fremdkörpern (Nadeln, Glassplitter u. dergl.)	16
4.	Entfernung von Lymphdrüsen (Tuberkulose etc.)	12
5.	Inzisionen bei Phlegmonen, Bursitiden, kalten Abszessen etc.	32
6.	Inzisionen bei Panaritien	18
7.	Inzisionen bei Furunkeln	2
8.	Inzisionen bei Spaltung von Phalangen	14
9.	Enukleation von Phalangen bei Erfrierungen	14
10.	Enukleation von überzähligen Fingern bei Erwachsenen	1
	Uebertrag:	187
	Uebertrag:	187
11.	Eröffnung der Brusthöhle mit Rippenresektion wegen eitrigen Exsudats	11
12.	Plastische Operationen am Gesicht (Augenlider, Nase etc.)	9
13.	Operationen der Hasenscharte bei Erwachsenen	3
14.	Wiederherstellung des Dammes nach Lawson Tait	2
15.	Operationen der Phimose nach Roser	4
16.	Urethrotomia externa wegen Steinen	4
17.	Radikaloperationen der Hydrozele nach Volkmann	9
18.	Anlegung einer Magenfistel bei Karzinom des Oesophagus	1
19.	Talmasche Operationen bei Leberzirrhosen	4
20.	Probelaparotomie	1
21.	Primäre und sekundäre Hautnähte	12
	Zusammen	247.

Außerdem habe ich die Infiltrationsmethode vielfach bei verschiedenen Punktionen (Thoracocentesis, Aszites, Injektionen von Jodoform-Emulsionen in die Gelenke, Probepunktionen etc.), sowie auch bei Aetzungen und ähnlichen Fällen angewendet.

Manche Autoren, wie beispielsweise Braun, Hackenbruch, Mikulicz, Schleich haben die Infiltrationsanästhesie bei der radikalen operativen Behandlung von eingeklemmten Hernien, bei Unterbindung der Vv. saphenae nach Trendelenburg, bei der Exzision von Hämorrhoidalknoten, bei Nervenresektionen, Tenotomien, Kastrationen, Enukleationen des Augapfels, Hauttransplantationen nach Tiersch, sowie bei verschiedenen Laparotomien, angewendet.

Bei gutartigen Geschwülsten gelingt die Anästhesierung in der Mehrzahl der Fälle leicht. Vor allem muß man die Linie der proponierten Inzisionen schmerzlos machen. Nach Spaltung der Haut werden, wenn die Geschwulst tiefer sitzt, auch die folgenden Schichten infiltriert. Sobald man an die Geschwulst selbst herangekommen ist, so injiziert man die Infiltrationsflüssigkeit an der Peripherie in radiärer Richtung, wobei man bestrebt sein muß, das Oedem zwischen der Geschwulst selbst und den Geweben, in die sie eingebettet ist, zu erzeugen, was in der Mehrzahl der Fälle leicht gelingt. Hierauf schreitet man zur Enukleation der Geschwulst, welche nunmehr schmerzlos vor sich geht. Die Basis der Geschwulst muß man gleichfalls sorgfältig infiltrieren und folglich schmerzlos machen.

Feuilleton.

Die Pathologie der Bibel.

Eine medizinisch-historische Skizze von **Dr. Peters**, Goslar.

(Fortsetzung.)

Diese letztere Krankheit oder eine kongenitale Parese können wir bei den beiden Kranken annehmen, von denen Apostelgeschichte 3, 2 und 14, 8, berichtet wird; der erste ist ein Bettler, „lahm von Mutterleibe“, der sich zur Tempeltür tragen ließ, dessen „Schenkel und Knöchel feststanden“ nach seiner Heilung; der zweite „hatte schwache Füße, war lahm von Mutterleibe und hatte noch nie gewandelt“, und er „sprang auf und wandelte“ nach seiner Heilung; bei beiden müssen also die Knochen, Gelenke usw. der Extremitäten völlig normal entwickelt gewesen sein und haben nur infolge der Lähmung der Muskulatur nicht bewegt werden können.

Nicht um eine angeborene teilweise Lähmung, sondern um eine kongenitale beiderseitige Hüftgelenksluxation, wie sie uns so häufig in der Praxis begegnet, dürfte es sich bei dem 2. Sam. 9, 3 und 13 erwähnten Mephiboseth handeln, einem Enkel Sauls, von dem es heißt: „er hinkte mit seinen beiden Füßen“.

Eine Lähmung, und zwar eine plötzliche (hysterische?) müssen wir annehmen bei dem Bericht von dem König Jerobeam, 1. Kön. 13, 4, dessen befehlend wider den Propheten ausgestreckte Hand „verdorrete, daß er sie nicht wieder an sich ziehen konnte“; doch ist dieser Lähmungszustand nur von kurzer Dauer; desgleichen eine chronische Lähmung mit Muskelatrophie bei dem von den Synoptikern (Matth. 12, 10; Mark. 3, 1; Luk. 6, 6) erwähnten „Menschen mit der verdorreten Hand“, der dann geheilt wird. — Erwähnt sei hier noch der Bericht des Lukas (13, 11) von dem Weibe, die „seit 18 Jahren krumm war und nicht wohl aufsehen konnte“; vielleicht eine Arthritis deformans mit Kontraktur beider Unterextremitäten im Hüftgelenk. — Als letzte der Deformitäten sei eine kongenitale Polydaktylie angeführt, von der 2. Sam. 21, 20 erzählt wird, woselbst es heißt: „Da war ein langer Mann, der hatte sechs Finger an seinen Händen und sechs Zehen an seinen Füßen, das ist vierundzwanzig an der Zahl“ — gewiß ein Fall von seltener Vielseitigkeit und Regelmäßigkeit!

Die Mitteilungen über innere Krankheiten sind verhältnismäßig außerordentlich spärlich. Von einem Fieber, einem „harten Fieber“, an dem die Schwieger des Petrus krank liegt, melden die Synoptiker (Matth. 8, 14; Mark. 1, 30; Luk. 4, 58); es ist nach den spärlichen Angaben schwer zu entscheiden, ob es als Begleiterscheinung einer akuten Infektionskrankheit (Typhus?) oder einer anderen inneren fieberhaften Krankheit aufzufassen ist. An einer Krankheit der letzteren Art, bei der gerade das Fieber das bedrohliche Symp-



Je größer die Geschwulst und je beweglicher dieselbe ist, desto leichter gelingt die Infiltration und Enukleation.

Die Mehrzahl der von mir exstirpierten Geschwülste waren erbsen- bis hühnereigroß. Zweimal mußte ich ein faustgroßes Lipom und einmal sogar ein Lipom von der Größe des Kopfes eines erwachsenen Menschen exstirpieren. Letztere Geschwulst saß am Rücken und hatte eine verengte Basis, so daß sie gleichsam an einem breiten Stiele hing.

Bei kleineren Geschwülsten genügt es, unter die Basis der Geschwulst ein bis zwei Spritzen bis zum vollständigen Weißwerden der Geschwulst zu injizieren, um vollständige Anästhesie zu erzielen.

Bei malignen Neubildungen ist die Schleichsche Anästhesie nicht immer anwendbar, da sie ihren Zweck nur bei kleinen, scharf abgegrenzten Geschwülsten erfüllt. Wenn aber die Geschwulst groß ist und ihre Grenzen nicht klar und nur abzutasten sind, so ist es besser, irgend eine andere Methode der lokalen Anästhesie anzuwenden, da man befürchten muß, die Grenzen der Geschwulst, die bei der Infiltration bisweilen noch undeutlicher werden, zu übersehen.

Ich hatte Gelegenheit, unter Infiltrationsanästhesie in zwölf Fällen von Epitheliomen des Gesichts, in vierzehn Fällen von Karzinomen der Unterlippe und in einem Falle von faustgroßem Sarkom-Rezidiv in der Regio sacralis zu operieren.

Bei der Entfernung von Epitheliomen muß man die Infiltrationsanästhesie in der Linie der proponierten Inzision, d. h. um die Neubildungen herum, injizieren. Außerdem muß man einige Spritzen unter die Basis der Geschwulst injizieren, wobei die injizierte Flüssigkeit bisweilen durch die am Boden vorhandenen Spalten und Vertiefungen zurückfließt. Bei gewisser Uebung kann man jedoch dies leicht vermeiden. Nach Entfernung der Neubildung werden, falls der entstandene Defekt plastisch geschlossen werden soll, neue Injektionen den proponierten Schnitten entlang, sowie unter den zu transplantierenden Lappen gemacht.

Karzinome der Unterlippe kann man bisweilen schmerzlos entfernen, wenn man in die Lippe an den Seiten der Neubildung eine mehr oder minder bedeutende Quantität Flüssigkeit in die Linie der im Gedanken zuvor gefaßten Inzision injiziert.

Wenn dabei, was nicht selten vorkommt, auch zur Entfernung der Lymphdrüsen geschritten wird, so kann man auch hier das Schleichsche Verfahren anwenden, was ich in sechs Fällen auch getan habe.

Durch Schicht für Schicht geführte Infiltration der Gewebe wird es möglich, die Drüse bloß zu legen, worauf man dieselbe entfernt und dabei bestrebt ist, an der Drüse nicht stark zu ziehen, da man dadurch durch Spannung der nicht infiltrierten hinter der Drüse liegenden Gewebe Schmerzen erzeugen kann.

Bei stark affizierten und bereits unbeweglich gewordenen Drüsen ist es besser, zur Narkose zu greifen.

Desgleichen kann man mit Hilfe der Schleichschen Methode kleine Gewebs- und oberflächlich liegende tuberkulöse Drüsen entfernen. Ich selbst habe sechs derartige Operationen ausgeführt. (Schluß folgt.)

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 23. Oktober 1907.

Vor der Tagesordnung:

Mühsam demonstriert zwei Patienten mit traumatischer Radialislähmung, die er operativ geheilt hat.

Schlesinger zeigt zwei Fälle von noch nicht beobachteten Sehnenluxationen, nämlich des M. extensor carp. uln. und des M. semitendinosus.

Tagesordnung:

Joachimsthal: Eine ungewöhnliche Form der Knochenerweichung.

Der betr. Patient hatte als Kind zur Zeit laufen gelernt und sich auch weiterhin in normaler Weise entwickelt. Mit dem zwölften Lebensjahre setzten im Anschluß an länger dauernde Störungen von seiten des Verdauungstraktus Knochenschmerzen ein, allmählich entwickelten sich Verbiegungen der Unterschenkel, und schließlich kam es zu voller Gehunfähigkeit. Der Patient zeigte beim Eintritt in die Beobachtung im Alter von 17 Jahren geringe Skelettveränderungen an Kopf und Rumpf, hochgradige Verkrümmung der Unterschenkel, Auftreibung der Epiphysen und an allen Röhrenknochen auffallende Weichheit und Druckempfindlichkeit. Das Röntgenbild zeigte Epi- und Diaphysen weit getrennt durch breiten Knorpelschatten, Verschmälerung der diaphysären Kompakta und zahlreiche Fissuren an allen Röhrenknochen. J. betrachtet das Krankheitsbild als zur Spätrachitis gehörig. Durch Verabreichung von Phosphorlebertran (bisher zehn Flaschen) ist

---

tom gewesen zu sein scheint, liegt nach Ev. Joh. 4, 47 bis 52 der Sohn des Königischen zu Kapernaum schwer krank; nach Vers 52 „ist es besser mit ihm worden, als ihn das Fieber verließ“; nach dem hieraus zu folgernden kritischen Temperaturabfall könnte man an eine Pneumonie oder ähnliches denken.

Unter ausgesprochenen Gehirnerscheinungen erkrankt und stirbt nach 2. Kön. 4, 18 bis 20, der Sohn der Sunamitin; er geht hinaus zu seinem Vater zu den Schnittern, schreit plötzlich: „o mein Haupt, mein Haupt“; zu seiner Mutter heimgebracht, stirbt er am gleichen Mittag. Die Plötzlichkeit der Erkrankung und der schnelle Exitus sprechen für einen apoplektischen Insult, bei dem vielleicht hereditär beanlagten, möglicherweise auch luetischen Manne unter der Einwirkung des anstrengenden Ganges aufs Feld zur heißen Erntezeit; doch bleibt angesichts dieser Umstände auch die Erklärung eines Hitzschlages. — Einen weiteren plötzlichen Todesfall findet man verzeichnet 1. Sam. 4, 18, wo der Priester Eli bei der Nachricht von dem Raub der Bundeslade plötzlich tot vom Stuhl fällt und den Hals bricht; hier sind zwei Möglichkeiten: entweder kann es ein Gehirnschlag oder Herzschlag infolge von Arteriosklerose gewesen sein, denn es wird von ihm gesagt: „er war alt“, dann war die Zertrümmerung der Halswirbel nur sekundär; oder es hat der Schreck nur den Fall vom Stuhl verursacht, der dann eine tödliche Nackenwirbelfraktur zur Folge hatte, denn es heißt von ihm: „er war ein schwerer Mann“. — Endlich seien zwei plötzliche Todesfälle angeführt, von denen die Apostelgeschichte 5, 5 und 10, berichtet; Ananias, vom Apostel der Veruntreuung überführt, sinkt tot nieder, ebenso unter gleichen Umständen drei Stunden später sein Weib, beide offenbar vor Schreck vom Herzschlag gerührt. — Ein Fall von (chronischer?) Nephritis wird Luk. 14, 2, erwähnt, woselbst die Heilung eines „wassersüchtigen“ Menschen erzählt wird — leider ohne alle näheren Angaben. — Größeres Interesse erregt die Krankheit des Königs Joram, 2. Chron. 21, 18 und 19; es heißt da, daß „der Herr ihn plagte in seinem Eingeweide mit solcher Krankheit, die nicht zu heilen war“; nachdem sie zwei Jahre gewährt, „ging sein Eingeweide von ihm in seiner Krankheit, und er starb in schlimmen Schmerzen“; diese Beschreibung läßt sowohl die Vermutung der Tuberkulose des Darms, vielleicht auch des Peritoneums, wie eines Carcinoma recti zu.

Von den krankhaften Erscheinungen der Spermatorrhö berichtet 3. Mose 15, 16; von Gonorrhö dasselbe Kapitel in Vers 2 und 3: „wenn ein Mann an seinem Fleisch einen Fluß hat“, und „wenn sein Fleisch vom Fluß eitert, derselbe ist unrein“. Die dann folgenden strengen Vorschriften über Reinlichkeit in Betten, Wäsche und Kleidung bei solcher Erkrankung deuten auf die Erkenntnis ihrer großen Ansteckungsgefährlichkeit hin. Das ist aber auch alles, was die Bibel über Geschlechtskrankheiten meldet.

An Frauenkrankheiten finden wir besprochen Menorrhagieen und Dysmenorrhö im 3. Mose 15, 25 ff.: „wenn ein Weib



eine wesentliche Erhöhung der Knochenfestigkeit erzielt und die Gehfähigkeit wieder hergestellt worden.

Böhm: Ueber die Aetiologie der Rückgrats-Verkrümmungen.

Eine Ursache für die Entstehung der idiopathischen habituellen Skoliose ist nicht bekannt. B. hat Untersuchungen an einer größeren Skelettsammlung in Amerika anstellen können. Dabei fand er nicht selten Anomalien in dem Sinne, daß z. B. der siebente Halswirbel durch Ansatz von Rippen zum ersten Brustwirbel wird. Dadurch tritt eine numerische Verschiebung der einzelnen Teile der Wirbelsäule ein. Diese numerische Variation des Skeletts kann in kranieller Richtung und ebenso umgekehrt in kaudaler Richtung erfolgen. Weiterhin kann dieselbe auch asymmetrisch sein. Dann ist die Folge, daß die einzelnen Wirbel numerisch verschiedene Rippen tragen; die Symmetrie des Thorax wird dadurch gestört und eine Verbiegung der Wirbelsäule bedingt. Ganz entsprechend liegen die Verhältnisse bei der Lendenwirbelsäule, wo eine ungleichmäßige Verteilung der Kreuzbeinflügel, die Analoga der Rippen darstellen, auf die einzelnen Wirbel resultiert. Vielfache Variationen derartiger Asymmetrien sind möglich. Durch Röntgenuntersuchungen war es möglich, bei einer größeren Zahl von Patienten mit habitueller Skoliose das Vorhandensein solcher numerischen Variationen nachzuweisen. Es dürfte danach anzunehmen sein, daß anatomische Entwicklungsfehler zur habituellen Skoliose führen.

Falk: Zur Umformung der Wirbelsäule während der fötalen Entwicklung.

F. berichtet über die bei der Umformung der unteren Wirbelsäulenteile im intrauterinen Leben sich abspielenden Prozesse. Abnormitäten dabei führen zu bestimmten Difformitäten des Beckens (Assimilationsbecken). Für diese sind also Wachstumsvorgänge, nicht, wie man bisher annahm, mechanische Belastungsmomente verantwortlich.

Diskussion:

Hoffa verweist auf die hohe Bedeutung der Böhmschen Untersuchungen.

Schütz hat die Befunde Böhms bei einer Anzahl von habituellen Skoliosen durch Röntgenuntersuchung bestätigen können. Er warnt davor, von dieser Bereicherung der ätiologischen Kenntnisse einen Schluß auf die Therapie zu ziehen, in dem Sinne, daß das Vertrauen in die bisher mit Erfolg geübten therapeutischen Maßnahmen erschüttert wird.

Levy-Dorn bemängelt die Beweiskraft einiger der vorgetragenen Momente.

Simons regt eingehende vergleichende anatomische Untersuchungen zu den behandelten Fragen an.

Baginsky glaubt nach seinen reichen praktischen Erfahrungen, daß für das Gros der Skoliosen doch wohl noch andere Faktoren mitsprechen, als lediglich die Anlagen.

Sitzung vom 30. Oktober 1907.

Vor der Tagesordnung:

Simons berichtet über einen Fall von kriminellem Abort, bei dem eine Woche nach den ersten Durchbohrungsversuchen durch die gänzlich durchrissene resp. durchreißende hintere Zervixwand ein viermonatiger Fötus wie unter normalen Wehen geboren wurde bei völlig erhaltenem Zervikalkanal.

Tagesordnung:

Schlesinger: Operative Behandlung traumatischer Meningitis.

Der betreffende Patient erlitt durch ein Trauma eine Splitterfraktur des Schädels; durch Operation wurde aus dem vereiterten Knochen ein Sequester entleert und der Knochen bis zur Dura fortgenommen. Weiter fortbestehende Kopfschmerzen ließen eine meningeale Reizung annehmen, die Lumbalpunktion ergab klare Flüssigkeit mit hohem Druck. Als zwei Tage später Krampferscheinungen im Arm auftraten, wurde erneut operiert in der Annahme eines Gehirnabszesses oder eitriger Meningitis über dem Armzentrum. Der Knochen zeigte sich weiter vereitert; die Punktion über dem Armzentrum ergab klares Serum. Der fortbestehende schwere Zustand machte noch einen dritten Eingriff notwendig, und jetzt konnte ein Eiterherd zwischen Dura und Arachnoidea, ein handtellergroßes meningeales Empyem, entleert werden. Damit setzte prompt die Heilung ein. Zwei Monate später wurde die plastische Deckung des 16 : 19 cm großen Defektes mit gutem Erfolg vorgenommen. Besonders bemerkenswert bei dem Falle ist die Entstehung der Phlegmone fern von dem Orte der Läsion und weiter, daß kein Gehirnprolaps entstanden ist.

Benda und Biesalski: Die Farbenphotographie nach Lumière im Dienste der Medicin.

Erläuterung des Verfahrens und Demonstration von mikrophotographischen Aufnahmen, Photogrammen von Leichenmaterial, Landschaften, Blumenstücken.

Anschließend demonstriert Buki Bilder, die nach einem von Frl. Ledermann angegebenen Dreiplattenverfahren hergestellt sind, und Kraus wie Lassar berichten über Versuche, die sie mit der Mietheschen Methode angestellt haben.

---

den Blutfluß eine lange Zeit, zu ungewöhnlicher Zeit oder über die gewöhnliche Zeit hat" usw. — folgen die betreffenden Vorschriften, deren Strenge auf die Erkenntnis von der Möglichkeit einer chronischen Endometritis, unter Umständen gonorrhoischen Charakters schließen lassen. — Um eine nicht gonorrhoische Endometritis mit Metrorrhagieen handelt es sich bei dem Weibe, von dem die Synoptiker (Matth. 9, 20; Mark. 5, 25; Luk. 8, 43) erzählen, die „zwölf Jahre den Blutgang gehabt hatte"; bei Markus findet sich hier der uns Aerzte interessierende Zusatz: „die hatte viel erlitten von vielen Aerzten, und hatte all' ihr Gut drob verzehrt, und half sie nichts, sondern vielmehr ward es ärger mit ihr". Für die Annahme einer solchen Krankheit spricht die Beschreibung der Heilung: „alsbald vertrocknete der Brunnen ihres Bluts, und sie fühlte es am Leibe, daß sie von ihrer Plage war gesund geworden".

Im Anschluß an diese gynäkologischen Mitteilungen sei hier gleich besprochen, was uns die Bibel über Geburtshilfe, normale und pathologische, meldet. 2. Mose 1, 15, wird erzählt, daß für das ganze damals in Aegypten wohnende Volk Israel, das nach Vers 7 desselben Kapitels zu jener Zeit schon sehr zahlreich war, nur zwei „Wehmütter" vorhanden waren, Siphra und Pua; desgleichen, daß schon damals das in manchen Gegenden noch bis vor wenigen Jahrzehnten geübte „Gebären auf dem Stuhl" üblich war; übrigens konnten diese Hebammen die große Arbeitslast insofern glatt bewältigen, als sie meist leichte Arbeit hatten; denn nach ihrer eigenen Angabe in Vers 19 „sind die ebräischen Weiber harte Weiber, und ehe die Wehmutter zu ihnen kommt, haben sie geboren". Auf die sonst bei und nach Entbindungen üblichen Hantierungen, die natürlich fast ganz unseren heutigen gleichen, läßt die Stelle Hesek. 16, 4, schließen, daß „da das Kind geboren, der Nabel verschnitten, es mit Wasser gebadet wird, daß es sauber würde, mit Salz abgerieben und in Windeln gewickelt wird." — Zwillingsgeburten werden im Alten Testament zweimal berichtet: 1. Mose 25, 24 bis 26, gibt Rebekka den Zwillingen Esau und Jakob das Leben, und 1. Mose 38, 29, wird Thamar von Zwillingen Perez und Serah entbunden. Letztere Entbindung bietet insofern etwas pathologisch Bemerkenswertes, als von dem zweiten Kinde vor der Ausstoßung des ersten ein Arm vorgefallen ist, der zurückgebracht wird, und daß von einem durch den abnormen Verlauf verursachten Dammriß die Rede ist. — Ein Partus mit letalem Exitus ist die Geburt des Benjamin — 1. Mose 35, 17 —; es heißt da von Rahel: „es kam sie hart an über der Geburt, und die Geburt ward ihr so schwer, und ging ihr die Seele aus, daß sie sterben mußte"; die Ursache dieses Ausgangs scheint Vorzeitigkeit der Entbindung infolge Ueberanstrengung auf der Reise gewesen zu sein.

(Schluß folgt.)



Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur.

Klinischer Abend vom 15. November 1907
im Allerheiligen-Hospital.

Vorsitzender: Herr Harttung.

Vor der Tagesordnung stellt Herr Löwenhardt einen Mann mit riesigem Nierentumor vor, der sich bereits vor 1½ Jahren durch eine rechtsseitige Varicocele bemerklich gemacht hatte, aber nicht erkannt worden war. Die Konstatierung rechtsseitiger Hämaturie ist sehr erschwert. Operabilität sehr ungünstig, daher nur Behandlung mit Palliativmitteln.

Tagesordnung:

1. Herr Bruck: Wirbelsäulen-Versteifung.

Bei dem vorgestellten Patienten besteht Kyphose der unteren Hals- und oberen Brustwirbel; von da ab ist die ganze Wirbelsäule gerade und steif. Dreh- und Nickbewegungen des Kopfes sind nur ganz geringfügig ausführbar; Arme können nicht über die Horizontale gehoben werden; Thorax ist abnorm flach und bewegt sich beim Atmen gar nicht. Muskulatur und innere Organe sind gesund. Es handelt sich um eine chronische Ankylose der Wirbelsäule und Schultergelenke, vielleicht auf gonorrhoischer Basis. Der Fall entspricht dem Strümpellschen Schema. — Herr Ossig hat beim Pat. die Röntgenuntersuchung vorgenommen und hat atrophische Prozesse in den Gelenken konstatiert.

Herr Rosenfeld betont die Bedeutung derartiger Krankheitsfälle und erwähnt, daß er mit heißen Bädern und Uebungstherapie gute Erfolge erzielt hat.

2. Herr Förster: a) Cysticercus im Gehirn.

Pat. wird vorgestellt, der früher an epileptischen Anfällen besonderer Art gelitten hatte: Der Kiefer verzog sich nach links, darauf ging der Krampf auf die linke Gesichts- und dann auf die linke Körperhälfte über, und es trat Bewußtlosigkeit ein. Es bestand Druckempfindlichkeit am unteren Trigeminusast. Vor dem ersten Anfall hatte Pat. einen Unfall erlitten, indem er von einem Heuwagen herab auf die rechte Kopfseite gefallen war, und darin sah er die Ursache seiner epileptischen Krämpfe. Es kam zur Operation, und da zeigte sich unterhalb der Zentralwindungen ein cystisches Gebilde, das als Cysticercus erkannt und entfernt wurde. Erfolg der Operation war gut.

b) 13jähriger Junge war von der Schaukel gefallen und tief komatös; Sensorium kehrte zurück, aber es blieb sensorische und motorische Aphasie, Puls war langsam und unregelmäßig. Als dann auch epileptische Anfälle auftraten, wurde operiert und eine Depressionsfraktur des Schädels und Commotio cerebri festgestellt. Knochen wurde entfernt und Wunde geschlossen. Sensorische Aphasie ist geschwunden, motorische noch z. T. vorhanden (Demonstration).

3. Herr Tietze stellt einen kleinen Jungen vor, bei dem infolge einer geheilten Fraktur beider Vorderarmknochen eine ischämische Kontraktur der Hand eingetreten war. Auf Empfehlung von Förster wurde der Nerv aus dem Narbengewebe herausgelöst und damit eine vollkommene Besserung erzielt. Dieselbe Operation wurde mit gleich gutem Erfolge bei einer Patientin ausgeführt, die nach einem metastatischen Prozeß in der Kniekehle eine Peroneuslähmung erlitten hatte. T. bespricht dann die Operation tuberkulöser Abszesse. Man darf keinen breiten Schnitt machen, sondern nur punktieren und Jodoform-Emulsion injizieren. In geeigneten Fällen hat er auch die Abszesse vollständig exzidiert und dadurch eine viel raschere Heilung erzielt. Sie haben alle eine starke Membran und können daher wie Cysten behandelt werden. Demonstration dreier Fälle, die nach dieser Methode operiert worden sind.

4. Herr Neißer: Septischer Gelenkrheumatismus nach Erythema nodosum.

Pat., der wegen eines schweren Rezidivs nicht vorgestellt werden konnte, wurde mit Salizylpräparaten und Antistreptokokkenserum (100 ccm) behandelt, obwohl keine Kokken nachzuweisen waren. Erfolg war negativ.

5. Herr Falgowski: Heilung einer puerperalen Eklampsie durch Dekapsulation beider Nieren (Ausschälung aus der Kapsel).

28jährige IV. para hat, außer einer Nephritis mit 17 Jahren, keinerlei Krankheit durchgemacht. 13 Stunden post partum traten die ersten Anfälle auf, die innerhalb 24 Stunden an Intensität und Häufigkeit riesig zunahmen, so daß die Intervalle fast ganz aufhörten. Es kam wenig Urin mit viel Eiweiß und Zucker. Indikation zum operativen Eingriff war daher gegeben. Die Spaltung der Nierenkapseln und Ausschälung der Nieren zur Herabsetzung des intrakapsulären Druckes wurde von Herrn Tietze mit vollem Erfolge ausgeführt. Acht Stunden nach der Operation bestand noch Koma, aber ohne Anfälle. Die allgemeine Besserung trat auch allmählich ein.

6. Herr Stern bespricht einen Fall von puerperalem Tetanus.

14 Tage nach einem Abort erkrankte Pat. an Steifigkeit der Kiefer, dann der Rücken- und Bauchmuskulatur und schließlich der Beine. Jetzt, nach zwei Wochen, besteht nur noch leichter Trismus. Behandelt wurde sie mit Antitoxinserum, aber Wirkung war unsicher. Auskratzung des Uterus hat nichts ergeben.

7. Herr Harttung berichtet über eine Patientin, die an schwerer Hydrargyrum-Vergiftung zu Grunde ging. Nach der dritten Injektion von Hydrarg. salicyl. traten Durchfälle auf, die auf Opium nachließen. Es wurde dann die vierte Einspritzung gemacht, die den Tod herbeiführte. Am Schädel hatten sich mehrere Tophi gezeigt, die bei der Sektion als Depressionen im Knochen festgestellt wurden. Die Infektion war acht Wochen ante mortem erfolgt.

Ferner Vorstellung eines Luetikers, der plötzlich bewußtlos zusammengebrochen war. N. facialis und die ganze linke Seite waren gelähmt (Lues praecox). Behandlung mit Kalomel-Injektionen hatte glänzenden Erfolg (ohne Stomatitis).

Peritz-Breslau.

Oesterreich.

Verein deutscher Aerzte in Prag.

Sitzung vom 30. Oktober 1907.

Viktor Bandler: Die kutane Tuberkulinimpfung bei Hauttuberkulose.

Pirquet hat versucht, durch seine Methode der kutanen Impfung von Tuberkulin, welche eine typische Lokalreaktion bei tuberkulösen Kranken zur Folge hat, einen diagnostischen Anhaltspunkt für tuberkulöse Erkrankung des Kindes zu gewinnen; Bandler hat an erwachsenen Patienten der dermatologischen Klinik des Prof. Kreibich diese Angaben nachgeprüft. Die Kranken mit Lupus und Hauttuberkulose boten ein geeignetes Prüfungsobjekt, um sich rasch über den Ausfall der Impfung zu orientieren, wobei auch der Gedanke in Betracht kam, daß diese einfache, leicht durchführbare Methode einen Ersatz für die probatorische Tuberkulinimpfung bieten könnte. Diese letzte Voraussetzung hat sich wohl nicht erfüllt, da doch eine große Anzahl von Kontrollfällen mit nicht tuberkulösen Dermatosen eine, wenn auch in der Intensität differente, positive Reaktion ergab. Bandler machte, abweichend von Pirquet, die Impfung mit konzentriertem Tuberkulinum vetus und hatte hierbei auch niemals Allgemeinerscheinungen oder üble Nebenerscheinungen zu beobachten, dagegen fielen die positiven Lokalreaktionen viel schöner und größer aus als mit verdünntem Tuberkulin, wodurch sich die Beurteilung viel sicherer gestaltete.

Zur Durchführung der kutanen Tuberkulinimpfung brachte der Autor einen Tropfen konz. Tuberkulin auf die Haut des Armes und impfte denselben mittels des Impfbohrers nach Pirquet oder mittels der gewöhnlichen Impflanzette durch drehende Bewegungen ein, nachdem vorher eine Kontrollstelle ohne Tuberkulin in derselben Weise hergestellt war. Die Impfungen wurden an 100 Kranken durchgeführt, von denen 38 Lupusfälle waren und 62 Kontrollfälle, Kranke mit nicht tuberkulösen Dermatosen. Unter den Kontrollfällen waren 24 Erwachsene, die absolut keine Reaktion gaben, auch nicht bei wiederholter Impfung. Die übrigen Kontrollfälle gaben, ohne daß sich immer eine tuberkulöse Erkrankung nachweisen ließ, Reaktionen, welche sich aber zumeist durch die Entwicklung, Größe und den Ablauf von den Lokalreaktionen der Lupusfälle unterschieden. Die kutanen Impfungen bei Kranken mit Lupus fielen in allen Fällen deutlich positiv aus, mit Ausnahme von vier schweren Fällen von miliarer Schleimhauttuberkulose des Mundes und Rachens, welche auch hochgradige



Zerstörungen der Lungen aufwiesen, hochfiebernd und kachektisch waren. Bei zwei dieser schweren Fälle war auch die Tuberkulininjektion ohne Reaktion, eine Beobachtung, die bereits bekannt ist.

Solcher Analogien mit der probatorischen Tuberkulininjektion beobachtete Bandler mehrere. Der Autor hat durch histologische Untersuchung solcher Lokalreaktionen eine große Aehnlichkeit mit der histologischen Beschaffenheit der Stichreaktion festgestellt, indem hier wie dort sich ein tuberkuloseähnliches Gewebe mit Riesenzellen zeigte.

Weiter beobachtete Bandler, daß alte Lokalimpfherde auch lange Zeit nach dem Abklingen, nach einer probatorischen Tuberkulinjektion in der ursprünglichen Form, Größe und Farbe wieder sichtbar wurden, eine Beobachtung, die analog ist dem Aufflackern alter Stichreaktionsstellen nach erneuerter Tuberkulininjektion, wie es Klingmüller beschrieben hat. Zusammenfassend kann Bandler sagen, daß die kutane Impfung mit Tuberkulin in allen Fällen von Lupus und Hauttuberkulose eine hochpositive Reaktion ergab, die eine gewisse Empfindlichkeit der Hauttuberkulose gegenüber dem Tuberkulin zeigt und sich durch ihre äußere Form von der Lokalreaktion bei den ebenfalls reagierenden Kontrollfällen unterschied.

Nagelschmidt hat versucht, diese kutane Tuberkulinimpfung zu therapeutischen Zwecken zu verwenden, und hierbei angeblich befriedigende Resultate erhalten. Auch Bandler hat dies versucht und bis zu zehn Tropfen Tuberkulin ohne die geringste schädliche Nebenwirkung in Lupus eingeimpft. Es trat eine lokale Schwellung ein, zum Teil ulzerierten die Lupusknötchen und heilten dann mit glatter Narbe aus. Irgend ein Urteil über den therapeutischen Wert läßt sich bei der Kürze der Beobachtungszeit nicht aussprechen.

Schleißner: Ueber die allergische Reaktion als Hilfsmittel der Diagnose bei Tuberkulose im Kindesalter.

Der Vortragende hat an der Klinik Ganghofners über 200 Kinder nach Pirquet geimpft; die Reaktion war niemals von irgend welchen schädlichen Folgen begleitet. Vergleicht man die Allergieprobe mit der probatorischen Tuberkulininjektion, so fällt der Vergleich zu gunsten der ersteren aus, da sie viel einfacher, leichter kontrollierbar und ganz ungefährlich ist. Doch darf man bei aller Anerkennung des glücklichen und scharfsinnigen Gedankens die Frage, ob die Pirquetsche Reaktion in praktischer Beziehung ein Fortschritt ist, vorläufig nicht unbedingt bejahen. Sie versagt bei schweren Fällen und zeigt uns auch die leichtesten an; und vor allem: sie ist keine topische Diagnose. Dr. W—r.

Literarische Monatsschau.

Gynäkologie.

Auf das außerordentlich seltene Krankheitsbild der Leucoplakia vaginae, das bisher erst achtmal in der Literatur beschrieben ist, lenkt von Franqué an der Hand eines selbstbeobachteten neuen Falles die Aufmerksamkeit. Im klinischen Bilde ähnelt die Leucoplakia vaginae einer Colpitis senilis: Es besteht dünnflüssiger event. blutig gefärbter Ausfluß, die Scheide sieht eigentümlich gefleckt aus, indem auf einem hochroten, stellenweise etwas erhabenen Grunde eigentümliche weißgraue, opake Flecken zerstreut sind. Mikroskopisch stellt die L. eine auf dem Boden chronischer Entzündung entstehende atypische Epithelwucherung mit starker Tendenz zu maligner Degeneration dar. Da sich in fast allen bisher bekannten Fällen schließlich Karzinom anschloß, ist sie stets als ein sehr verdächtiges Symptom aufzufassen und nach Probeexzision mikroskopisch zu untersuchen.

L. Fränkel empfiehlt aufs wärmste die Frühinzision der in der Becken-Bauchhöhle gelegenen entzündlichen Anschwellungen mittels der von ihm angegebenen Troikart-Kornzange als unschädlichen und wirksamen konservativen Heilfaktor. Auf Grund seiner persönlichen Erfahrungen an 71 Fällen hält er die von ihm ausgebildete Methodik für außerordentlich brauchbar, um die para- und perimetritischen Entzündungen, die mit Bildung eines noch so kleinen Tumors verlaufen, fast ohne Rücksicht auf Organ, Sitz und Art der Erkrankung, von der Scheide aus früh zu entspannen und mit der Außenwelt in Verbindung zu bringen.

Ueber die fettige Degeneration der Gebärmutter bei Schwangerschaft hat Ciulla an der Bossischen Klinik Untersuchungen angestellt mit dem Ergebnis, daß von den letzten zwei Monaten der Schwangerschaft an eine wahre fettige Degeneration der hypertrophischen Muskelfasern des schwangeren Uterus besteht. Dieselbe übt sowohl während der letzten Zeit der Gravidität als auch während der Geburt eine mäßigende Wirkung auf die außergewöhnliche Muskelreizbarkeit des Uterus aus und kann, wenn sie außergewöhnlich stark oder schwach ausgeprägt ist, einerseits zu Wehenschwäche, andrerseits zu exzessiv starken Wehen, und infolgedessen zu verzögerter und verfrühter Geburt sowie zu Hyperinvolution und Subinvolution im Wochenbett Anlaß geben.

Stöckel beschreibt einen Fall von Einwanderung einer bei einer Laparotomie vergessenen Arterienklemme in die Blase. Die Frau kam acht Monate post operationem wegen Blasenbeschwerden in Behandlung. Per vaginam fühlte man einen harten spitzen Körper in der Blase, der in einen rechts vom Uterus gelegenen über mannsfaustgroßen weichen Tumor (Abszeß) überging. Bei der Zystoskopie sah man eine Arterienklemme in die Blase hineinragen, an deren Einbruchsstelle sich Eiter in die Blase entleerte. Entfernung durch Kolpozystotomie. Heilung mit Zurückbleiben einer kleinen Blasenscheidenfistel, die secundär geschlossen wurde.

Gellhorn berichtet über zwei Fälle von Menstruation ohne Ovarien. Im ersten Falle blieb nach radikaler Entfernung beider Eierstöcke — das Fehlen eines event. dritten Ovariums konnte bei der Operation mit Sicherheit festgestellt werden — die Menstruation 17 Monate lang in absolut typischer Weise bestehen, obwohl der Uterus klein und atrophisch war. Als erregende Ursache der Menstruation konnten bei einer weiteren Operation drei Adhäsionsstränge festgestellt werden, die das Blut vom Netz zum Uterus leiteten, und nach deren Durchtrennung die zyklischen Blutungen definitiv aufhörten. Im zweiten Falle gelang es nach radikaler Entfernung der Ovarien durch Darreichung von Eierstockssubstanz eine regelmäßige Menstruation hervorzurufen, nachdem schon 1½ Jahr lang die künstliche Menopause bestanden hatte. Wurde die Verabreichung der Eierstockssubstanz unterbrochen, so hörte auch die Menstruation auf, während sie bei erneuter Darreichung prompt wieder eintrat.

Für den Fall, daß bei Zwillingsgeburt durch Eintritt beider Köpfe in das Becken ein Geburtshemmnis eintritt, empfiehlt Boerma den Versuch der Wendung zu machen. Während in allen bisher beschriebenen Fällen die Geburt unter Opferung eines der beiden Kinder durch Perforation und Forzeps beendet worden ist, gelang es ihm in einem Falle, obwohl es sich um Kinder von 3000 und 2600 g Gewicht handelte, durch Wendung, ohne Schädigung der Mutter, zwei lebende Kinder zu erzielen.

Die von Vassale empfohlene Behandlung der Eklampsie mit Parathyreoidin, dem Extrakt der Nebenschilddrüsen, hat Kaiser in einem Fall von schwerster Eklampsie anscheinend mit Erfolg versucht. Obgleich eine sichere Beurteilung des Erfolges wegen der gleichzeitig angewandten sonst üblichen Eklampsiebehandlung nicht möglich ist, glaubt K. doch, zu weiteren Versuchen raten zu dürfen.

Stolz bespricht einen Fall von Einklemmung eines Laminariastiftes im Uterus. Der Stift hatte sich hinter den äußeren Muttermund zurückgezogen, denselben gar nicht dilatiert und saß mit seinem unteren Ende im Orificium internum fest. Da die Extraktion mit der Kornzange nicht gelang, mußte zu seiner Entfernung die Zervix gespalten werden. St. empfiehlt, zur Vermeidung derartiger unangenehmer Zufälle Stifte mit scheibenförmiger Verbreiterung des unteren Endes anzuwenden.

Für die Behandlung des inoperablen Uteruskarzinoms empfiehlt Gellhorn das Azeton. Nach vorangegangener Auskratzung wird im Röhrenspekulum die Wundhöhle mit reinem Azeton angefüllt. Nachdem dasselbe in Beckenhochlagerung eine halbe Stunde lang eingewirkt hat, Tamponade mit Gaze, die das überschüssige Aceton aufsaugt. Entfernung des Spekulums. Nach 29 Stunden Entfernung der Gazetamponade. Dreimal wöchentlich wird dieselbe Prozedur ambulatorisch vorgenommen. Die Behandlung ist völlig schmerzlos, nur muß Vulva und Damm vor der

Berührung mit dem Azeton geschützt werden. Die Erfolge sind angeblich gute: der unerträgliche Geruch verschwindet, der Ausfluß wird auf ein Minimum reduziert und nennenswerte Blutungen treten nicht mehr auf.

Becker plädiert für ein operatives Vorgehen bei der Behandlung der Venenthrombosen an den Extremitäten. Er führt die sofortige Unterbindung des thrombosierten Venenstammes oberhalb der Thrombose mit Exstirpation des ganzen thrombosierten Bezirkes aus. Die Vorteile des Verfahrens bestehen in der Vermeidung des Fortschreitens der Thrombose mit ihren Konsequenzen (Lungenembolie, Pyämie etc.), in der radikalen Beseitigung des Grundleidens, der Varizen mit ihren Folgezuständen (Ulkus, Ekzem etc.) und in der erheblichen Abkürzung der Krankheitsdauer. Nach 14 Tagen konnten die Pat. aufstehen, nach drei bis vier Wochen geheilt entlassen werden.

Periodische Literatur.

Münchener med. Wochenschrift. Nr. 35. 1907.

1. Kuhn, Berlin: **Die Vermehrung der roten und weißen Blutkörperchen und des Hämoglobins durch die Lungensaugmaske und ihre Beziehung zum Höhenklima.**

Verf. hat zahlreiche Untersuchungen angestellt, deren Ergebnisse an der Hand von Kurven dargelegt werden; dieselben lassen es als unzweifelhaft erscheinen, daß unter der Saugmaske ebenso wie im Höhenklima eine wirkliche und oft schnell ansteigende dauernde Vermehrung der roten und weißen Blutkörperchen und eine etwas langsamere, aber auch stetige Vermehrung des Hämoglobins stattfindet. Wie unter der Saugmaske, so dürfte auch im Höhenklima die Vermehrung der Blutelemente in der Hauptsache durch die verminderte Sauerstoffspannung hervorgerufen werden. Von erheblicher Bedeutung ist das Ergebnis dieser Untersuchungen in klinisch-therapeutischer Hinsicht. Angesichts der verhältnismäßig raschen Vermehrung der Blutelemente, wie sie schon bei mäßiger Einatmungserschwerung unter der Saugmaske bei ein bis zwei Stunden täglicher Anwendung häufig gefunden wird, scheint hier ein Mittel gegeben, welches an Einfachheit und Schnelligkeit der Wirkung die bisher bekannten therapeutischen Methoden zur Vermehrung der roten Blutkörperchen und des Hämoglobins bei Zuständen von Anämie und Chlorose bei weitem übertrifft. Die Blutvermehrung unter der Saugmaske ist bei noch leistungsfähigem Knochenmark gewöhnlich eine so prompte, daß ein Ausbleiben derselben im Verlauf einer längeren Anwendung der Maske bei anämischen Prozessen fast zu der diagnostischen Schlußfolgerung berechtigt, daß das Knochenmark leistungsunfähig bezw. erkrankt ist, oder daß innere Blutverluste (Darm-, Magenblutung) vorliegen. Auch bei Behandlung der Lungentuberkulose, bei welcher vermittels der Saugmaske hauptsächlich durch stärkere Blutfüllung bezw. Blutstauung unter gleichzeitiger Beförderung des Lymphstromes der Lungen eine Unschädlichmachung der Bakterien und durch bessere Ernährung des Lungengewebes raschere Vernarbung, ferner durch die Widerstandsgymnastik bei möglichst ruhig gestellten Lungen Kräftigung und Ausbildung der gesamten Brustorgane erstrebt wird, kann die Vermehrung der Blutelemente nur eine willkommene Begleiterscheinung dieser Behandlungsmethode sein. Gegenüber dem Höhenklima hat die Erythrozytenvermehrung unter der Saugmaske den Vorzug, daß die Kranken in der Ebene einerseits der Schwierigkeiten der Akklimatisation überhoben sind, andrerseits durch die zahlreichen Erythrozyten die sauerstoffreichere Luft der Ebene viel besser ausnützen können. Nicht zu unterschätzen ist auch die Bedeutung der Vermehrung der weißen Blutkörperchen. Die fortschreitende Erkenntnis von dem Wesen der immunisierenden und antitoxischen Schutzkräfte des Körpers teilt den Leukozyten bei diesen Vorgängen eine immer größere Rolle zu. Das Training des Leukozytenapparates resp. die unter der Saugmaske erfolgende Vermehrung der weißen Blutkörperchen dürfte sicherlich an den Erfolgen, welche durch die Hyperämiebehandlung der Lungen durch die Saugmaske erzielt werden, mitbeteiligt sein, und die Heilwirkung des sonnenreichen, trockenen Höhenklimas dürfte durch die dort zweifellos ebenfalls eintretende Leukozytose wirkungsvoll unterstützt werden.

2. Apolaut, Frankfurt: **Ueber experimentell erzeugten Rückschlag von Mäusekarzinom in den histologischen Typus des Adenoms.**

Die Beobachtungen betreffen eine Anzahl Geschwülste eines Stammes, der durch über 50 Generationen stets das gleiche Bild eines solid retikulär gebauten Karzinoms dargeboten hat, und der auch jetzt noch in der gleichen Form bis zur 64. Generation weiter gezüchtet worden ist. Bei mehreren Geschwülsten dieses Stammes fand sich nun eine ausgesprochen adenomatöse Struktur, die sich entweder gleichmäßig über die ganze Neubildung erstreckte oder nur partienweise auftrat. Dieser merkwürdige und plötzliche Umschlag eines malignen Karzinoms in die histologische Form eines gutartigen Adenoms wurde nun auffallenderweise lediglich bei solchen Tieren beobachtet, welche auf irgend einem Wege partiell immunisiert worden waren, entweder nach Ehrlich mit Spontantumoren oder nach Bashford mit Blutinjektionen. Diesen Tatsachen kommt vom allgemein pathologischen Standpunkt ein großes Interesse zu. Sie lassen eine Abhängigkeit des Geschwulstwachstums von den experimentell abgestimmten biologischen Verhältnissen des Organismus erkennen. Ehrlich hat die Ansicht vertreten, daß der erste Anstoß zur Tumorbildung auf einer konstitutionellen Schwächung des Gesamtorganismus beruht. Mit dem weiteren sukzessiven Fortfall von Hemmungen, die als Resistenz des Organismus bezeichnet werden, überschreitet der Tumor unter anaplastischer Veränderung seiner zelligen Elemente die Malignitätsgrenze und wandelt sich aus dem Adenom zum Karzinom. Bisher konnte stets nur diese progressive Entwicklung beobachtet und hypothetisch auf Konstitutionsveränderungen bezogen werden; nunmehr ist der experimentelle Nachweis erbracht, daß die verloren gegangenen Hemmungen durch künstliche Immunisierung auch wieder ersetzt resp. die normalen Hemmungen des Organismus gesteigert werden können, wodurch die fessellos wuchernde Karzinomzelle wieder in die geordnete Bahn des regulären Adenoms geleitet wird. Gleichzeitig ergibt sich, daß es falsch ist, eine trennende Scheidewand zwischen Karzinom und Adenom zu ziehen. Das Karzinom, das sich aus einem Adenom entwickelt hat, ist nicht etwas total neues geworden, denn es ist ihm die Möglichkeit gegeben, unter Aenderung seiner Wachstumsbedingungen in die alte Form zurückzukehren. Die doppelte Brücke von der gutartigen zur bösartigen und wieder zurück von der bösartigen zur gutartigen Form läßt die ganze Geschwulstgruppe als etwas Einheitliches erscheinen, wenn auch ein weiter Spielraum für die histologischen und biologischen Differenzen gezogen ist.

3. Schüffner, Sumatra: **Die Züchtung der Typhusbazillen aus dem Blute auf Galleagar.**

Conradi hat bezüglich der fördernden Wirkung der Galle bei Züchtung von Typhusbazillen aus dem Blute gezeigt, daß diese Wirkung der Galle auf eine Hemmung der bakteriziden Kräfte des Blutes zu beziehen ist. Verf. hat in Ergänzung dieser Untersuchungen Parallelversuche angestellt und Blut von Typhuskranken zur Hälfte unverändert, also mit, zur Hälfte nach Gallenzusatz ohne seine hemmenden Kräfte ausgesäet; aus den Differenzen, die sich bei dem Auswachsen der Kolonien herausstellten, konnte man unmittelbar über die im Blute etwa vorhandene Hemmung Aufschluß erhalten. Die Galleröhre war für diese Zwecke nicht brauchbar, weshalb Verf. die Galle zu festen Nährböden mit Agar verarbeitete; die auf diesen kolonieweise zum Wachstum kommenden Typhusbazillen konnten gezählt und die Zahlen mit denen des einfachen (Schottmüllerschen) Agars in ein Verhältnis gesetzt werden. Durchgehends lieferte der Galleagar höhere Kolonienzahlen als der Schottmüllersche, die Differenzen schwankten zwischen dem 2- und 45fachen. Wäre die Galle ausschließlich ein besserer Nährboden, so müßte man erwarten, daß der Index, mit dem sie den einfachen Agar übertraf, bei gleicher Zusammensetzung des Nährbodens annähernd derselbe bleiben werde. Das geschieht aber nicht, der Index wechselt vielmehr in sehr erheblicher Breite; der Grund dafür kann nur in wechselnden Zuständen des Blutes liegen, die von der Galle ausgeglichen werden, ein Beweis dafür, daß die Ueberlegenheit der Galle auf ihrer aktiven Wirksamkeit den Immunkörpern des Blutes gegenüber beruht.

Von zwei untersuchten Paratyphen schloß sich der eine vom Typus B ganz dem Typhus an; die Kolonienzahlen auf dem Galleagar überwogen bei weitem; der andere vom Typus A dagegen zeigte auf Galleagar und Schottmüllerschem die gleichen Kolonienzahlen. Bezüglich der Frage, ob die Kolonienzahlen etwas über die Prognose aussagen, waren drei Fälle von Bedeutung; hier trat der Tod sehr früh ein, dabei deckte die Autopsie erst beginnende Verschorfung der Plaques auf; Curschmann hat solche Fälle als foudroyante Form des Typhus bezeichnet. In allen drei Fällen deckte der Galleagar eine riesige Ueberschwemmung des Blutes mit Typhusbazillen auf; die Prognose wurde daraufhin sehr ernst gestellt und erfüllte sich binnen wenigen Tagen. Der Galleagar gab also ein durchaus eindeutiges Resultat, das sich auch in seinen Konsequenzen bewahrheitete. Dagegen gaben die Schottmüllerschen Blutplatten ein total verkehrtes und für die Beurteilung der Schwere des Falles unbrauchbares Bild. Die Zeiten, die das Züchten auf Galleagar bis zur völligen Rekognoszierung der Stämme erfordert, stehen hinter denen, die mit der Galleröhre erreichbar sind, nicht zurück; doch hat das Plattenverfahren den Nachteil, daß es ohne Laboratorium und Spital nicht durchzuführen ist. Als bemerkenswerte Tatsache ergab sich noch, daß auf Galleagar die Typhusbazillen aus dem Blute in zwei Formen wachsen, von denen die eine der bekannten Form entspricht, die andere, neue, durch ein außerordentlich rasches Wachstum und eine besonders lebhafte Beweglichkeit ihrer Bazillen ausgezeichnet ist.

4. Segalè, Genua: **Die innere Reibung (η) des Blutserums in morphinisierten Tieren.**

Bei allen mit Morph. muriat. geimpften Tieren konnte eine auffallende Abnahme der inneren Reibung des Serums festgestellt werden, welche in den meisten Fällen in der ersten halben Stunde, manchmal aber erst beim dritten Aderlaß bemerkbar war; stets fand sie sich im Verhältnis zur pharmakologischen Wirkung des Produktes. Manches Tier bedurfte einer größeren Quantität Morphins zur Narkose, und in solchen zeigte sich die Abnahme der inneren Reibung, welche nach der erstmaligen Verabreichung kaum bemerkbar, bei der zweiten sehr deutlich. Am folgenden Tage kehrten die Werte wieder zur Norm zurück. Bei Wiederholung der Morphinverabreichung an einige dieser Tiere in verschiedenen Zeiträumen wurde an manchen eine fortschreitende Verminderung der Abnahme der inneren Reibung beobachtet, wie wenn der Organismus oder die vermuteten ausgleichenden Kräfte der inneren Reibung selbst sich an die wiederholte Einführung dieses Alkaloids gewöhnten; eine völlige Unempfindlichkeit kam aber nicht zur Beobachtung.

5. Neuberg und Reicher, Berlin: **Lipolyse, Agglutination und Hämolyse.**

In Ergänzung früherer Mitteilungen über das Fettspaltungsvermögen von Hämolysinen berichten Verff. über weitere Versuche, die bei einer Reihe anderer hämolytisch wirkender Prinzipien von Toxincharakter fettspaltende Eigenschaften sowohl gegen gewöhnliches Fett als auch gegen Lipoide vom Charakter des Lezithins dartun. Eine Entscheidung der Fragen, ob die Fettspaltung als solche direkt ein Teil des hämolytischen Vorganges ist, oder ob sie indirekt den Eintritt oder Fortschritt der Hämolyse ermöglicht, oder ob sie nur eine zufällige Begleiterscheinung ist, ließ sich noch nicht herbeiführen.

6. Walko, Prag: **Die Erkrankungen des Magens bei der chronischen Bleivergiftung.**

Verf. kommt auf Grund einer größeren Zahl von Beobachtungen zu folgendem Ergebnis: Bei der chronischen Bleivergiftung kommt es bereits im Beginne der Erkrankung zu Funktionsstörungen des Magens, die sich durch eine Abnahme oder vollständiges Fehlen der Salzsäure und der Fermentsekretion, ferner durch anfängliche Steigerung mit nachfolgender Herabsetzung der Motilität äußern. Die Erkrankungen des Magens nehmen einen sehr protrahierten Verlauf und sind zum Teil funktioneller Natur, seltener durch Parenchymveränderungen der Schleimhaut, zum Teil durch die Obstipation und die Erkrankung des gastrointestinalen Nervengeflechts bedingt.

7. Polano, Würzburg: **Zur Behandlung der Dysmenorrhöe.**

8. Köhler, Altona: **Ueber Siebbeinzelleneiterung.**

In Fällen von hartnäckigem Kopfschmerz ist stets an eine Nasennebenhöhlenerkrankung zu denken. Bei den Siebbeinzellenerkrankungen handelt es sich meist um einen unbestimmten Schmerz in der Stirngegend. Neben dem Kopfschmerz weist die erschwerte Nasenatmung auf eine Affektion dieses Organs hin; die höchsten Grade von Luftmangel durch die Nase kommen hierbei vor, hauptsächlich bedingt durch das Auftreten von Nasenpolypen. Diese stellen einfache entzündliche Hypertrophien der Schleimhaut der Siebbeinzellen dar, die dadurch zu stande kommen, daß die ödematös durchtränkten Schleimhautpartien durch ihre Schwere herabhängen und sich aus den mancherlei Kanten und Vorsprüngen des Labyrinths hervordrängen. Das operative Vorgehen hat mit großen Schwierigkeiten zu kämpfen; nach oben muß man sich hüten vor einem Eindringen in die Schädelhöhle, und lateral abwärts trennt nur die Lamina papyracea von der Orbita, und doch muß man häufig, je nach der Ausdehnung der erkrankten Zellen, bis dicht an die gefürchteten Gegenden herangehen. Eine Vorbedingung für schnelles und sicheres Operieren ist gute Anästhesie und Blutleere, die zu erzielen sind durch Einlegen von Wattetampons, welche in 10%iger Kokainlösung mit Suprareninzusatz (Merck 1 : 4000) eingetaucht sind. Nach Entfernung der Polypen wird das vordere Ende der mittleren Muschel abgetragen; damit erreicht man einen freien Ueberblick über den Hiatus semilunaris, in den der Ausführungsgang der Oberkiefer-, Stirnbeinhöhle und der vorderen Siebbeinzellen mündet. Dann muß jede einzelne Zelle, die erkrankt ist, freigelegt und Krankes an Schleimhaut und Knochen entfernt werden. Zur Stillung der nach Aufhören der Suprareninwirkung meist ziemlich heftigen Blutung läßt sich 1%ige Lösung von Wasserstoffsuperoxyd gut verwenden. Die Krankengeschichten einiger entsprechend behandelter Fälle werden mitgeteilt.

9. Freytag, München: **Der Druckverband in der Therapie der Netzhautablösung.**

Die Auseinandersetzungen führen zu dem Schlusse, daß der Druckverband aus der Therapie der Netzhautablösung im allgemeinen zu streichen ist, da für seine Anwendung die nötigen theoretischen und durch die Praxis gewonnenen Grundlagen fehlen und eine schädliche Wirkung nicht auszuschließen ist.

10. Emin, Konstantinopel: **Schwere Hirnstörung nach Unterbindung einer A. carotis communis und Vena jugularis int. mit Ausgang in völlige Heilung.**

Verf. berichtet zunächst kurz über zwei Fälle, wo wegen maligner Tumoren die gleichzeitige Unterbindung der A. carotis communis und der V. jugularis int. nötig war; beide endeten letal. Bei einem dritten Falle, einen 12jährigen Knaben betreffend, war die Unterbindung beider Gefäße wegen Stichverletzung notwendig. Hier stellte sich nach dem Eingriff ein schweres Krankheitsbild ein; totale Paralyse der entgegengesetzten Extremitäten, Weite und Reaktionslosigkeit der Pupille, Verlust der Sprache, Schluckunfähigkeit, tiefe Somnolenz. Erst nach acht Tagen begannen die Erscheinungen sich langsam zurückzubilden, und im Laufe von etwa zwei Monaten trat völlige Wiederherstellung ein.

11. Hillenberg, Springe: **Ueber die Verwendung der Seidenpapiere in der Krankenpflege bei ansteckenden Krankheiten.**

Die Zahl der Möglichkeiten, durch infizierte Taschentücher eine ansteckende Krankheit auf die verschiedensten Personen direkt oder indirekt zu übertragen, ist eine sehr mannigfaltige; manche Infektion kann auf diesem Wege ihre Verbreitung finden. Dieser Weg ist sicher zu eliminieren, wenn in jedem entsprechenden Krankheitsfalle darauf gedrungen wird, vom Gebrauch eines Taschentuches bei dem Kranken ganz abzusehen und statt seiner sich ausschließlich des Seidenpapieres zu bedienen. Ans Bett des Kranken braucht man nur ein Körbchen zu stellen, das angefüllt ist mit Seidenpapierplättchen, welche aus einer Anzahl Bogen, die für wenige Groschen zu haben sind, in der Größe von 20 : 14 cm etwa (Größe eines Achtelbogens) zurechtgeschnitten sind; mehrere Blättchen, drei bis fünf, werden zu gleicher Zeit ergriffen, Mund, Nase, Finger und was sonst nötig gereinigt und die Bäuschchen in den Ofen oder in einen Lysollösung enthaltenden Eimer geworfen. Es findet so keine Beschmutzung der Finger des Kranken oder der Pflegerin statt; es braucht nicht gewaschen zu werden Hygiene und Aesthetik sind gewahrt. Was für die Taschentücher



das gilt auch für die Servietten, soweit solche von mit ansteckenden Krankheiten behafteten Kranken benutzt werden.

12. Karehnke, Alpirsbach: **Kasuistischer Beitrag zu den Oberschenkelluxationen.**

Verf. berichtet kurz über die leicht gelungene Einrenkung einer Luxatio femoris ischiadica im Aetherrausch.

13. Hesse, Düsseldorf: **Zur Tiefenwirkung des Quarzlampenlichtes.**

Entgegen Wichmann, der (d. W., Nr. 28) gefunden hatte, daß das Licht der Quarzlampe, wenn ein Teil des Ultravioletts durch Blaufärbung des Kühlwassers ausgeschaltet wird, in derselben Tiefe eine stärkere photochemische Lichtentzündung herbeiführt als das Finsenlicht, berichtet Verf. über analoge von ihm ausgeführte Untersuchungen, die zu wesentlich anderen Resultaten führten.

14. Kaupe, Bonn: **Eine neue Milchpumpe.**

Verf. verteidigt die Zweckmäßigkeit des von ihm angegebenen Modells gegenüber der ablehnenden Besprechung von Pfaundler.

15. Köhler, Werden: **Theobald Kerner.** Nekrolog.

Nr. 36. 1907.

1. Collin, Berlin: **Erfahrungen mit den Behringschen Tulasepräparaten bei der Behandlung tuberkulöser Augenerkrankungen.**

Die Gewinnung der Behringschen Präparate geschieht in folgender Weise. Die aus Bouillonkulturen gewonnenen Tuberkelbazillen werden durch Filtration von der Kulturflüssigkeit befreit und mit Chloralhydrat zu einer Paste (Tuberkulase) verrieben, aus der sich nach wochenlangem Stehen eine vollkommen klare Flüssigkeit (V-Tulase) abscheidet von einem wachsähnlichen Rückstand, der C-Tulase. Durch sorgfältiges Verreiben mit Wasser wird dann diese C-Tulase in eine gleichmäßige Daueremulsion verwandelt, die wegen ihres milchartigen Aussehens Tulaselaktin genannt wird. Die günstigen therapeutischen Beobachtungen, die mit diesem Präparat bei ausgedehnten Tierversuchen gemacht wurden, haben dann Veranlassung zu einer Erprobung am Menschen gegeben. Dabei zeigte sich in Uebereinstimmung mit den Ergebnissen beim Tierexperiment, daß die lokalisierten tuberkulösen Prozesse günstig therapeutisch beeinflußt werden können, während es mindestens zweifelhaft ist, ob die Fälle von allgemeiner fortschreitender Lungentuberkulose von dem Mittel Vorteil haben. Bei den tierexperimentellen Prüfungen des Tulaselaktin hat sich weiter ergeben, daß bei sämtlichen Tieren, deren tuberkulöse Herderkrankungen unter dem Einflusse der Tulaselaktinbehandlung verschwinden, sich antituberkulöse Körper im Blut wie in den Organsäften nachweisen lassen, die zweierlei Art sind. Die eine ist befähigt zur Auflösung der Tuberkelbazillen resp. zur Herauslösung von Fettsubstanz aus der Leibessubstanz der Bazillen, womit die Vorbedingung für die Verdauung und Vernichtung des Tuberkulosevirus im Organismus der infizierten Individuen geschaffen wird; die andere Art ist zur Unschädlichmachung des in den Tuberkelbazillen aufgespeicherten Giftes geeignet. Durch Hochimmunisierung von Pferden gegen Tulaselaktin ließen sich diese antituberkulösen Körper, die Behring Antitulase nennt, künstlich in größerer Menge gewinnen. Beim Tulaselaktin und der Antitulase handelt es sich danach um zwei Präparate, die in ihrer biologischen Wirkungsweise prinzipiell von einander verschieden sind; das Tulaselaktin soll wie jedes aktiv immunisierende Bakterienpräparat aktive Immunität verleihen, es braucht mithin längere Zeit zur Entfaltung seiner immunisatorischen Heilwirkung, gibt dann aber auch einen länger andauernden Schutz gegen erneute Infektion; die Antitulase dagegen ist ein fertiges, vom aktiv Immunisierten bereitetes Serum, das bereits kurze Zeit nach seiner Aufnahme in die Blutbahn auf die im Erkrankungsherd wirkenden Tuberkelbazillen in spezifischer Weise im Sinne einer Bakteriolyse wirken soll; es handelt sich also hierbei um eine Art passiver Immunisierungsmethode.

Verf. hat 25 Fälle von Augentuberkulose mit den Behringschen Präparaten behandelt, 12 mit Tulaselaktin, 13 mit Antitulase und 6 mit beiden kombiniert. Die Applikation der Mittel war ausschließlich eine subkutane (Rückenhaut); die Einspritzungen der Antitulase ließen sich absolut schmerzfrei ausführen, während nach der Injektion des Tulaselaktins kurze Zeit ein heftigeres Brennen verspürt wird. Beim Tulaselaktin wurde in der Regel mit einer Anfangsdosis von $^1/_{100}$ mg begonnen und bei täglicher Verdoppelung der Dosis bis zu 8 mg pro dosi gestiegen, so daß eine Behandlungsperiode 10 Tage dauerte. Waren während einer solchen Dekadenbehandlung stärkere toxische Erscheinungen aufgetreten, so wurde eine mindestens 20 Tage dauernde Ruhepause eingeschaltet. Die Antitulase wird in wesentlich höherer Dosis gegeben, begonnen wurde in der Regel mit 100 mg und bei täglicher Verdoppelung bis 2000 mg gestiegen, womit dann die einmalige Kur meist beendet war. Die mit Tulaselaktin Behandelten zeigten hauptsächlich eine allgemeine Reaktion, nur in einigen Fällen eine sichtbar lokale, während bei den mit Antitulase behandelten Patienten die Herdreaktion am erkrankten Auge überwog. Zweifellos hängt das mit der prinzipiell verschiedenen Wirkungsweise beider Präparate zusammen. Bezüglich der Allgemeinreaktionen wird bemerkt, daß bei den größeren Dosen Tulaselaktin Temperatursteigerungen häufig ausblieben, während im Beginn der Behandlung bei den kleinen Dosen oft nicht unerhebliche Steigerungen vorübergehend eintraten; dabei war auffällig, daß trotz des Fiebers das subjektive Befinden der Patienten nicht in nennenswerter Weise beeinträchtigt war; auch konnte bei fast allen Behandelten während der Kur eine erhebliche Gewichtszunahme konstatiert werden. Ausgesprochen lokale Reaktionen am Auge selbst wurden hauptsächlich bei den mit Antitulase Behandelten beobachtet; als sicheren Ausdruck einer solchen konnte man das Auftreten von ziliarer Injektion bei Iridozyklitis und Aderhauttuberkulose, die ausgesprochene Steigerung bereits vorhandener perikornealer Injektion sowie Hyperämie und mäßig entzündliche Schwellung des angrenzenden Gewebes beobachten; vereinzelt kam es auch zum Aufschießen neuer miliarer Knötchen. Die Höhe der Tulasedosis, welche im Einzelfall die lokale Reaktion auslöste, schwankte bei den verschiedenen Patienten sehr erheblich; nicht nur individuelle Verhältnisse der Empfindlichkeit, sondern auch der Sitz der tuberkulösen Affektion am Auge scheint da von Bedeutung zu sein; in allen Fällen aber hielt sich die entzündliche Reaktion in mäßigen Grenzen. Der therapeutische Effekt der Tulasebehandlung ist schwer zu beurteilen: immerhin wurde der Eindruck gewonnen, als ob diejenigen Fälle, welche auf die Tulasebehandlung in spezifischer Weise reagierten, sei es allgemein oder lokal, in kürzerer Zeit zur Abheilung gelangten, als es sonst bei derartigen Erkrankungen der Fall ist; ganz besonders gilt das von den frischen schweren tuberkulösen Erkrankungsformen, die unter Einfluß der zu stande gekommenen spezifischen Herdreaktion in relativ kurzer Zeit mit brauchbarem Sehvermögen abheilten. Keinerlei Einwirkung der Tulasebehandlung ließ sich bei der Bindehauttuberkulose erzielen. Besonders empfehlenswert scheint die kombinierte Anwendungsweise beider Tulasepräparate; es scheint, als ob die aktive Immunisierung mit Tulaselaktin bei einer vorausgegangenen Einverleibung serumtherapeutisch wirksamer Antikörper von weniger toxischen Nebenwirkungen begleitet ist und sich daher ungefährlicher gestalten läßt. Es empfiehlt sich daher, zuerst zu versuchen, den Erkrankungsherd lokal durch eine einmalige Behandlung mit Antitulase in spezifischer Weise zu beeinflussen; ist das gelungen, dann erfolgt später nach definitiver Abheilung des tuberkulösen Prozesses am Auge die übliche Dekadenbehandlung mit Tulaselaktin.

2. Rieder, München: **Ueber die Verwendung kleinerer Dosen von Röntgenstrahlen in der Therapie.**

Die Erkenntnis, daß die Röntgenstrahlen oft schon in einer so kleinen Dosis, daß gar keine oder nur eine geringe Hautreaktion hervorgerufen wird, eine Heilwirkung entfalten, muß dazu führen, daß die Therapie mit minimalen Strahlendosierungen arbeitet. Die Verwendung großer, aber die Haut nicht gefährdender Dosen Röntgenstrahlen ist nur bei der Bekämpfung bösartiger Neubildungen geboten; hingegen bei andern Krankheiten, namentlich der Haut und des Blutes, ist eine größere Strahlendosis durchaus nicht immer erforderlich, ja oft direkt schädlich. Bei Behandlung der Leukämie muß mit der Bestrahlung aufgehört werden, sobald stärkere Verminderung der Leukozyten eintritt; unter fortlaufender Kontrolle der Blutbeschaffenheit und des subjektiven Befindens, unter Benutzung einer mittelharten Röhre, einzelne intensive Bestrahlungen und dann in ein- oder mehrwöchent-

lichen Zwischenräumen einzelne Nachbestrahlungen vorzunehmen, hat sich Verf. als nutzbringend erwiesen, wie an einem Fall von Leukämie und einem solchen von Pseudoleukämie gezeigt wird. Bei weicher Struma und bei Basedow scheinen wöchentlich ein bis zwei Bestrahlungen in der Dauer von fünf Minuten zur Erzielung eines therapeutischen Erfolges zu genügen. Hartnäckige Neuralgien des Trigeminus und Ischiadikus werden oft auffallend rasch unter Bestrahlung gebessert. Eine schwache, aber öfters wiederholte Bestrahlung unter Vermeidung stärkerer Hautreaktion bewährt sich besonders bei Hautkrankheiten. Bei der Hypertrichosis ist die Dosis nur so groß zu nehmen, daß sie zur temporären, möglichst reaktionslosen Epilation hinreicht; dasselbe gilt für Sykosis simplex und parasitaria. Während für akute Formen des Ekzems die Röntgenbehandlung weniger geeignet ist, sind bei chronischem Ekzem — ausgenommen die varikösen Unterschenkelekzeme und solche am Kopf — die therapeutischen Erfolge geradezu vorzüglich, selbst bei Formen, die jeder anderen Therapie Trotz bieten; dabei sind zirkumskripte bezw. lokalisierte Ekzeme geeigneter für die Röntgenbestrahlung als universelle; ein bis drei Sitzungen von fünf Minuten Dauer mit achttägigen Zwischenräumen genügen oft, das Ekzem völlig zu beseitigen. Manche hartnäckigen Ekzeme, besonders Gewerbeekzeme, sind oft nur durch Röntgenbestrahlung zu heilen. Ueberraschend gute — freilich nur temporäre Erfolge erzielt man bei Psoriasis mit Bestrahlung in achttägigen Intervallen; selbst bei dem hartnäckigen Lichen ruber kann man durch einmal wöchentliche Bestrahlung von vier bis fünf Minuten bald Schwinden des Juckreizes und des Spannungsgefühls erreichen. Bei ulzerösem und verrukösem Lupus vulgaris und bei Lupus erythematodes haben sich in mehrtägigen Zwischenräumen wiederholte kurzdauernde (drei bis fünf Minuten) Bestrahlungen mit weicher Röhre besser bewährt, als intensivere Bestrahlungen; empfehlenswert ist auch die kombinierte Behandlung, d. h. neben regelmäßigen täglichen Bestrahlungen der einzelnen Herde mit konzentriertem elektrischem Bogenlicht die zeitweilige Röntgenbestrahlung des gesamten Krankheitsgebietes (etwa alle 14 Tage eine Sitzung von fünf Minuten). Bei hartnäckiger Akne, chronischer Furunkulose, Narbenkeloiden sind gute Resultate zu erzielen bei einmal pro Woche fünf Minuten lang durchgeführter, nur schwache Reaktion hervorrufender Bestrahlung. Bei Skrofuloderma, bei Drüsentuberkulose, besonders bei Geschwürs- und Fistelbildung, ist die Röntgenbehandlung andern Methoden auch aus kosmetischen Gründen vorzuziehen. Bei allen oberflächlichen, nur in der Haut sitzenden bösartigen Geschwülsten verdient die Röntgentherapie als konservative, das normale Gewebe schonende Behandlungsmethode den Vorzug vor andern therapeutischen Maßnahmen, zumal sie keinerlei Schmerzen verursacht und auch bei alten Leuten anwendbar ist. Bei tieferliegenden bösartigen Neubildungen ist behufs einer durchschlagenden Wirkung kräftige Bestrahlung, womöglich in verschiedenen Durchleuchtungsrichtungen, vermittels harter Röhren indiziert. Die Wirkung ist hier besonders gut, wenn die Geschwulst aus jungen Zellen mit stark produktiver Tätigkeit besteht, während bei fibröser Beschaffenheit der Geschwulst kein großer Erfolg zu erwarten ist. Neben der lokalen, auf Zellschrumpfung und Zelldegeneration beruhenden Wirkung ist die Bestrahlung der Neoplasmen oft schmerzlindernd, was namentlich bei inoperablen Tumoren von Bedeutung ist. Als nachoperative Behandlung bösartiger Neubildungen kann die Röntgentherapie in Frage kommen; das Auftreten von Rezidiven scheint, wenn bald nach der Exstirpation das Operationsgebiet mit harter Röhre mehrmals bestrahlt wird, mit höchstzulässiger Strahlendosis verhütet werden zu können.

3. Mandelbaum, München: **Ueber den Befund eines weiteren noch nicht beschriebenen Bakteriums bei klinischen Typhusfällen.**

Bei bakteriologischer Untersuchung von 25 Fällen von Abdominaltyphus fand Verf. 19 mal den Eberth-Gaffkyschen Typhusbazillus, in den übrigen sechs Fällen aber einen Mikroorganismus, der durch gewisse Eigentümlichkeiten scharf von diesem zu trennen ist. Das klinische Krankheitsbild in diesen Fällen ließ kein einziges Symptom, das bis heute beim Typhus abdominalis zur Beobachtung kam, vermissen und ließ auch umgekehrt keine symptomatologische Erscheinung, die etwa beim Typhus fehlte, zu tage treten. Die dabei gezüchteten Bazillen glichen morphologisch den echten Typhusbazillen und auch kulturell dadurch, daß sie kein Indol bildeten, Milch nicht koagulierten, keine Säure bildeten und Kohlehydrate nicht unter Gasbildung vergärten, sie unterschieden sich aber durch üppigeres, kräftigeres Wachstum auf Agar, sowie durch Bildung von Kristallen auf Glyzerinagar und durch das Unvermögen, den roten Farbstoff der Blutkörperchen auf dem Blutagarnährboden in sichtbarer Weise zu verändern. Im Tierversuch erwiesen sich die neuen Bazillen etwas weniger pathogen als echte Typhusbazillen. Da sie aus dem Blut der Kranken in Reinkultur gezüchtet werden konnten und ebenso leicht aus dem Stuhl, dürfte ihre ätiologische Bedeutung für die betreffenden Krankheitsfälle nicht zu bezweifeln sein. Für diese schlägt Verf. den Namen Metatyphus vor und nennt entsprechend den Mikroorganismus Bacillus metatyphi.

4. Honigmann und Schäffer, Breslau: **Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Bierschen Stauung auf den Entzündungsvorgang.**

Um den Einfluß der Bindenstauung auf den Entzündungsprozeß zu studieren, bedienten sich Verff. des folgenden Verfahrens: Fäden, die mit bestimmten chemischen Lösungen (z. B. Argent. nitr.) oder Bakterienaufschwemmungen imprägniert waren, wurden an symmetrischen Stellen eines Versuchstieres unter die Haut gebracht; dann wurde die eine Seite in entsprechender Weise behandelt und nun die Beeinflussung des Entzündungsvorganges unter Vergleich und Kontrolle der unbehandelten Seite studiert. Die zahlreichen, in mannigfaltigster Weise variierten Versuche ergaben einige regelmäßige, immer wieder zu beobachtende ganz konstante Befunde. Hinsichtlich des Verhaltens der Blutgefäße fand sich die frühzeitig auftretende, nach Grad und Dauer der Stauung schwankende venöse Hyperämie, während die Arterien unbeteiligt blieben. Mit der venösen Hyperämie war eine deutliche Lymphstauung stets festzustellen, und die Veränderungen am Lymphgefäßapparat scheinen einen wichtigen und maßgebenden Faktor für die physiologische Wirkung der Stauung abzugeben. Am wichtigsten sind die Veränderungen, die der entzündliche Prozeß, die Infiltratbildung um die chemische oder bakterielle Reizstelle unter dem Einfluß der Stauung erleidet; in allen Präparaten der Stauungsversuche war nicht nur eine quantitative, sondern auch eine qualitative Veränderung des Entzündungsvorganges festzustellen. Schon nach einer Stauung von wenigen Stunden sind an einer großen Zahl der Eiterkörperchen deutlich Degenerationserscheinungen zu sehen; diese Leukozytendegeneration scheint in unmittelbarer Abhängigkeit vom Stauungsödem zu stehen. Bezüglich der histologischen Bilder des Entzündungsprozesses wird hervorgehoben, daß auf der gestauten Seite stets eine geringere Anzahl von Leukozyten sich finden, daß aber außer der Verminderung eine eigenartige Verteilung der Entzündungszellen vorliegt; während nämlich die Umgebung des Höllenstein- oder Staphylokokkenfadens so gut wie frei von entzündlichem Infiltrat ist, sind die Venen von Leukozyten dicht gefüllt und von ihnen stark umscheidet. Die unter der Stauung einmal eingeleiteten Vorgänge bleiben auch nach dem Abnehmen der Binde noch längere Zeit bestehen, so daß also eine ausgesprochene Nachwirkung auf den Entzündungsprozeß vorliegt und eine mehrstündige Unterbrechung der Stauung, wie sie Bier bei der Behandlung akuter Entzündungen empfiehlt, den Effekt nicht beeinträchtigt. Die Tierversuche mit Behandlung eines schon bestehenden Infiltrats zeigen, daß auf dieses die Stauung eine beträchtliche Wirkung ausübt; nicht nur wird eine weitere Ausbreitung des Infiltrats gehemmt, sondern auch die umschriebene Eiterung verteilt und unter Degeneration der Leukozyten zur Resorption gebracht; je früher die Behandlung einsetzt, umso größer ist ihr Effekt. Die Beobachtung, daß, während auf der nicht gestauten Seite die normale intensive Leukozytose sich um den Bazillenfaden entwickelt, auf der gestauten die Leukozyten nicht nur an Zahl sehr viel geringer, sondern auch geschwächt und unfähig zu einer phagozytären Wirkung sind, ja nicht einmal den Infektionsherd erreichen können, und daß trotzdem die Vorgänge an der gestauten Extremität sich günstiger gestalten, läßt annehmen, daß bei der Bekämpfung der bakteriellen Erkrankung Blut und Lymphe wirksamer sind als die Leukozytose. Den Gewebsflüssigkeiten dürfte also die hauptsächlichste bakterizide Eigenschaft zukommen, in erster Linie den Lymphmengen; durch die Stauung wird dann die



Autolyse der Leukozyten und dadurch das Freiwerden proteolytischer Fermente befördert und damit ein Heilfaktor geschaffen.

5. Straßner, Halle: **Zur Frage der Entstehung der Lungentuberkulose.**

Schloßmann und Engel hatten zum Beweis der enterogenen Entstehung der Lungentuberkulose Meerschweinchen eine größere Menge Tuberkelbazillen in den freigelegten Magen eingeführt; in der Annahme, daß die Bazillen nach dem Passieren der Mesenterialdrüsen in den Ductus thoracicus, von dort in das rechte Herz und dann in die Lungen geraten müßten, impften sie die Lungen der vom Magen aus infizierten intraperitoneal anderen Meerschweinchen ein, und sie sahen dann die Tiere ausnahmslos an Tuberkulose erkranken. Verf. hat diese Versuche einer Nachprüfung unterzogen; selbst bei Anwendung großer Dosen Bazillen ließ sich ein Uebergang derselben vom Magen in die Lungen nicht nachweisen. Bei unter allen Kautelen vorgenommener Injektion der Tuberkelbazillen in den Magendarmkanal trat entgegen den Angaben Schloßmanns eine exquisit lymphogene Infektion der vom Darm abführenden Lymphwege und der Lymphdrüsen ein, und zwar ohne daß die Eintrittspforte, also die Darmwand, bleibende Veränderungen erlitt. Infektion des Peritoneums dagegen führte, wahrscheinlich auf dem Wege der perforierenden Lymphgefäße des Zwerchfells zu metastatischer Ansiedlung von Tuberkelbazillen in der Lunge. Auf diesem Wege dürfte wahrscheinlich bei den Schloßmannschen Versuchen, nachdem bei der Naht des Magens das Peritoneum infiziert, eine Lungeninfektion zu stande gekommen sein.

6. Graeffner, Berlin: **Studien über Tabes dorsalis mit besonderer Berücksichtigung der Kehlkopfsymptome (221 Fälle).**

Bezüglich der Aetiologie wurde Lues nachgewiesen bei Männern in 48,3% (Verdacht in 13,5%), bei Weibern in 42% (Verdacht in 26,1%). Bezüglich der motorischen Anomalien des Kehlkopfs wurde kein einziger Fall beobachtet, welcher einen Einwand gegen das Semon-Rosenbachsche Gesetz gestattet hätte. An motorischen Störungen kamen Stimmbandlähmungen, Krisen und Parakinesen, unter welchen perverse Aktion, Ataxie und zuckende, zitternde Bewegungen — Tremor — in Betracht kamen, zur Beobachtung. Die betr. Zahlen sind prozentual so hoch, daß wohl der Schluß gerechtfertigt erscheint, daß der Larynx bei Tabes — sofern der Fall nicht durch interkurrente Erkrankungen vorzeitig ad exitum gelangt, also bei natürlichem Ablauf — in viel höherem Grade wie bisher anerkannt, ein locus minoris resistentiae ist. Ein Zusammentreffen von Stimmbandlähmung mit Lues war so häufig, daß die Annahme gewisser kausaler Beziehungen nicht ganz von der Hand zu weisen ist. Larynxkrisen wurden hauptsächlich in früheren Stadien der Tabes beobachtet. Ein Zusammentreffen von Larynx- und Magenkrisen war sehr oft zu konstatieren. Der Larynxtremor wird bei keiner andern organischen Nervenkrankheit in annähernd gleicher, prozentarischer Häufigkeit angetroffen wie bei der Tabes; das Zustandekommen desselben ist wohl so zu erklären, daß er als der erste Ausdruck der gestörten Antagonistenharmonie, des beginnenden Uebergewichts der Adduktoren aufzufassen ist. Das Zusammentreffen von Tabes mit Aortenveränderungen fand sich häufig, bei 206 Fällen 19 mal Klappeninsuffizienz und 8 mal Aneurysma, also 13,1%; daß der Lues eine gewisse Prädilektion für die Aortengegend zuzuschreiben ist, läßt die Analyse des Materials annehmen. An sonstigen Komplikationen wurden beobachtet Dementia paralytica 10 mal, Hysterie 13 mal, Phthise 12 mal, seltener Hemiplegie, Karzinose, Paralysis agitans, Saturnismus, perniziöse Anämie. Als Unika werden besonders mitgeteilt eine Kombination von hochgradiger Ataxie des Rumpfes mit eigenartigen krisenähnlichen Rückenschmerzen und eine ringförmige zirkumskripte Muskelatrophie an den Armen. Bei 32 Obduktionen fanden sich als den Exitus unmittelbar auslösende Momente: Aortenleiden, Tuberkulose, Herzmuskeldegenerationen, Pneumonie, Urogenitalalterationen, Sepsis durch Dekubitus, Karzinom, Apoplexie. Bezüglich der Therapie stand für die Linderung der Schmerzparoxysmen Morphium und Aspirin in erster Reihe; bei Magenkrisen bewährte sich bisweilen die innerliche Darreichung von Anästhesin und gleichzeitiger Spray von Chloräthyl auf die Magengrube; vereinzelt wurde auch Koryfin (dreimal täglich sechs Tropfen auf Zucker) mit Erfolg gegeben.

7. Peiser, Breslau: **Zur Pathologie des Frühstadiums der Appendizitis.**

Zur Erklärung der Tatsache, daß man im Frühstadium der Appendizitis ungestraft durch die freie Bauchhöhle hindurch mit stinkendem Eiter gefüllte Abszesse eröffnen darf, daß kein Schaden daraus erwächst, wenn der Eiter mit dem freien Peritoneum in Berührung kommt, ist angenommen worden, daß die allmählich durch die Wand des Wurmfortsatzes durchfiltrierten Bakteriengifte stimulierend auf das Peritoneum einwirken, so daß es in einen Reizzustand versetzt wird, der gleichbedeutend ist mit „erhöhter Resistenz“. Auf Grund von Tierexperimenten, die eine außerordentlich rasche Invasion von im Blute kreisenden Bakterien in die in einem leichten Reizzustand befindliche Bauchhöhle ergaben, glaubt Verf. eine andere Erklärung der erhöhten Resistenz des Peritoneums geben zu sollen. Von der ulzerösen Schleimhaut der Appendix gelangen fortgesetzt Bakterien in die Blutbahn; lokal führen die Bakterien und ihre Stoffwechselprodukte zu einer Lymphangitis im Peritonealgebiet der Appendix und ihres Mesenteriolum, was sich durch Hyperämie, Spannung und Dehnung der Serosa makroskopisch kundgibt. Die im Blute kreisenden Bakterien kommen im Bereich des peritonealen Reizes zur Invasion, sie dringen an der Stelle des Reizes, dem locus minoris resistentiae, in die Bauchhöhle ein. Sie verbreiten sich rasch über die Oberfläche des Peritoneums, das nun durch Absonderung des serösen Exsudates oder durch Leukozytose reagiert, und zunächst der im Verhältnis zur weiten Peritonealfläche geringen Bakterienmengen leicht Herr wird. Das Peritoneum befindet sich damit im Zustande der Pseudoimmunität, der erhöhten Resistenz. Auf diese Weise läßt sich vielleicht auch die so häufige, diffuse peritoneale Reizung im Anfangsstadium der Appendizitis erklären.

8. Brandts, München: **Appendizitis und Appendixkarzinom.**

Verf. berichtet über zwei Fälle von Appendixkarzinom. Im einen fanden sich die klinischen Symptome und der grob anatomische Befund einer perforierenden Appendizitis; die histologische Untersuchung ergab proximal der Perforationsstelle die Entwicklung eines Karzinoms, welches das Lumen stenosierte; die Folge dieser Stenose war eine Sekretstauung, Konkrementbildung, die ihrerseits die für eine Infektion günstigen Bedingungen schaffen konnte; das Karzinom war also die Hauptursache der perforierenden Appendizitis. Im zweiten Falle war klinisch eine chronische Appendizitis zu diagnostizieren, als deren Ursache sich das Karzinom erwies. Beide Patienten sind völlig genesen; Rezidive oder Metastasen traten nicht auf. Bei der strittigen Frage, ob Operation oder nicht im appendizitischen Anfall, dürften solche Befunde mit ein Beweisgrund für die Vornahme des operativen Eingriffs sein und auch eine Entfernung der Appendix bei Laparotomie, die wegen anderer Erkrankung vorgenommen wird, sofern das Befinden des Patienten es zuläßt, rätlich erscheinen lassen. Maligne Neubildungen der Appendix scheinen nicht so sehr selten vorzukommen und können völlig latent längere Zeit verlaufen und sich so der klinischen Beobachtung entziehen.

9. Frey, München: **Hämolysiert die Frauenmilch?**

Verf. hat Versuche von Cattaneo, nach welchen die Frauenmilch eine ausgesprochen hämolytische Wirkung auf menschliche Blutkörperchen ausübt, einer Nachprüfung unterzogen und kommt zu dem Ergebnis, daß der Frauenmilch die Fähigkeit zur Hämolyse von Menschenblutkörperchen nicht zukommt. Der Umstand, daß die bei den Experimenten zu beobachtende Hämolyse erst nach Ablauf einer gewissen Bebrütungsdauer einsetzt und dann rasche Fortschritte macht, ist nur mit der Annahme einer Bakterienwirkung in Einklang zu bringen.

10. Huber und Bickel, Kaiserslautern: **Formaldehyd-Kalkverfahren zur Raumdesinfektion.**

Versuche über Vereinfachung der bestehenden Verfahren zur Raumdesinfektion mit Formaldehyd ergaben als einfachste Methode ein Formaldehyd-Kalkverfahren. Für 50 cbm Raum sind zu nehmen: 3 l Formaldehyd, 3 kg frisch gebrannter Kalk, 9 l siedend heißes Wasser. Nach Abdichtung des Raumes wird die Mischung in ein Holz- oder Blechgefäß von etwa 80 l Inhalt gegeben, zuerst Kalk, dann Wasser, dann Formaldehyd; nach wenigen Minuten löscht sich der Kalk unter lebhaftem Aufbrausen; während sich ein Teil des Formaldehyd mit dem Kalk bindet, entweicht der Rest und dazu Wasserdampf; der Raum füllt sich

rasch mit undurchsichtigem Nebel, aus dem sich reichlich Flüssigkeit niederschlägt. Bei sechsstündiger Einwirkung ist eine Wirkung entsprechend der von Autan erzielt. Zum Zwecke der rascheren Gebrauchsfähigkeit des Raumes kann man eine Bindung mit Ammoniak herbeiführen; hierzu schiebt man in den desinfizierten Raum ein Gefäß von etwa 25 l Inhalt, beschickt mit 1 kg frisch gebranntem Kalk, $3^1/_2$ l heißem Wasser, $^1/_2$ l Ammoniak; nach einer Viertelstunde kann gelüftet werden. Das Verfahren ist neben der Einfachheit durch Billigkeit ausgezeichnet; die so vorgenommene Desinfektion eines 50 cbm-Raumes würde 3,69 M. kosten, bei Ammoniakentwicklung 3,82 M.

11. Meerwein, Basel: **Beitrag zur Herzchirurgie.**

Verf. berichtet über einen Fall von Stichverletzung des linken Herzohrs, bei dem die Blutung zum ersten Male beim Menschen durch Abbinden des Herzohrs gestillt und dadurch ein voller Erfolg erzielt wurde. Die versteckte Lage der Herzohren und die flatternden Bewegungen der Vorhöfe bringen es mit sich, daß die Anlegung der Naht mit großen Schwierigkeiten verknüpft ist; als erschwerendes Moment sind noch die dünnen Wandungen in Betracht zu ziehen, da die Naht des Endokard nicht verletzen soll. Das Abbinden gelingt rasch und leicht, schont das Endokard und bringt die Blutung vollständig zum Stehen.

12. Weber, Gießen: **Ueber einen Fall von primärer Mundtuberkulose durch Infektion mit Perlsuchtbazillen.**

Bei der betr. Patientin entwickelte sich eine Schrunde am Mundwinkel und im Anschluß an diese oberflächliche Ulzerationen der Wangenschleimhaut, weiterhin miliare Knötchenbildung an der Tonsille und am weichen Gaumen. Eine geschwollene Halslymphdrüse, die exstirpiert wurde, erwies sich als tuberkulös. Weiterhin ließen sich auch Veränderungen über den Lungenspitzen nachweisen. Trotz energischer lokaler Behandlung und Tuberkulininjektionen breitete sich der Prozeß rasch aus und führte bald zum Exitus. Die aus der Halslymphdrüse gezüchteten Tuberkelbazillen erwiesen sich als zum bovinen Typus gehörig. Es dürfte sich danach um eine primäre Tuberkulose der Mundschleimhaut infolge von Infektion mit perlsuchthaltiger Milch handeln. Die Frau hatte von der verdächtigen Milch, die die andern nicht erkrankten Familienmitglieder nur gekocht getrunken haben, des öfteren roh „gekostet“.

13. Mann, Triest: **Schwere akute Anämie nach Gelenkrheumatismus.**

Bei einem jungen Mädchen entwickelte sich akut eine schwere Anämie, die alle charakteristischen Zeichen der perniziösen Anämie aufwies. Erst nachher ergab sich, daß sich dieselbe an einen vorausgegangenen akuten Gelenkrheumatismus angeschlossen hatte, so daß sie also nicht als essentielle Form anzusehen war. Therapeutisch erwiesen sich von ausgezeichnetem Erfolg Bluttransfusionen, die in der Weise vorgenommen wurden, daß einer gesunden Schwester der Patientin aus einer Kubitalvene mittels Nadel und Spritze 20 ccm Blut entnommen wurde, das dann sofort mit derselben Spritze unter die Rückenhaut der Patientin injiziert wurde.

14. Hartog, Breslau: **Ungewöhnliche Entwicklungsdifferenzen von Zwillingen.**

Von einer 36jährigen XIII-Para wurden bei einem Abort zweieiige Zwillinge von ungewöhnlicher Größendifferenz geboren. Der eine Fötus war ca. 20 cm lang und entsprach somit dem vierten bis fünften Monat, während der zweite nur eine Länge von 3 bis 4 cm aufwies und daher etwa dem zweiten Fötalmonat entsprach; dabei wies er nicht die geringsten Mazerationserscheinungen auf. Es wird des näheren ausgeführt, daß es sich nicht um eine Superfoetatio oder Superfoecundatio handelt, sondern daß beide Eier derselben Ovulationsperiode und Konzeption entstammen. Die ungewöhnliche Entwicklungsdifferenz der Föten dürfte auf einen rein örtlichen Grund zurückzuführen sein; es ist anzunehmen, daß das eine Ei sich an einer Stelle des Uterus inseriert, die ihm bessere Bedingungen zum Wachstum bietet und es gegen den Druck des andern besser schützt, während das andere unter ungünstigeren Verhältnissen heranreift, indem es z. B. an einer Tubenecke sich inseriert hat.

Vermischtes.

Köln. Wie die Frankfurter Zeitung aus Köln berichtet, nahm eine zahlreich besuchte Mitgliederversammlung sämtlicher Orts-, Betriebs- und Innungs-Krankenkassen des Aufsichtsbezirkes der Stadt Köln einstimmig eine Resolution an, durch welche das System der freien Arztwahl für undurchführbar erklärt wird. Die Ausgaben für Krankengeld und Arzneien seien ausnahmslos bei allen Krankenkassen von Jahr zu Jahr in solch ungeheurem Maße gestiegen, daß die Beiträge auf eine fast unerschwingliche Höhe gebracht werden mußten, wodurch unter den Arbeitgebern und den versicherten Kassenmitgliedern große Unzufriedenheit erzeugt worden sei. Die Versammlung bezeichnete es daher als die dringendste Pflicht der Kassenvorstände und der Vertreter der Generalversammlung, diesen, die finanzielle Leistungsfähigkeit der Kassen aufs schwerste erschütternden Zustand nach Kräften zu beseitigen und mit allen zu Gebote stehenden Mitteln eine Aenderung des Systems der heutigen sogen. freien Aerztewahl zu bewirken.

Hierzu ist zu bemerken, was bereits öffentlich festgestellt wurde, daß die obengenannten Ausgaben nur deswegen in angeblich unerträglichem Umfange gestiegen sind, weil sie seitens der Kassenverwaltung absichtlich in die Höhe getrieben wurden, um das System der freien Arztwahl zu diskreditieren. Seit 1897 bestand die Einrichtung der Nachuntersuchung durch Kontrollärzte — eine unentbehrliche Vorbedingung für gesunde Wirtschaft bei freier Arztwahl. Im Jahre 1904 übernahmen die freigewählten Kassenärzte diese von der Krankenkasse geschaffene Einrichtung, bis im letzten Drittel jenes Jahres der Aerzteverein selbst dazu überging, zwei Aerzte zu dem genannten Zwecke anzustellen, da ein Zusammenarbeiten mit der Kasse nicht zu erreichen war. Alsbald zeigte sich bei den leitenden Kassenkreisen das Bestreben, die Nachuntersuchungen bei den Versicherten unbeliebt zu machen. Letztere wurden in den Versammlungen aufgewiegelt, indem erklärt wurde, niemand brauche sich nachuntersuchen zu lassen. Auch um eine Ausrede war man nicht verlegen: Im Jahresbericht der Ortskrankenkasse für die Fabriken vom Jahre 1906 wird zur Erklärung der andauernd hohen Krankenziffer darauf hingewiesen, daß die ärztliche Nachuntersuchungskommission, „ein integrierender Teil des Systems der freien Arztwahl“, infolge eines Gerichtsbeschlusses, in Wegfall gekommen sei; dieser Gerichtsbeschluß war jedoch nur deshalb ergangen, weil die Verpflichtung der Kassenmitglieder, vor der Nachuntersuchungskommission zu erscheinen, im Kassenstatut nicht vorgesehen war. Die Aufsichtsbehörde regte dementsprechend wiederholt an, diese Verpflichtung im Kassenstatut festzulegen, doch ging der Vorstand nicht darauf ein, weil er „angesichts der erbitterten Stimmung der Kassenmitglieder“ diese Satzungsänderung der Generalversammlung nicht glaubte empfehlen zu sollen. Zwar wußte der Vorstand, daß die Nachuntersuchungen einen unentbehrlichen Bestandteil der freien Arztwahl bilden. Er hat im Jahresbericht für 1904 ausdrücklich zugegeben, daß das bis zum Ende d. J. rapide Zurückgehen des Krankenzuwachses „den inzwischen getroffenen energischen Kontrollmaßnahmen der Aerzte zu danken war“. Trotzdem empfahl er die Kontrollmaßnahmen schon für 1906 nicht mehr, obwohl er laut Jahresbericht „von wachsender Sorge ergriffen war, weil er ein Abwehrmittel für Behebung des Mißstandes nicht ausfindig machen könne“! So wurde durch die ablehnende Haltung des Vorstandes jede Kontrolle unmöglich gemacht und Simulation und unerlaubter Mißbrauch des Kassenvermögens konnte sich ungestört entwickeln. Den Kassenmitgliedern wurde ein rücksichtsloses Wirtschaften mit den Mitteln der Kasse sozusagen nahegelegt! Die beabsichtigte Wirkung dieser eigenartigen Form verantwortlicher Selbstverwaltung ist nunmehr eingetreten in Gestalt der oben wiedergegebenen Resolution der Mitgliederversammlung. Der Zweck, das System der freien Arztwahl bei den Kassenmitgliedern und in der Oeffentlichkeit herabzusetzen, ist erreicht. Im Interesse einer sachlichen Beurteilung dieser Frage sei auf die eigenartigen Vorgänge in Köln hierdurch hingewiesen.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Medicinische Woche

Herausgegeben von

R. Deutschmann, Hamburg. A. Dührssen, Berlin. A. Hoffa, Berlin. E. Jacobi, Freiburg i. Br. H. Senator, Berlin. R. Sommer, Giessen. R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. H. Unverricht, Magdeburg. A. Vossius, Giessen.



Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Berlin W. 62, Kurfürstenstrasse 81.
Dr. P. Meißner.

Officielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Verbandes der Deutschen Nordseebäder und des Vereins der Badeärzte der Ostsee.

VIII. Jahrgang. 23. Dezember 1907. Nr. 51.

Die „Medicinische Woche" erscheint jeden Montag mit der Beilage **Therapeutische Rundschau** und kostet vierteljährlich 2,50 M., einzelne Nummer 25 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Originalien.

Zur Frage der Lokalanästhesie nach der Methode von Schleich.

Von Dr. **W. W. Rosanow.**

(Schluß.)

Ich kann nicht umhin, auf die Entfernung eines haselnußgroßen Osteoms der großen Zehe besonders hinzuweisen. In diesem Falle hat sich die Abmeißelung des Knochens mit dem Meißel merkwürdigerweise vollständig schmerzlos ausführen lassen.

Entzündete Gewebe lassen nicht immer die Anwendung der Infiltrationsmethode zu, da hier schon die Injektion selbst Schmerzen verursacht. Jedoch ist die Anwendung dieser Methode in den Fällen, in denen der entzündliche Prozeß den höchsten Grad seiner Entwickelung noch nicht erreicht hat oder der entzündliche Herd mehr oder minder tief unter der Haut liegt, möglich. Ich hatte Gelegenheit, die Methode in wieder sechs Fällen von verschiedenen Phlegmonen, Abszessen, Fisteln, Panaritien etc. anzuwenden.

Bei tiefer liegenden Eiteransammlungen, wie Paranephritis, tiefen Halsphlegmonen, sind die Hautdecken etwas ödematös. Dieser Umstand ist für die Gewinnung der Schleichschen Anästhesie ein günstiges Moment, da es hier leicht gelingt, diese mit einer relativ geringen Flüssigkeitsquantität zu erzielen.

Bei Phlegmonen mit wenig veränderten Hautdecken kann man gleichfalls Infiltrationsanästhesie leicht erzielen, jedoch tritt jenes Weißwerden der Gewebe, welches für die anästhesierten Stellen charakteristisch ist und dieselben von den benachbarten, nicht infiltrierten abstechen läßt, nicht zu tage. Sehr leicht sind Oedeme und Schmerzlosigkeit bei Spaltung von Fistelgängen zu erzielen.

Am schwersten läßt sich nach der Methode von Schleich bei Panaritium Schmerzlosigkeit erzielen. Ist der entzündliche Prozeß nur auf die Nagelphalange beschränkt und noch nicht zum Höhepunkt seiner Entwicklung gelangt, so kann man Schmerzlosigkeit erzielen, wenn man die Infiltrationsflüssigkeit in die gesunden Stellen, beispielsweise in der Basis des Fingers injiziert. Dabei kann man leicht wahrnehmen, wie sich die weiße ödematöse Welle in der Richtung zur Fingerkuppe bewegt. Sobald der ganze Finger weiß geworden ist, kann man ruhig die Inzision machen und überzeugt sein, daß dieselbe vollständig schmerzlos sein wird.

Hat aber der Prozeß bereits mehr oder minder bedeutende Ausdehnung gewonnen, sind die Gewebe gespannt, die Schmerzen heftig, so ruft die Injektion der Flüssigkeit noch eine Steigerung der Schmerzen im Moment der Injektion hervor, so daß die in der Folge eintretende Anästhesie durch heftige Schmerzen bei der Injektion erkauft werden muß.

Desgleichen ist die Schleichsche Methode bei Fistelöffnungen am Finger nicht anwendbar, da die injizierte Flüssigkeit durch dieselbe zurückfließt, so daß weder Oedeme noch Anästhesie erzielt werden können.

In solchen Fällen ist es am besten, die Methode von Oberst anzuwenden, nämlich die sogen. regionäre Anästhesie, d. h. Injektionen von geringen Quantitäten einprozentiger Kokainlösung dem Nervenstamm entlang, um diesen zu anästhesieren. Bei sehr heftigen Schmerzen und stürmisch verlaufendem Prozeß ist und bleibt die einzig sichere Methode die allgemeine Narkose.

An Knochengelenken hatte ich 29mal Gelegenheit zu operieren. Es befinden sich darunter 14 Fälle von Enukleation von Phalangen wegen Erfrierungen, 11 Fälle von Thoracocentesis mit Rippenresektion wegen Empyems, drei Fälle von Arthrotomie wegen eitriger Affektion der Gelenke bei Tuberkulose und ein Fall von Entfernung eines überzähligen Fingers an der Hand einer erwachsenen Person. In allen diesen Fällen habe ich mehr oder minder vollständige Anästhesie erzielen können. Bei Exartikulation von Phalangen gelang es bisweilen nicht, vollständige Anästhesie zu erzielen, wenn man die Entfernung der Phalange in der Nähe der Demarkationslinie ausführen mußte, da die Injektionsflüssigkeit hier nicht selten den Demarkationslinien entlang zurückfloß.

Daß man den Knochen bisweilen anästhesieren kann, geht aus dem oben erwähnten Falle von Osteom hervor, in dem vollständige Anästhesie erzielt wurde; es sprechen auch einschlägige Beobachtungen von Schleich selbst und von anderen Autoren dafür.

Die Gegend des Präputiums, des Penis und des Hodensackes bietet, wie gesagt, ein sehr geeignetes Feld zur Anwendung der Schleichschen Methode. Sämtliche von mir ausgeführten einschlägigen Operationen (19 an der Zahl) sind vollständig schmerzlos verlaufen. Was speziell den Hodensack betrifft, so schwillt derselbe schon bei der Injektion von geringen Flüssigkeitsquantitäten sehr rasch an. Nach der Infiltration der Haut des Hodensackes und nach der Injektion von einigen Spritzen unter die Haut muß man noch ein bis zwei Spritzen in die Höhle des Hodensackes selbst injizieren. Der durch die ganze Dicke des Hodensackes bis zum Auftreten von ödematöser Flüssigkeit geführte Schnitt ist absolut schmerzlos, wobei die Anästhesie so lange anhält, bis der Hoden und dessen Höhlen besichtigt und an die Haut festgenäht sind.

Die Schleichsche Methode ermöglicht auch die Vornahme von größeren Operationen, wie die Laparotomie. Ich selbst habe unter Schleichscher Anästhesie sechs Laparotomien ausgeführt, und zwar die eine zur Anlegung einer Magenfistel nach Kocher, vier wegen Aszites hepatischen Ursprungs zur Festnähung des Omentums an die vordere Bauch-

wand (Talmasche Operation) und eine Probelaparotomie, bei der sich eine maligne Neubildung des Pankreas mit Dissemination im Peritoneum ergab. Die Infiltration der Bauchwände gelingt leicht, namentlich dort, wo ein gewisses Oedem der letzteren, wie es in meinen vier Fällen von Aszites bestand, vorhanden ist. Hier war es nicht einmal nötig, die tiefer liegende Schicht und das Peritoneum zu infiltrieren, und in der Tat unterblieb in allen meinen Fällen von Laparotomie die Infiltrierung des letzteren. Die Inzision war stets vollständig schmerzlos. Das Peritoneum parietale war, wie es sich herausstellte, in allen Fällen wenig empfindlich, desgleichen die übrigen Organe der Bauchhöhle. Man konnte ganz frei die Hand in die Bauchhöhle einführen, ohne Schmerzen bezw. einen Reflex von seiten des Peritoneums hervorzurufen. Das Hervorziehen der Darmschlingen nach außen durch die Wunde rief jedoch stets Schmerzen und Unruhe der Patienten hervor. Infolgedessen muß man beim Operieren in der Bauchhöhle unter Schleichscher Anästhesie das Hervorziehen der Eingeweide, wenn keine absolute Notwendigkeit vorliegt, vermeiden. Ueberhaupt sind die Betastung der Organe in situ und selbst manche Manipulationen an denselben (Festnähung des Magens, des Omentums etc.) nicht nur möglich, sondern sogar schmerzlos. Die Anästhesie dauerte in meinen Fällen so lange, daß es möglich war, die Bauchhöhle zu vernähen, ohne daß die Kranken dabei Schmerzen empfanden.

Es braucht kaum besonders hervorgehoben zu werden, wie wohltuend die Anwendung der lokalen Anästhesie auf den postoperativen Verlauf und den Allgemeinzustand der laparotomierten Patienten gewirkt hat. In der Klinik von Mikulicz sind, wie aus dem Aufsatz von Gottstein zu ersehen ist, in einem Zeitraume von zwei Jahren unter Schleichscher Anästhesie 118 Laparotomien ausgeführt worden.

Gegen die Schleichsche Methode wurden von den verschiedenen Autoren verschiedene Erwägungen vorgebracht, die im wesentlichen folgendes betrafen:

Viele warfen der Methode vor, daß durch das Oedem die natürliche anatomische Grenze der Gewebe verstrichen werde, so daß die Ausführung der Operation eine Erschwerung erfahre. Andere fanden im Gegenteil, daß sich dabei nicht nur keine Schwierigkeiten darboten, sondern daß die Ausführung der Operation im Gegenteil leichter war. Dieser Widerspruch hängt nach Heinatz von der Art der Operation ab. Ueberall, wo wir die Operation unter Zuhilfenahme des Auges ausführen, ist dieselbe leichter, da infolge der Halbdurchsichtigkeit der ödematösen Gewebe die Faszien, Gefäße, die Grenzen der Geschwulst und der übrigen pathologischen Gewebe deutlicher hervortreten. Dort aber, wo man den Tastsinn zu Hilfe nehmen muß, entstehen, wie wir oben gesehen haben, Schwierigkeiten, da die ganze Infiltrationsgegend gleichmäßig derb und hart wird. Dies bestätigen auch meine eigenen Beobachtungen.

Trofimow und Gottlieb haben noch darauf hingewiesen, daß dank der Halbdurchsichtigkeit der durchtränkten Gewebe auch die Auffindung von Fremdkörpern erleichtert wird.

Es ist von verschiedener Seite die Behauptung aufgestellt worden, daß die Infiltrationsmethode mühsam sei und viel Zeit erfordere. Das ist nicht ganz richtig. Die Infiltration der Haut geht sehr rasch vor sich, namentlich, wenn man sich zweier oder mehrerer Spritzen bedient und stets eine andere Spritze in Bereitschaft hält, wenn man mit der einen injiziert. Sobald an der Linie der proponierten Inzision Oedem entstanden ist, schreitet man sofort zur Operation, wobei man es nicht nötig hat, fünf Minuten zu warten, wie bei anderen mehr oder minder gebräuchlichen Methoden (Reclus).

Wenn man nach Spaltung der Haut tiefer gehen muß, so injiziert man wieder einige Spritzen, wofür nur sehr wenig Zeit erforderlich ist, da das Oedem hier leichter gelingt und eine weit geringere Injektionsflüssigkeit verbraucht wird. Man kann aber dies nicht auch in bezug auf große und langdauernde Operationen sagen, wo man große Strecken infiltrieren muß. Hier geht die Arbeit langsam Schritt für Schritt, und es ist ein nicht geringes Zeitquantum erforderlich. Wenn man aber die dafür verwendete Zeit mit der Dauer der gleichen Operation unter Narkose vergleicht, so hat meiner Meinung nach doch die Schleichsche Methode den Vorzug. Nach Braun, Noak, Suslow und Trofimow soll bei der Anwendung der Infiltrationsanästhesie der regelmäßige Gang der Wundheilung eine Störung erfahren. Andere Autoren bestätigen diese theoretisch ausgesprochene Ansicht jedoch nicht. In sämtlichen Fällen meiner Praxis zeigte die Wundheilung auch nicht den geringsten Unterschied von der Norm. In sämtlichen Fällen, in denen Prima intentio erwartet werden durfte, ist eine solche auch eingetreten. Trofimow hat eine Verlangsamung der Wundheilung beobachtet. Dies konnte aber meiner Meinung nach durch übermäßige Infiltration der Gewebe mit Flüssigkeit und starke Kompression der Blutgefäße bedingt gewesen sein. Wreden hat ungleichmäßige Aufblähung der Wundränder beobachtet, die die regelmäßige Nahtanlegung erschwerte. In

Feuilleton.

Die Pathologie der Bibel.

Eine medizinisch-historische Skizze von **Dr. Peters**, Goslar.

(Schluß.)

Ueber Alterskrankheiten finden sich im Alten Testament einzelne Aufzeichnungen; an Marasmus senilis starb Abraham, 175 Jahre alt; denn es heißt 1. Mose 25, 8: „er nahm ab“ und „starb in einem ruhigen Alter“; desgleichen Isaak (1. Mose 35, 29), von dem es ähnlich heißt, und David (1. Kön. 1, 1), der, „da er alt war und hochbetaget, nicht warm werden konnte“ und (2, 10) bald danach starb. — Um eine Gangraena senilis handelt es sich offenbar bei der Erkrankung des Königs Asa, von dem 1. Kön. 15, 23, berichtet wird: „er war in seinem Alter krank an seinen Füßen, und seine Krankheit nahm sehr zu, und suchte auch in seiner Krankheit die Aerzte, und starb“.

Zum Kapitel der Krankheiten der Nerven und Sinnesorgane bietet das Alte Testament wenig, das Neue reichlicher verwertbares Material. Fälle von totaler Amaurosis infolge einer Cataracta senilis sind die Augenkrankheit des Isaak (1. Mose 27, 1 ff.): „da Isaak alt war worden, wurden seine Augen dunkel zu sehen“. Dieselbe Krankheit scheint bei Jakob nach dem Wortlaut von 1. Mose 48, 10, vorzuliegen: „Die Augen Jakobs waren dunkel worden vor Alter, und konnte nicht wohl sehen“, sowie bei dem Priester Eli (1. Sam. 3, 2 und 4, 15), von dem es heißt: „er war 98 Jahre alt und seine Augen waren dunkel, daß er nicht sehen konnte“; desgleichen bei dem Propheten Ahia (1. Kön. 14, 4): „er konnte nicht sehen, denn seine Augen starreten vor Alter“. — Die Fälle von Blindheit, von deren wunderbarer Heilung in dem Neuen Testament mehrfach erzählt wird, lassen keinen halbwegs sicheren Schluß auf den Charakter der Erkrankung (Glaucoma? Amotio retinä? Atrophia nervi optici?) zu. Die Synoptiker berichten übereinstimmend einen solchen Fall von totaler Blindheit (Matth. 20, 30; Mark. 10, 46; Luk. 18, 35); Matthäus zwei weitere Fälle, 9, 27, Markus einen Fall, 8, 22. Eine kongenitale Amaurosis ist erwähnt Ev. Joh. 9, 1 ff. Eine plötzliche Erblindung erleidet als Strafe der Zauberer Elymas (Apostelgesch. 13, 11), eine vorübergehende, drei Tage währende, der Apostel Paulus bei seiner Bekehrung (Apostelgeschichte 9, 9 und 22, 11) infolge Blendung seiner Augen durch das überirdische Licht.

An Sprachstörungen sind zu verzeichnen: Ein Taubstummer, den Mark. 7, 33, erwähnt; einen Fall von totaler Aphasie infolge Geistesstörung und einen gleichen mit Blindheit komplizierten berichtet Matthäus (9, 32 und 12, 22); den letzten Fall bestätigt auch Lukas (11, 14).

Größeres Interesse beansprucht der von den Synoptikern (Matth. 17, 15; Mark. 9, 17; Luk. 9, 38) geschilderte Fall des



meinen Fällen habe ich nichts derartiges beobachtet. Das kann vielleicht vorkommen, wenn man das Oedem, wie Schleich empfiehlt, bis zu einem gewissen Grade treibt, daß Elephantiasisformen entstehen; solche Oedeme sind aber, wie gesagt, keineswegs erforderlich.

Ein wichtiger Vorzug der Infiltrationsmethode liegt, von seiner Gefahrlosigkeit abgesehen, in der Entblutung des infiltrierten Gewebsteiles. Diese letztere ist bisweilen so stark ausgesprochen, daß man fast die ganze Operation unblutig ausführen kann. Die Entblutung der Gewebe geschieht durch Kompression der Blutgefäße durch die eingespritzte Flüssigkeit und erinnert an die Esmarchsche Entblutung, wobei sie sich jedoch von dieser letzteren vorteilhaft dadurch unterscheidet, daß nachfolgende Blutungen nicht zustande kommen, da die Verringerung der Kompression der Gefäße infolge von Herausfließen und Resorption der Flüssigkeit sehr langsam vor sich geht.

In der letzten Zeit wurde eine Kombination von 1%iger bezw. ½%iger Kokainlösung mit einigen Tropfen Adrenalin in einer Lösung von 1 : 1000 vorgeschlagen. Bekanntlich besitzt das Adrenalin, welches einen Auszug des wirksamen Prinzips der Nebenniere darstellt, starke vasokonstriktorische und blutstillende Eigenschaften. Das Bestreben, gleichzeitig ein schmerzstillendes und blutstillendes Mittel zu haben, welches man lokal anwenden könnte, hat natürlich viele Chirurgen veranlaßt, diese Mischung am Krankenbett zu erproben, um so mehr, als man theoretisch annahm, daß dank der vasokonstriktorischen Wirkung des Adrenalins die Resorption des Kokains sich verlangsame und infolgedessen auch die Intoxikationsgefahr sich verringern würde.

Die Praxis hat dies jedoch nicht bestätigt. Es ist bereits über einen Todesfall durch Kokain-Adrenalin-Anästhesie berichtet worden. So hat auf dem 32. Kongreß der deutschen Chirurgen Enderlen aus Marburg über einen solchen Fall bei einem erwachsenen blutarmen Mädchen nach einer Injektion von 6 ccm 1%iger Kokainlösung unter Zusatz von sechs Tropfen Adrenalin in Lösung von 1 : 1000 berichtet.

Wenn ich vorstehende Ausführungen nochmals überblicke, glaube ich, folgende Schlüsse aufstellen zu können:

1. Die Schleichsche Methode in der Modifikation von Braun und Heinze ist die ungefährlichste von sämtlichen bekannten Methoden der lokalen Anästhesie mit Einführung von schmerzstillenden Mitteln in die Gewebe selbst.

2. Mit Hilfe der Schleichschen Methode kann man eine **andauernde und vollständige Anästhesie erzielen, welche die** Möglichkeit gewährt, eine Reihe von verschiedenen, sowohl kleinen wie größeren chirurgischen Operationen auszuführen.

3. Die Schleichsche Methode kann natürlich nicht bei allen Operationen ohne Ausnahme angewendet werden und muß ihre Indikationen und Kontraindikationen haben.

Literatur.

Anrep: Pflügers Archiv für die gesamte Physiologie, Bd. XXI, S. 38.
Braun: Archiv für klinische Chirurgie, Bd. LVII, S. 370.
Breitmann: Die neuesten Heilmittel. S. 77.
Charpentier: Comptes rendues de Société de Biologie. 1884.
Danilewski: Archiv für die gesamte Physiologie, 1892, S. 446.
Enderlen: Russisches Chirurgisches Archiv, 1904, S. 179.
Gottstein: Archiv für klinische Chirurgie, Bd. LVII, S. 409.
Gottlieb: Chirurgija, 1897, S. 364.
Heinatz: Annalen der russischen Chirurgie, 1900, S. 21.
Hackenbruch: Archiv für klinische Chirurgie, Bd. LVII, S. 345.
Koller: Archiv für Heilkunde, Bd. IV, 1884.
Küster: Münchener medizinische Wochenschrift, 1898, Nr. 22.
Küster: Zentralblatt für Chirurgie, 1899, S. 172.
Lukaschewitsch: Medicinskoe Obosrenie, 1886, S. 950.
Mannheim: Zeitschrift für klin. Medizin, 1891, Bd. XVIII, S. 380.
Matisson: London med. Record, 1887.
Mosso: Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Bd. XXIII.
Mesch: Sibirische ärztliche Nachrichten, 1904, Nr. 5.
Niemann: Vierteljahrsschrift für praktische Heilkunde, 1860, S. 489.
Noak: Münchener med. Wochenschrift, 1899, S. 9.
A. Orlow: Wratsch, 1900, Nr. 8.
Pernice: Deutsche med. Wochenschrift, 1890, S. 287.
Reclus: Klinische Vorlesungen. 1895.
Schleich: Schmerzlose Operationen, Berlin, 1899.
Santschewski: Zur Frage der pathologisch-anatomischen Veränderungen der Kokain-Vergiftung. St. Petersburger Dissertation. 1888.
Suslow: Wojenno Medizinski Journal, 1898, S. 662.
Trofimow: Chirurgija, 1899, S. 559.
Vinci: Berliner klin. Wochenschrift, 1896, S. 605.
Vomossy: Deutsche med. Wochenschrift, 1897, Nr. 36.
Winogradow: Jeschenedelnaja klinitscheska Gazeta, 1898, S. 773.
Wreden: Annalen der russischen Chirurgie, 1898, S. 773.

Sitzungsberichte.

Deutschland.

Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 6. November 1907.

Vor der Tagesordnung:

Levinsohn demonstriert einen Fall von einseitiger reflektorischer Pupillenstarre.

„schwer kranken Knaben“, den man entweder als eine Epilepsie oder auch als Hysteroepilepsie ansprechen muß. Bei Matthäus heißt es: „er ist mondsüchtig und hat ein schweres Leiden; er fällt oft ins Feuer und oft ins Wasser“; bei Markus: „er hat einen sprachlosen Geist, und wo er ihn erwischet, so reißet er ihn; und er schäumet und knirschet mit den Zähnen und verdorret; das hat er von Kind auf“; gleich nachher wird ein Anfall geschildert: „Da riß ihn der Geist, und er fiel auf die Erde und wälzte sich und schäumte, und er ward, als wäre er tot“. Das ist das typische Bild eines richtigen epileptischen Anfalls; für Hysteroepilepsie könnte allenfalls die Unvermitteltheit des Anfalls, die „Mondsüchtigkeit“ und das Zähneknirschen sprechen. — Ein Fall letzterer Art im Gefolge einer Hysterie liegt anscheinend bei der Tochter des kananäischen Weibes vor, von deren Heilung Matth. 15, 22 und Mark. 7, 25, erzählt wird: „sie hatte einen unsauberen Geist“; sie wird nach ihrer Heilung von ihrer Mutter „auf dem Bett liegend gefunden“; doch läßt letztere Bemerkung auch eine Vermutung auf Epilepsie zu.

Aus dem Gebiet der Psychosen begegnen wir im Alten Testament einer Paranoia, von der nach Dan. 4, 30 ff. der König Nebukadnezar befallen wird: „er aß Gras wie Ochsen, und sein Leib lag unter dem Tau des Himmels und ward naß, bis sein Haar wuchs so groß als Adlersfedern, und seine Nägel wie Vogelsklauen wurden“. — Um maniakalische Zustände handelt es sich offenbar bei König Saul (1. Sam. 18, 10 und 19, 9), da er David nach dem Leben trachtet: „da geriet der böse Geist über Saul, und er rasete daheim im Hause, und schoß nach dem saitenspielenden David zweimal mit dem Spieß in seiner Hand“. — Zwei gemeingefährliche Tobsüchtige sind augenscheinlich die von den Synoptikern (Matth. 8,28; Mark. 5, 2; Luk. 8, 27) erwähnten „zwei Besessenen“: „die taten keine Kleider an und blieben in keinem Hause, sondern in den Totengräbern und waren sehr grimmig, also daß niemand dieselbige Straße wandeln konnte; niemand konnte sie binden, auch nicht mit Ketten“. Die gleiche Psychose ist anzunehmen bei dem Mark. 1, 23 und Luk. 4, 33, erwähnten „Besessenen“, der „in der Schule laut tobte und schrie, dann von dem ausfahrenden unsauberen Geist gerissen ward, daß er laut schrie und hinfiel, ohne sich Schaden zu tun“.

Aus dem Kapitel der Psychopathia sexualis begegnet uns im Alten wie im Neuen Testament Homosexualität beider Geschlechter; 1. Mose 19, 5, fordern die bösen Gottlosen von Sodom von Lot die Auslieferung der fremden Männer, „daß sie sie erkennen“; dasselbe Verlangen stellen „böse Buben“ zu Gibea an den einen levitischen Fremdling beherbergenden Greis (Richt. 19, 22); und im Neuen Testament warnt Röm. 1, 26, der Apostel Paulus die Gemeinde vor gleichem Greuel: „ihre Weiber haben verwandelt den natürlichen Brauch in den unnatürlichen; desselbigen gleichen auch die Männer haben verlassen den natürlichen Brauch des Weibes und sind aneinander erhitzet in ihren Lüsten und haben Mann mit Mann Schande getrieben“. — Incest finden wir verzeichnet bei Lot und seinen Töchtern (1. Mose 19, 33), bei Ruben (1. Mose 35,

Michaelis gibt eine Demonstration zur Serodiagnostik der Lues. Er verfügt über das Serum eines 18jährigen kongenital Syphilitischen, das mit syphilitischem Leberextrakt durch eine direkte Niederschlagsbildung reagiert. Es läßt sich dabei zeigen, daß der Leberextrakt das Antigen, das Patientenserum den Antikörper enthält.

Tagesordnung:

Falkenstein: Rückblick auf die Salzsäure-Therapie der Gicht nach fünfjährigen Beobachtungen.

Die von manchen Seiten geäußerte Besorgnis, daß die größeren Dosen Salzsäure schädigend wirken könnten, hat sich als unberechtigt erwiesen; man kann unbesorgt bis zu 60 Tropfen täglich ansteigen, auch zu langdauerndem Gebrauch; nur soll man die Salzsäure hinreichend verdünnt und mit den Speisen nehmen. Die freie Salzsäure schwindet schon im Magen und kann nicht mehr reizend auf den Darm wirken; oft ist zu Beginn der Kur eine stopfende Wirkung zu konstatieren; die Alkaleszenz des Blutes wird nicht alteriert. Die einzige wirkliche Ursache der Gicht sieht F. in einer angeborenen, vererbbaren Anomalie der Magenschleimhaut im Sinne mangelnder Salzsäureproduktion; die von Brugsch und Schittenhelm nachgewiesene Anomalie des Nukleinstoffwechsels kann nur als deren Folge betrachtet werden. Deshalb ist die Salzsäuretherapie die einzig richtige bei der Gicht. F. hat von vielen Seiten günstige Berichte über dieselbe erhalten. Er selbst nimmt seit fünf Jahren Salzsäure mit bestem Erfolg. Dauernde Zufuhr ist nötig, nicht nur zur Zeit eines Anfalles. Vorzügliche Erfolge mit dauernder Heilung hat er bei frischeren Fällen mit früh einsetzender Kur erzielt, wesentliche Besserungen bei älteren Formen; bei schweren chronischen Formen ist das Wiederauftreten von Schmerzattacken nicht zu verhüten.

Diskussion:

Kraus: Für die intervalläre Zeit hält K. eine alkalireiche Kost nicht für richtig; eine milde Salzsäuretherapie ist hier am Platze und mit Erfolg zu versuchen. Im Anfall selbst ist ein Erfolg von der Salzsäuremedikation nicht zu erwarten. Von höchster Wichtigkeit aber ist die Diät. Das beste, was man für den Gichtiker tun kann, ist, ihm möglichst lange eine purinfreie Nahrung zu geben.

Brugsch: Die Gicht hat mit einer Erkrankung der Magenschleimhaut nichts zu tun; sie ist lediglich eine Erkrankung des Stoffwechsels. Auf diese ist die Salzsäure an sich ohne Einfluß; sie wirkt nicht spezifisch, sondern als anorganische Säure, die Alkali entzieht. Die Hauptsache für die Therapie bleibt eine neutralisierende Diät.

Kutner: Zur Demonstration kystoskopischer Bilder.

Die Demonstration soll zeigen, daß die kystoskopischen Bilder entgegen der Behauptung Jakobys durchaus körperlich wirken.

Zur Diskussion: Jakoby, Rothschild, Gutmann.

Aerztlicher Verein München.

Sitzung vom 30. Oktober 1907.

1. Herr Graßmann: Nekrolog auf Herrn Hofrat Dr. Goßmann.

2. Neuwahl der Vorstandschaft: Es wurde angeregt, auch weiterhin den I. Vorstand jährlich wechseln zu lassen, dagegen den II. Vorstand für längere Jahre zu wählen und ihm einen wesentlichen Teil der Geschäftsführung zu übertragen.

Es wird eine Kommission zur Ausarbeitung einer Schiedsgerichtsordnung eingesetzt.

Zum I. Vorsitzenden wurde Herr Generalarzt Hummel gewählt.

3. Herr Oberndorfer: Demonstrationen.

a) Cholesteatom an der Gehirnbasis.

b) Mikroskopische Präparate von Periarteriitis nodosa (zuerst von Kußmaul beschrieben). Die Ursache der Erkrankung ist dunkel. In diesem Falle gelang es, in sämtlichen Organen Staphylokokken nachzuweisen, was dafür spricht, daß die Erkrankung durch Infektion entsteht.

c) Grawitzscher Tumor mit mächtigem Einbruch in das Gefäßsystem.

d) Gallenblasenkarzinom mit Gallensteinen.

Von den beiden letzten Fällen wurden prachtvoll gelungene Photochrombilder vorgezeigt.

4. Besprechung betreffs der Feier des Stiftungsfestes.

5. Zu Ehrenmitgliedern werden ernannt: die Herren Winckel-München, Quincke-Kiel, Leber-Heidelberg und Sattler-Leipzig.

Zu korrespondierenden Mitgliedern werden ernannt: die Herren: Gaupp-Tübingen, Borst-Würzburg, Schleich-Berlin, Kümmell-Hamburg, Edinger-Frankfurt, Zweifel-Leipzig, Lent-Köln und Beck-Nürnberg.

6. Herr Teilhaber: Die chronische Endometritis.

Teilhaber hat früher zusammen mit A. Meier 120 Uteri in Bezug auf den Bau ihrer Schleimhaut untersucht, neuerdings noch weitere 130 Uteri. Die zur Zeit gültige Lehre von der Anatomie der Uterusschleimhaut basiert auf den Untersuchungen von Karl Ruge und Gebhard. Das von diesen gegebene Einteilungsschema der verschiedenen Endometritisarten besteht nicht zu Recht. Die Drüsenvermehrung findet sich bei vollständig normalen Fällen, die weder Ausfluß noch Blutungen gehabt haben, allerdings mehr in der Zeit vor und während der Menstruation als im Intervalle. Teilhaber meint, daß es keine Endometritis glandularis hypertrophica gibt, und daß man aus den Drüsenverästelungen einen Schluß auf eine entzündliche Erkrankung der Schleimhaut nicht ziehen dürfte. Aehnlich ist es mit der Atrophie. Blutungen sollen fast nie infolge diffuser Entzündung der Schleimhaut entstehen. Teilhaber führt eine große Reihe allgemeiner Ursachen an und weist auf seine früheren Befunde von Veränderungen im Myometrium hin, die ursächlich wirken können. In seinem Schlußwort meint er, daß durch die von ihm behaupteten Dinge die Therapie der Endometritis wesentlich beeinflußt werden solle.

Diskussion: Herr Albrecht (a. G.) leugnet eine Uebereinstimmung der Befunde von T. und Hitschmann und Adler, die von ersterem angenommen wurde (T. sah Rundzelleninfiltration nur bei Gonorrhöe). Die Hyperplasie der Uterusschleimhaut wird nicht als Entzündung aufgefaßt, aber sie entsteht durch den chronischen Entzündungsreiz. A. vermißt weiterhin bei T. den Nachweis, daß das Interstitium keine Rundzelleninfiltration zeige. Eine Atrophie der Schleimhaut kann auch (nach allgemeinen Gesetzen) als eine pathologische auftreten.

Herr Döderlein schließt sich im wesentlichen den Worten von Albrecht an. Wenn auch normaliter Hypertrophie und

---

22), der seines Vaters Kebsweib und die Mutter seiner Brüder schändet, und 1. Kor. 5, 1, in den Worten: „Hurerei, da auch die Heiden nicht von zu sagen wissen, daß einer seines Vaters Weib habe“. Auf das schon im Altertum nicht seltene Vorkommen des Incestes jeder Art, auch der Sodomie, deuten die 3. Mose 18 verzeichneten, gegen diese Schändlichkeiten gegebenen Gesetze hin. Endlich findet sich Päderastie erwähnt 1. Kor. 6, 9.

Der Vollständigkeit halber seien zum Schlusse die beiden Fälle von Suicidium verzeichnet, die einzigen, welche die Bibel meldet. Den einen finden wir im Alten Testament 1. Sam. 31, 5: König Saul, hart von den Philistern bedrängt, stürzt sich in sein eigenes Schwert, um nicht in die Hände der Feinde zu fallen; der andere im Neuen Testament, Matth. 27, 5, betrifft den Verräter Judas Ischarioth, der in Verzweiflung und Reue ob seiner schändlichen Tat sich selbst erhängt.

Man sieht, daß trotz der Mangelhaftigkeit des Materials manche Krankheitsbilder und Schilderungen sich finden, die mit dem Lichtschein der modernen Pathologie beleuchtet, eine Reihe interessanter und belehrender Momente bieten, manche auch, die in gleicher Weise noch in heutiger Zeit tagtäglich zu beobachten sind, und deren Untersuchung und Zusammenstellung immerhin einigen medizinisch-geschichtlichen Wert in sich birgt.

Atrophie der Schleimhaut vorkommen können, so kann er doch deshalb T.s Annahme nicht gelten lassen, daß gleich aussehende Veränderungen niemals krankhaften Ursprunges sein sollen. Neben der gonorrhoischen Endometritis können auch andere bakterielle Endometritiden entstehen. Die Endometritis glandularis bleibt nach wie vor eine der Hauptursachen der Blutungen. Hier kann man durch die Kurettage Hilfe bringen.

Herr Katzenstein: Man solle die Allgemeinbehandlung bei Blutungen nicht vergessen.

Herr Amann: Die heute geschilderten Veränderungen waren nach seiner Meinung schon früher bekannt. Die hypertrophischen Veränderungen sind oft zurückzuführen auf frühere entzündliche Veränderungen bakteriellen Ursprungs.

Herr Teilhaber (Schlußwort): Der Beweis dafür, daß es eine pathologische Endometritis gibt, die Ursache der Blutungen ist, ist noch zu erbringen. Er wird seine Präparate in einer Sitzung der Münchener gynäkologischen Gesellschaft demonstrieren und hier gern noch weitere Einzelheiten über seine Studien mitteilen. Albert Uffenheimer-München.

Oesterreich.

Verein deutscher Aerzte in Prag.

Sitzung vom 14. November 1907.

Herr Springer und Herr Imhofer: Operation bei seröser Meningitis.

Herr Springer stellt ein zehnjähriges Mädchen vor, welches seit langer Zeit an einer chronischen unkomplizierten Mittelohreiterung mit großer zentraler Trommelfellperforation gelitten hatte und bei dem plötzlich meningitische Erscheinungen (hohes Fieber, Kontrakturen, Krämpfe, Nackensteifigkeit, Bewußtlosigkeit) eingetreten war. Die Lumbalpunktion förderte klare Flüssigkeit unter hohem Druck zu tage, aus der sich nach 48 Stunden im Thermostaten Fibrinflocken (mikroskopisch reichliche Leukozyten eingelagert) abschieden. Keine Mikroorganismen (keine Tbc.-Baz.). Es wurde die Radikaloperation vorgenommen, bei der sich nur etwas eitriger Belag der geröteten und geschwellten Paukenhöhlenschleimhaut vorfand. Weiter folgte die Freilegung und Eröffnung der Dura. Entleerung großer Mengen von Liquor cerebrospinalis unter starkem Drucke. Nach 24 Stunden Wiederkehr des Bewußtseins, Schwinden der zerebralen Erscheinungen; gegenwärtig, nach einem halben Jahre, ist das Kind völlig hergestellt.

Nach Springers Dafürhalten handelt es sich um eine Meningitis serosa im Anschluß an eine chronische Entzündung der Paukenhöhle. Im Anschluß daran erörtert Herr Imhofer die Möglichkeit des Eintretens einer serösen Meningitis bei unkomplizierter chronischer Mittelohreiterung, wofür ein Beispiel in der Literatur nicht gefunden wurde, während bei akuter Otitis mit chronischer Paukenhöhlenentzündung mit Knochen- oder endokranieller Komplikation (Extraduralabszeß) das Eintreten seröser Meningitis wiederholt beobachtet worden ist.

Herr A. Elschnig: Ueber Neugeborenenblennorrhöe.

E. berichtet zuerst über seine gemeinsam mit Dr. Jehle am Kinderspital in Wien vorgenommenen bakteriologischen Untersuchungen, 41 Kinder betreffend. Nur in 21 Fällen lag gonorrh. Bl. vor, in allen diesen war die Erkrankung in den ersten drei Lebenstagen aufgetreten; in den Fällen, in denen die Mütter den Beginn der Eiterung später datierten, konnte aus dem klinischen Befunde die Unrichtigkeit der Angaben erschlossen werden. In den kulturell untersuchten Gonorrhöefällen waren die Gonokokken in Reinkultur vorhanden, und in einem Falle bei späterer Untersuchung auch Streptokokken, in zwei Xerose. Spätinfektionen kamen also nicht in Beobachtung. Kein Kind erlitt während der Behandlung eine Hornhautaffektion, wenn nicht im Beginn der Behandlung eine solche schon bestanden hatte. Dennoch hält E. das Auftreten einer solchen bei elend genährten Kindern trotz bester Behandlung für möglich.

Unter den 20 nicht gonorrh. Bl. waren fünf Streptokokkenfälle, einmal mit B. pyocyaneus an einem Auge vermengt, einmal diplococcus pneumoniae, dreimal massenhaft Xerose, siebenmal Staphylokokken, einmal ein gelbe Kulturen gebendes Stäbchen, die übrigen Fälle waren steril. Daß letztere Gonorrhöefälle mit frühzeitigem Verschwinden der Gonokokken sein könnten, hält E. für ausgeschlossen, hingegen hält er es für wahrscheinlich, daß Staphyl. aur. die Erreger waren, da diese unter Behandlung rapid verschwinden können. Auch Staphyl. alb. sei unter Umständen pathogen, ebenso Xerose. Die Ursache der nicht gon. Bl. liegt nach E. z. T. in Geburtsinfektion, z. T. in späterer, und zwar hauptsächlich auf traumatischer Basis folgender Infektion. Gerade die unzweckmäßige Behandlung leichter Katarrhe durch schlecht gebildete Hebammen und Mütter, insbesondere das oftmalige Waschen der Augen, wobei nur zu häufig mit in Kal. hypermang. getränkter Watte direkt die Bindehaut, ja sogar die Hornhaut selbst abgescheuert wird, ruft die schwere Blennorrhöe der Neugeborenen (nicht gon. Form) hervor. In verschiedenen Ländern herrschen in der Pflege der Neugeborenen verschiedene Sitten. Demzufolge sind die Beobachtungen über die Neugeborenenblennorrhöe so verschieden. Seit Uebernahme der Prager Klinik hat E. 16 solche Kinder in Behandlung genommen, wovon nur ein Fall nicht gonorrhoisch war.

Jeder Fall von Neugeborenenblennorrhöe muß also bakteriologisch untersucht werden (es genügt ein Ausstrichpräparat). Liegt Gonorrhöe vor, so ist die alte Gräfe-Stellwagsche Behandlung die beste. Liegt nicht Gonorrhöe vor, so ist eine milde Behandlung, am besten wiederholtes Einträufeln von Hydr. oxycyanat. 1 : 5000, zu empfehlen; bei starker Sekretion leichtes Touchieren mit 1%iger Arg. nitr.-Lösung.

Sitzung vom 29. November 1907.

Herr Karl Kreibich berichtet über seltene Fälle und Formen von Lues, die das gemeinsame haben, daß ihre luetische Natur durch längere Zeit unbekannt blieb, da die Lues geläufigere Krankheitsbilder nachahmte. Dies galt von vier Fällen von seltener gummöser Lymphdrüsenerkrankung, die meist vorher operiert wurden oder zur Operation bestimmt waren. Ein Fall von Heubnerscher Entarteriitis wurde anfangs für Hysterie gehalten, bis unter dem Bilde der Pseudobulbärparalyse der Exitus eintrat. Drei Fälle von Akustikuserkrankung im dritten bis vierten Monat nach der Infektion. Ein Fall von Ikterus von zweijähriger Dauer, der durch zwei Jahre mit Karlsbader Kuren behandelt wurde. Endlich ein Fall mit drei Rezidiven einer tertiären Roseola, Lebertumor, Milzschwellung, Myokarditis, Iridozyklitis, Glomerulonephritis, der anfangs zur Diagnose Cholelithiasis, Pseudoleukämie Veranlassung gab, bei welchem die sämtlichen verschiedenen Symptome auf Hg. promptest zurückgingen.

Herr Rudolf Fischl demonstriert ein neun Monate altes Kind und seine Mutter, bei denen beiden eine Vakzineübertragung von den fünf Wochen vorher geimpften Geschwistern erfolgt war. Das Mädchen zeigt ein mit entzündlichem Hofe umgebenes Impfulkus in der Leistenbeuge, sowie drei typische Vakzinebläschen im Bereiche des Genitales, die Mutter ein Impfgeschwür und eine Pustel an der Unterlippe, mit starker schmerzhafter Schwellung der Lymphdrüsen. Zuerst war das Kind erkrankt, das dann die Mutter infizierte. Vortr. weist auf die relative Häufigkeit derartiger Vorkommnisse hin, die nicht immer so harmlos verlaufen, und betont die Wichtigkeit der Deckung gesetzter Impfstiche durch geeignete Schutzverbände.

Herr Gustav Eckstein: Röntgenbehandlung bei Asthma bronchiale (Demonstration).

Nach Anführung der bisherigen Literatur und Erklärung der wahrscheinlichen Wirkungsart der Röntgenstrahlen nach Schilling beim Asthma bronchiale bespricht Vortr. zwei Fälle, welche von ihm mit günstigem Erfolg behandelt wurden.

I. Ein 45 jähriges Fräulein leidet seit dem Jahre 1895 im Anschluß an eine Influenza an anfänglich sporadisch, später immer häufiger auftretenden Asthmaanfällen. Nasenbehandlung, Entfernung von Polypen, Kur in Reichenhall etc. erfolglos. Die Anfälle hielten auch tagelang an. Patientin kam körperlich ganz herunter, verlor innerhalb einiger Monate 15 kg und mußte infolge Körperschwäche durch neun Monate zu Bette liegen. Mikro-

skopisch wurden im Sputum Curschmannsche Spiralen, Leydensche Asthmakristalle, eosinophile Zellen nachgewiesen. Am zweiten Bestrahlungstag konnte Patientin schlafen. Bestrahlt wurde der Thorax zirkulär mittels harter Röhre, je fünf Minuten eine Stelle. Erster Bestrahlungsturnus dauerte 60 Minuten. Nach einer Pause von sechs Wochen trat ein viertägiger Asthmaanfall auf, darauf wieder fünf Wochen Ruhe. Die vor der Bestrahlung bestandene Bronchitis hatte sich gebessert. Am 21. Oktober wurde im Asthmaanfall die Patientin zur Behandlung gebracht. Zweiter Turnus 40 Minuten, Sitzung à 10 Minuten. Die Nacht vom 21. Oktober auf den 22. Oktober war anfallfrei, Patientin schlief sehr gut. Seit der Zeit haben sich die Anfälle bis zum heutigen Tag, d. i. der 8. Dezember, nicht wiederholt, Patientin fühlt sich wohl und nimmt an Gewicht zu.

II. Ein $3^1/_2$ Jahre altes Mädchen wurde am 15. Juli 1907 infolge raschen Laufens kurzatmig, bekam an diesem Tage den ersten Asthmaanfall. Die Anfälle wiederholten sich in immer steigender Zahl, hielten oft tags und nachts an, seit August täglich. Nasen-, Rachen- und Kehlkopfuntersuchungen zeigten nichts pathologisches. Perkussionsschall der Lungen hell voll: vorne rechts bis zum Rippenbogen; hinten bis zur elften Rippe. Ueber den ganzen Lungen Pfeifen und Giemen. Das Herz perkussorisch nicht nachweisbar. Temperatur 36,8. Fieber bestand während der Krankheit nicht. In- und exspiratorischer Stridor. Röntgenbestrahlung am 2. September d J. fünf Minuten auf der Vorderseite des Thorax. In der Nacht zum erstenmal seit Wochen geschlafen. Bestrahlungen im ganzen durch 18 Minuten vorne und rückwärts. Das Resultat war vollkommenes Verschwinden der Asthmaanfälle, Verminderung der Geräusche über den Lungen. Im Röntgenbilde sieht man sowohl bei der dorso-ventralen als auch bei der ventro-dorsalen Aufnahme rechterseits Schatten neben dem Herzen, welche als vergrößerte Lymphdrüsen gedeutet werden.

Dr. W—r.

Periodische Literatur.

Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 36. 1907.

1. Heine, Greifswald: **Die Diagnose und Therapie der Iritiden.**

Die wichtigsten Symptome der Iritis sind ziliare Injektion, Verfärbung und verwaschene Zeichnung des Irisstromas, Miose und Schmerzen; dazugesellen können sich Trübung des Kammerwassers, deszemetische Beschläge auf der Hornhauthinterfläche, Pupillenexsudate, knötchenförmige Bildungen im Irisstroma, hintere Synechien. Der bemerkenswerteste Folgezustand ist das Glaukom. Mit diesem darf die Iritis nicht verwechselt werden; daß bei Iritis ein Mydriatikum, bei Glaukom ein Miotikum indiziert, vice versa aber kontraindiziert ist, zeigt die Tragweite der Differentialdiagnose. Verwechselungen können auch mit Konjunktivitis und Corpus alienum in Konjunktiva oder Kornea vorkommen. Als hauptursächliche Momente für die primäre Iritis kommen in Betracht: Syphilis, Rheumatismus, Tuberkulose und Skrofulose, Stoffwechselanomalien (besonders Diabetes und Gicht), akute Infektionskrankheiten, sympathisierende Ophthalmie. Im klinischen Bilde der einzelnen Iritiden gibt es charakteristische Unterschiede, welche in ursächlicher Beziehung eine Unterscheidung gestatten; die Symptomatologie der einzelnen Formen wird genauer erörtert. Die allgemeinen therapeutischen Maßnahmen sind Bettruhe, zum mindesten Aufenthalt im Zimmer, das leicht zu verdunkeln ist; lokal kann feuchte Wärme oder ein trockener Verband appliziert werden: gute subjektive Besserung bringt gelegentlich ein trockener oder blutiger Schröpfkopf; zur Ableitung kann man mit Erfolg trockene oder feuchte Schwitzbäder, heiße Fußbäder verwenden; von innerlichen Mitteln kommen die Salizylpräparate in Frage; Exzitantien sind zu meiden. Was die Atropinanwendung betrifft, so sind Iritiden mit Atropin nur soweit zu behandeln, wie es nötig ist, um hintere Synechien zu verhindern; in eine gut erweiterte Pupille Atropin zu tun, hat keinen Sinn; denn wenn die Pupille weit ist, ist auch der Akkomodationsapparat genügend gelähmt. Wegen der möglichen Drucksteigerung durch Atropin muß die Tension täglich kontrolliert werden; tritt dieselbe auf, so soll man mit dem Mydriatikum zurückhaltender sein und durch feuchten Verband, eventuell Dionin, die Tension herabzudrücken suchen. Wird ein Miotikum erforderlich, so gibt man zunächst Pilokarpin (1 bis 2%), dann erst das energischere Eserin ($^1/_2$ bis 1%); empfehlenswert ist auch, in solchen Fällen Atropin und Eserin abwechselnd zu instillieren. Neben der für alle Formen der Iritis gemeinschaftlichen Therapie kommen dann noch die ätiologisch gewiesenen Maßnahmen in Frage. Bei den spezifisch syphilitischen Iritiden muß in erster Linie eine Inunktionskur mit Kombination von Jodkali angewandt werden. Bei den rheumatischen Formen spielt wegen der häufigen Rezidive die Prophylaxe — Bade-, Trinkkuren — eine besondere Rolle. Bei den skrofulösen und tuberkulösen Iritiden kommt außer allgemein roborierender und Badebehandlung noch die Tuberkulinkur in Betracht, die oft günstigen Einfluß haben kann. Bei der sympathischen Iritis ist das Hauptgewicht auf die Verhütung zu legen; ist ein Auge erblindet — besonders durch Verletzung —, kann es sich aber nicht beruhigen, bestehen Reizzustände fort, so soll man es nicht in situ lassen, sondern enukleieren.

2. Cassirer und Bamberger, Berlin: **Ein Fall von Polyzythämie und Zwangsvorstellungsneurose.**

Der betr. Patient litt an Zwangsvorstellungen sexuell-obszönen Charakters; die Masturbation war es, die das Material lieferte, und die seit langem in dem Denken des Patienten eine große Rolle spielte, insbesondere ihm zu hypochondrischen Befürchtungen seit geraumer Zeit Anlaß gegeben hatte. Dem Auftreten der Zwangsvorstellungen war eine mehrmonatliche sexuelle Abstinenz vorangegangen. Neben der eigentümlich gefärbten Neurose bestand das Krankheitsbild der Polyzythämie, dessen grundlegende Symptome: Vermehrung der roten Blutkörperchen bei normalem Leukozytengehalt, Erhöhung des Hämoglobingehaltes, Zyanose ohne Stauungserscheinungen, Vergrößerung der Milz und der Leber, Hypertrophie des linken Ventrikels, ektasierte kleine Gefäße im Gesicht und am Rumpf ausgesprochen vorhanden waren. Die besondere Färbung, die der nervöse Symptomenkomplex darbot, ist vielleicht nicht ganz unabhängig von der Allgemeinerkrankung, insofern als die so sehr gesteigerte Reizbarkeit der Sinnessphären wohl in einem gewissen Zusammenhang mit der anscheinend in diesen Fällen vorhandenen Steigerung des Stoffwechsels stehen könnte.

3. Westenhoeffer, Berlin: **Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Plethora vera.**

Bei einem 28jährigen Manne, bei dem auf Grund der klinischen Beobachtung eine akute Meningitis angenommen war, ergab die Autopsie als Todesursache eine ausgedehnte Gehirnblutung, die als eine intrameningeale im Bereich des linken Hinterhaupts- und Schläfenlappens begonnen, die Hirnsubstanz allmählich durchsetzt hatte und schließlich in den linken Seitenventrikel hineingebrochen war. Sämtliche Organe zeigten eine kollossale Blutüberfüllung; Herz, Lungen, Leber, Nieren, Pankreas, Blase, Darm machten den Eindruck, als stammten sie von einem Menschen, der an einem schweren inkompensierten Herzfehler oder an einer Erstickung zu Grunde gegangen war. Das Mark der langen Röhrenknochen sah genau aus wie ein sehr blutreiches kindliches Knochenmark; dem entsprach auch der mikroskopische Befund. Alle Elemente waren an Zahl, Größe und Form in dem Zustand. der als normal bezeichnet wird. Infolge des Vorhandenseins von kindlichem roten Knochenmark bei diesem Manne hat eine um so viel mal größere Herstellung und dadurch Vermehrung der aus dem Knochenmark stammenden zelligen Blutbestandteile, insbesondere der roten Blutkörperchen, stattgefunden, als das Mark der langen Röhrenknochen die Summe des Marks der beim Erwachsenen funktionierenden kurzen Knochen übertrifft, und zwar ist die Art und Weise der Vermehrung eine vollkommen physiologische, soweit die Leistung des Knochenmarks in Betracht kommt, eine pathologische, als sie zu einer Zeit geschieht, wo sie nicht mehr sein sollte. Es tritt also zu einer Zeit hämatopoetisches Knochenmark in den langen Röhrenknochen beim Erwachsenen auf, wo es nicht mehr vorkommen sollte, ohne daß eine



nachweisbare Erkrankung vorausgegangen ist, welche etwa eine Regeneration des Blutes nötig gemacht hätte, und ohne daß der Organismus ein nachweisbares Bedürfnis zu dieser Vermehrung der Knochenmarkselemente hatte. Entsprechend der Vermehrung der roten Blutkörperchen und ihrer vermehrten Zerstörung hat die Milz eine Vergrößerung erfahren im Sinne einer einfachen Hyperplasie der Pulpa. Das Charakteristische der Fälle von Plethora vera ist also in einer Erkrankung des Knochenmarks zu suchen, die als eine heterochrone Hämatopoese des Marks der langen Röhrenknochen zu definieren ist. Für die Auffassung des Infantilismus des Knochenmarks als Hemmungsbildung war in dem vorliegenden Falle nichts zu eruieren. Starke Rötung des Gesichts und auffallende Rotfärbung der Schleimhäute, die bei der kurzen klinischen Beobachtung bemerkt worden waren, waren den Angehörigen ebensowenig wie dem vorher behandelnden Arzte aufgefallen.

4. Veil, Straßburg: **Weitere Beobachtungen über Untersuchung des Blutes auf Typhusbazillen und auf Agglutination.**

Von 210 untersuchten Kranken, bei denen nach der klinischen Beobachtung und der ganzen Art des Krankheitsverlaufs mit Sicherheit Abdominaltyphus angenommen werden mußte, haben nur 4 = 2% bis zur Entlassung aus dem Krankenhause sowohl Typhusbazillen im Blut als auch Agglutination völlig vermissen lassen. Bei Fällen in der ersten Krankheitswoche gelang die Züchtung aus dem Blut bei leichten, mittelschweren und schweren Fällen in 50 resp. 70 resp. 100%, die Agglutination in 75 resp. 50 und 50%. Es zeigt sich daraus, daß für die Frühdiagnose des Typhus die Blutzüchtung völlig die Situation beherrscht, während ein negativer Ausfall der Agglutinationserscheinung nur sehr bedingt zu verwenden ist. Interessant ist das differente, gewissermaßen gegensätzliche Verhalten der schweren und leichten Fälle; die Blutzüchtung hat umso größere Chancen, ein positives Ergebnis zu zeigen, je schwerer der Krankheitszustand ist; die Agglutinationsreaktion fällt umso wahrscheinlicher in der ersten Woche negativ aus, je sicherer die Blutzüchtung positiv wird, d. h. je schwerer die Infektion sich darstellt. In der zweiten Woche gelang die Blutzüchtung bei leichten, mittelschweren und schweren Fällen in 6 resp. 68 resp. 84%, die Agglutination in 100 resp. 94 resp. 76%. Während also die Züchtung bei den leichten Fällen kaum mehr gelang, bei den mittelschweren seltener geworden war, bei den schweren aber noch fast ausnahmslos positiv ausfiel, zeigte sich die Agglutinationsreaktion für beinahe alle Fälle konstant. Die Untersuchungen bei Fällen der dritten und vierten Woche ergaben, daß von der dritten Woche ab der Züchtungsversuch als diagnostisches Hilfsmittel fortfällt; die Aussicht auf einen positiven Ausfall ist gering; werden Bazillen gefunden, so handelt es sich immer um schwere Fälle mit ungünstiger Prognose. Die Agglutininbildung dagegen schien fast in allen Fällen gleichmäßig leicht und konstant vor sich zu gehen. Untersuchungen bei einzelnen Paratyphusfällen zeigten für die schweren Fälle bakterizidisch ein gleiches Verhalten wie für die schweren Typhen; nur trat die Agglutination meist frühzeitiger ein; die mittelschweren Fälle ließen die Züchtung meist vermissen.

5. Poljakoff und Choroschko, Moskau: **Polyneuritis und Bacterium coli.**

Verff. berichten über einen typischen Fall von Polyneuritis, bei dem während des ganzen Krankheitsverlaufs Bacterium coli in Reinkultur in der Blase nachweisbar war, und glauben annehmen zu können, daß diese lokale Infektion mit Bacterium coli die Ursache der tiefen Veränderungen im Nervensystem gewesen ist. Die Autopsie ergab eine Knickung des Darmes mit Erweiterung des höher gelegenen Teiles; die atrophische Darmschleimhaut konnte dem Durchdringen des Bact. coli den Weg nicht versperren. An entzündlichen Streifen auf dem Peritoneum ließ sich seine Wanderung bis zur Blase erkennen. Die infolge der Koprostase erhöhte Virulenz des Bact. coli wurde durch die Züchtung im Harn erheblich gesteigert; seine Toxine wurden von der verletzten Blasenschleimhaut resorbiert, zirkulierten im Blut und konnten so das Nervensystem erreichen und dort ihre deletäre Wirkung ausüben. Eine wesentliche Stütze ihrer Auffassung bringen Verff. durch Tierexperimente, bei denen es ihnen gelang, durch Injektion von Toxinen des von der Kranken gewonnenen Stammes Bact. coli die gleichen polyneuritischen Veränderungen bei Meerschweinchen zu erzeugen. Auf Grund ihrer Beobachtungen glauben Verff. auch für die Anschauung eintreten zu können, daß die Fälle von Polyneuritis, welche infolge von Koprostase auftraten, auf einer Vergiftung mit Toxinen des Bact. coli beruhen.

6. Guttmann, Freiburg: **Zur Beurteilung und Prüfung des Patellarreflexes.**

Die von Pick (d. W. Nr. 23) vorgeschlagene, zehn Intensitätsgrade umfassende Skala zur Beurteilung des Patellarreflexes hält Verf. für zu kompliziert und empfiehlt folgende: 0 Reflex überhaupt nicht auslösen, 1 nur Kontraktion des M. quadriceps, keine Bewegung des Unterschenkels, 2 schwache, 3 mittelstarke, 4 starke, 5 klonus- oder tonusartige Bewegung des Unterschenkels. Als beste Untersuchungsmethodik empfiehlt er seine Suspensionsmethode. Das betr. Bein wird mit Hilfe von zwei Handtüchern suspendiert; zuerst legt man ein Handtuch um den Unterschenkel und hebt ihn etwas in die Höhe, wobei der Patient angewiesen wird, den Unterschenkel ruhig auf dem Handtuch liegen zu lassen; dann wird ein zweites um den Oberschenkel dicht oberhalb des Knies gelegt, mit dem ein Gehilfe den Oberschenkel etwas nach schräg oben zieht, so daß das Knie einen stumpfen Winkel bildet. Fast ausnahmslos ist damit eine vollständige Entspannung des Beins zu erzielen.

7. Neunhäuser, Berlin: **Ueber Aktinomykose der weiblichen Genitalien.**

Eingehende Krankengeschichte und Beschreibung der mehrfachen operativen Eingriffe und der exstirpierten Organe eines Falles von Aktinomykose, mit der seltenen Lokalisation an den weiblichen Genitalien. Die Frage, ob diese primär oder sekundär vom Darm aus infiziert, ließ sich auch durch die Autopsie nicht sicher entscheiden.

8. Schürmann, Berlin: **Zerreißung des Halses mit Abreißen des Kehlkopfes.**

Die Verletzung zog sich der Patient bei einem Zusammenstoß mit einem Automobil zu, wobei eine Eisenstange den Unterkiefer traf. Der Hals wurde dicht unterhalb des Zungenbeins vollständig quer durchrissen; der Kehlkopf lag mit dem Kehldeckel nach hinten umgesunken fast an der Kehlgrube. Bei der sichtlich drohenden Gefahr der Erstickung wurde zunächst die Tracheotomie vorgenommen mit gutem Erfolg und dann am nächsten Tage der Kehlkopf an das Zungenbein angenäht. Trotz Komplikation durch eine schwere Bronchitis wurde völlige Heilung erzielt.

9. Bradt, Berlin: **Zur Kasuistik der Verbrennung der Halsorgane.**

Die betr. Patientin erlitt, während sie einen Topf mit siedendem Schmalz trug, einen Ohnmachtsanfall; dabei ergoß sich das Schmalz über ihr Gesicht und in Mund und Schlund hinein. Neben starken Verbrennungen der äußeren Haut des Gesichts und Halses sowie der Mundschleimhaut fanden sich eigentümlich auf den Längsfalten der hintern Pharynxwand lokalisierte Brandeffekte und eine Nekrotisierung der Schleimhaut der Epiglottis, der Valleculae und Sinus pyriformes, die in großen Fetzen in den ersten Tagen abgestoßen wurde. Schon am achten Tage konnte die Patientin weiche Speisen zu sich nehmen ohne Beschwerden, und es erfolgte völlige Heilung ohne wesentliche Narbenbildungen. Die Behandlung der oralen und pharyngo-laryngealen Verbrennung bestand darin, daß die Patientin Benguesche Mentholdragées im Munde zergehen ließ, die sie von Zeit zu Zeit in Anästhesinpulver wälzte. Morgens und abends bekam sie nach vorheriger Kokainisierung endolaryngeal eine reichliche Menge einer Mentholanästhesinlösung. Darunter trat eine sehr vollkommene Linderung der im Anfange der Erkrankung außerordentlich heftigen Schmerzen ein.

10. Sardemann, Marburg: **Die Lebensversicherung im Kriegsfalle.**

11. Lachmann, Rogowo: **Vierlingsgeburt.**



XI-Para. Alle vier Kinder gut entwickelt und lebend.

12. Koch: **Dritter Bericht von der deutschen Expedition zur Erforschung der Schlafkrankheit.**

Auszug aus dem an die Reichsregierung erstatteten Bericht.

Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 35. 1907.

1. Kathe, Halle: **Die Lungenschwimmprobe und ihre Bedeutung.**

Der Ausfall der Lungenschwimmprobe kann durch mehrere Momente nach der negativen und nach der positiven Seite beeinflußt werden. Einmal liegt die Möglichkeit vor, daß die Lungen von Kindern, die lebend zur Welt gekommen, einige Zeit gelebt und geschrieen haben, also vollentfaltete Respirationsorgane haben mußten, bei der Obduktion sich als völlig luftleer infolge von Atelektase erweisen. Eine Erklärung hierfür hat Unger gegeben; wird die Lunge eines Neugeborenen infolge nicht genügender Atmung nicht in entsprechender Weise aufgebläht, so kallabiert sie bis zu einem gewissen Grade, bei dem sich zwar noch Luft in den Alveolen befindet, bei dem aber ein Verschluß der feineren Bronchien durch Verlegung des Lumens mit Schleim stattfindet. Diese residuäre Luft der Alveolen kann dann langsam von dem Blut in den die Lungenbläschen umspinnenden Kapillaren resorbiert werden; da die Blutzirkulation genügend lange Zeit den respiratorischen Luftwechsel überdauert, so kann allmählich völlige Atelektase eintreten. Damit schwindet für den ärztlichen Sachverständigen die Berechtigung, allein auf Grund der Tatsache, daß bei der Obduktion die Lungen luftleer gefunden werden, das Gutachten dahin abzugeben, das Kind habe keine Luft geatmet. Leben und Atmen nach der Geburt darf nur verneint werden, wenn es sich um ein faultotes Kind handelt. Nach der positiven Seite kann die Schwimmprobe eine Beeinflussung erfahren in dem Sinne, daß Lungen von Kindern, welche spontan überhaupt nicht oder wenigstens nach Verlassen des Geburtskanals nicht geatmet haben, sich bei der Sektion als luft- oder gashaltig erweisen und auf Wasser schwimmen. Einmal besteht die Möglichkeit, die aber in forensischer Hinsicht von geringer Bedeutung ist, daß die Lungen von totgeborenen Kindern künstlich lufthaltig gemacht sind (Lufteinblasungen, Schultzesche Schwingungen, künstliche Atmung). Von viel größerer praktischer Bedeutung ist der Umstand, daß Lungen, die atelektatisch waren, nach Eintritt der Fäulnis und nach Durchsetzung des Lungengewebes mit Fäulnisgas schwimmfähig werden. Ein drittes Moment, welches zu irrtümlicher Auffassung der Resultate der Schwimmprobe führen könnte, ist die sogen. intrauterine Luft- bezw. Gasatmung. Während normalerweise die erste Respirationsbewegung des Kindes nach Verlassen des Geburtskanals auftritt, können unter besonderen Bedingungen durch die Frucht Atembewegungen ausgeführt werden, solange sie sich noch im Geburtskanal befindet. Auch diese Atembewegungen sind in letzter Linie auf einen O-Mangel des Blutes zurückzuführen (vorzeitige Lösung der Plazenta, Kompression vorgefallener Nabelschnurschlingen, Druckwirkung auf den kindlichen Schadel); mit dem ersten Atemzuge aspiriert das Kind das vor den Respirationsöffnungen befindliche Medium, also gewöhnlich Fruchtwasser; die Folge ist ein Ertrinken der Frucht. Unter außergewöhnlichen Bedingungen kann sich aber auch vor den Respirationsöffnungen ein anderes Medium befinden und aspiriert werden, nämlich Luft bezw. Gas. Die Folge dieser intrauterinen Luftatmung ist eine gewisse Entfaltung der Lungen; da der Sauerstoffbedarf nur kurze Zeit so gedeckt werden kann, so folgt bald Lähmung des Atemzentrums und des Herzens; das Kind stirbt ab und kommt tot zur Welt. Bei der Sektion finden sich neben den Zeichen der Erstickung partiell entfaltete Lungen und Fruchtwasserbestandteile im Respirationstraktus. Damit Luft in die Gebärmutter eindringen kann, müssen drei Bedingungen erfüllt sein; vor allem muß der intraabdominale Druck unter den der Atmosphäre sinken; die Bedingungen hierfür sind gegeben bei plötzlichem starkem Abfluß des Fruchtwassers, bei Lagewechsel, Uebergang der Rücken- in Seitenbauch- oder Knieellenbogenlage. Weiterhin wird der Vorgang begünstigt, wenn nicht ermöglicht, durch schlaffe Beschaffenheit der Uteruswandungen und Bauchdecken. Drittens muß dann eine Insuffizienz des äußeren Muttermundes bestehen; diese kann hervorgerufen werden durch alle kleineren und größeren geburtshilflichen Eingriffe; dementsprechend wird intrauterines Luftatmen am häufigsten nach Wendungen und hohen Zangen beobachtet. Es kann aber auch Luft in die Gebärmutter dringen lediglich bei anormalem Beckenbau und anormalem Geburtsverlauf; beim platt-rachitischen und ungleichmäßig verengten Becken kann der Kopf noch im Beckeneingang stehen, wenn der Muttermund schon völlig erweitert ist, wobei leicht Lücken zwischen Kopf und Weichteilen des Geburtskanals entstehen; noch leichter kann das eintreten, wenn, bedingt durch Beckenanomalie, eine anormale Lage der Frucht, eventuell kompliziert durch Vorfall von Kindsteilen, besteht. Das gasförmige Medium, das eventuell von der Frucht im Uterus aspiriert wird, kann sich auch erst durch Zersetzung des Fruchtwassers in der Gebärmutterhöhle gebildet haben; dies ist die sogen. Tympania uteri, die meist im Anschluß an langdauernde Geburten eintritt und durch eingewanderte bezw. eingebrachte Keime bedingt ist. Fälle von intrauteriner Luftatmung können dem Gerichtsarzt bei der Beurteilung, ob das Kind gelebt hat oder nicht, die größten Schwierigkeiten bereiten. Findet er teilweise oder gänzlich entfaltete Lungen, alle Anzeichen der Erstickung, jedoch keine äußeren Verletzungen und bleibt die verdächtige Mutter bei der Behauptung, das Kind sei tot zur Welt gekommen, so muß er sich die Möglichkeit einer intrauterinen Atmung stets vor Augen halten; Angaben bezgl. eines protrahierten Geburtsverlaufs, der Untersuchungsbefund der Mutter, welcher für Anomalien im Bau des Beckens spricht, und ähnliche Momente müssen ihn veranlassen, sich in seinem Gutachten sehr zurückhaltend bezw. zu gunsten der Mutter zu äußern. Mit einiger Sicherheit kann man auf intrauterine Atmung und Erstickung schließen, wenn sich Fruchtwasserbestandteile und Mekonium in den entfalteten Lungen nachweisen lassen. Zum Schluß berichtet Verf. eingehend über einen von ihm beobachteten sehr markanten Fall von intrauteriner Luftatmung.

2. Michaelis, Berlin: **Die Wassermannsche Syphilisreaktion.**

Um die Beweiskraft und die Deutung dieser Reaktion einer Kritik zu unterwerfen, sucht M. folgende Fragen zu beantworten: 1. Ist es richtig, daß die Sera verschiedener Menschen die Reaktion in verschiedenem Sinne und mit zuverlässigem Ausschlag nach der einen oder andern Seite geben? 2. Ist es richtig, daß, wenn das der Fall ist, die Reaktion grade für Syphilitiker konstant ist? 3. Ist es richtig, daß diese Reaktion durch Vermittlung des Syphiliserregers oder seiner Extraktionsprodukte zu stande kommt, und daß die in dem Extrakt immer daneben vorhandene Lebersubstanz irrelevant ist? Aus den in dieser Richtung angestellten Versuchen lassen sich folgende Schlüsse ziehen: Die Wassermannsche Reaktion fiel in der Tat in der Regel bei Syphilitikern positiv, bei Nicht-Syphilitikern negativ aus. Die Reaktion geht in der Regel viel deutlicher bei Anwendung von syphilitischer Leber als bei Anwendung von Normalleber von statten: jedoch ist der Unterschied nur graduell. Diese Tatsache erweckt berechtigte Zweifel, ob die Reaktion wirklich das Vorhandensein eines Antikörpers gegen den Syphiliserreger oder seine Gifte anzeigt; sie zeigt vielleicht einen andern Stoff an, der direkt mit dem Syphiliserreger nichts zu tun hat, in syphilitischen Organen aber reichlicher vorhanden oder aus ihnen besser extrahierbar ist als aus normalen; in diesem Sinne ist auch die Tatsache zu verwerten, daß ein Kaninchenserum die Reaktion positiv ergab. Es ist aber vorläufig auch nicht ganz auszuschließen, daß es sich möglicherweise um zwei nebeneinanderlaufende Reaktionen handelt, bei deren einer der Lueserreger, bei deren anderer die Organeiweißkörper die Reaktion auslösen. Vorläufig sollte man deshalb die Reaktion als eine rein empirische, in ihrem Wesen noch nicht aufgeklärte hinnehmen, die sehr nützlich werden dürfte, wenn weitere Erfahrungen alle Fehlerquellen ausschließen lassen. Vor eiligen Schlußfolgerungen glaubt aber M. im Interesse einer ruhigen und zielbewußten Forschung warnen zu sollen.

3. Watermann, Berlin: **Zur Behandlung zentraler Augenleiden luetischen Ursprungs mit Atoxyl.**



Verf. hat bei 10 Fällen zentraler Lues und tabischer Atrophie die Behandlung mit Atoxyl versucht. Die Versuche brachten eine völlige Enttäuschung. Ein günstiger Erfolg war bei keinem der Fälle zentraler Sehnervenerkrankung auf luetischer Grundlage zu sehen, ja es muß sogar vor der Anwendung des Atoxyls in solchen Fällen gewarnt werden, da, abgesehen von den bei fast allen Patienten auftretenden unangenehmen allgemeinen Nebenerscheinungen, bei einem eine Herabsetzung der Sehschärfe durch zentrales Skotom und bei vier weiteren eine so schnelle und intensive Minderung der Sehschärfe eintrat, wie solche selbst während einer Quecksilberkur nie beobachtet wurde.

4. Fleischer, Berlin: **Ueber turgo-tonographische Pulsdruckbestimmung.**

Verf. bespricht die bisherigen Methoden der Bestimmung des Pulsdruckes und schildert dann eingehend an der Hand von Abbildungen den Straußschen Turgosphygmographen, die Versuchsanordnung mit diesem Apparat und gibt einige damit erhaltene Resultate.

5. Sellei und Unterberg, Budapest: **Beiträge zur Pathologie und Therapie der gonorrhoischen Pyelitis.**

Bei der gonorrhoischen Pyelitis müssen vom bakteriologischen Standpunkte folgende Fragen gestellt werden: Verursacht der Gonokokkus direkt Pyelitis? Kommt er mit andern Bakterien vor (also Mischinfektion im engeren Sinne)? Entsteht die Pyelitis in Verbindung mit Gonorrhöe nicht durch den Gonokokkus, sondern durch andere Bazillen? Wahrscheinlich ist die gonorrhoische Pyelitis nicht hämatogener Natur, sondern der Abschluß eines aszendierenden Prozesses. In der Mehrzahl der Fälle ist das Leiden einseitig. Die klinische Symptomatologie ist eine mangelhafte, weshalb meistens nur durch strenge Differenzierung von andern Krankheiten die Diagnose zu stellen ist. Auf die spezifische gonorrhoische Pyelitis können bloß die ätiologischen Momente den Verdacht leiten; nur der mit Hilfe des Uretherenkatheterismus erhobene bakteriologische Befund kann die positive Diagnose geben. Verff. berichten über fünf in exakter Weise untersuchte Fälle. In den mittels Ureterkatheter entnommenen Harnen fand sich einmal allein der Gonokokkus, einmal derselbe mit andern Bakterien und dreimal Mischinfektion ohne Gonokokken; bezüglich der Mischinfektion wurde viermal Bacterium coli, je einmal Staphylokokken, dicke Diplokokken und Pseudodiphtheriebazillen gefunden. Die Harne waren alle eiweißhaltig, doch nirgends zeigte der filtrierte Urin mehr als 0,1 bis 0,2 p. M.; zytologisch fanden sich neben Epithelien viele Eiterzellen, aus der Form der zelligen Elemente war nicht mit Sicherheit die Diagnose auf Pyelitis zu stellen. Der Urin war fast in jedem Falle von größerer Menge als das gewöhnliche Tagesquantum; der Grund dafür ist vielleicht darin zu suchen, daß das entzündete Becken die Niere zu größerer Arbeit reizt, oder daß reflektorisch die andere Niere zu einer stärkeren Funktion gebracht wird. Eine Erweiterung des Nierenbeckens war in keinem Falle zu konstatieren. Nach diesen Untersuchungen dürfte also, obgleich der Gonokokkus direkt imstande ist, Pyelitis zu verursachen, das größere Kontingent der sogen. gonorrhoischen Pyelitiden durch Mischinfektion (in weiterem Sinne) entstehen. In der Mehrheit der Fälle heilt die gonorrhoische Pyelitis durch Ruhe und interne Behandlung; eine lokale Behandlung des Pyelons ist nur in Ausnahmefällen, wo die interne Therapie erfolglos bleibt, erforderlich; hier sind Waschungen des Nierenbeckens (mit Borsäure-, 1 prom. Arg. nitr.-, Collargollösung 2%ig) angezeigt, die dann, ein bis zweimal wöchentlich wiederholt, rasch zur Heilung führen.

6. Achert, Nauheim: **Ueber die protrahierte Darreichung der Digitalisdrogue.**

Cloetta hat gezeigt, daß das kristallisierte Digitoxin dem amorphen gegenüber eine verschiedene Wirkung hat, und daß die kumulative Giftwirkung durch das einmal kristallisiert gewesene Präparat ausgelöst wird. Die ebenso gefährliche wie unangenehme Kumulativwirkung fehlt nur bei einem Digitalispräparat, dem Digalen. Für eine protrahierte Darreichungsweise ist deshalb dieses ganz besonders geeignet. Eine solche kommt hauptsächlich in Frage bei den chronischen Herzmuskelerkrankungen, und zwar bei der Myokarditis in allen Stadien und aus jeglicher Pathogenese, bei der Myasthenia cordis chronica (Herzmuskelschwäche) mit oder ohne Dilatation und Hypertrophie, bei der Herzschwäche des hypertrophischen linken Herzens nach inveterierter Nephritis. Da 0,15 g Fol. digitalis 1 ccm Digalen gleich 20 Tropfen entsprechen, so wären bei protrahierter Darreichung 7 bis 14 Tropfen ein- bis zweimal täglich zu geben; diese kleine Dosis genügt in geeigneten Fällen vollkommen, die Kompensation zu erhalten. Ueble Nebenerscheinungen, besonders vom Magendarmkanal, hat Verf. niemals dabei beobachtet.

7. Loewenthal, Braunschweig: **Ueber die Wirkung der Radiumemanation auf den Menschen.** Zweite Mitteilung.

Verf. berichtet über je einen Fall von chronischem Gelenkrheumatismus und Ischias, die er mit Radiumemanation behandelt hat. Die Patienten waren vorher mit den verschiedensten Methoden ohne jeden Erfolg behandelt worden. Sie erhielten zunächst kohlensaure Solbäder mit Zusatz von 100 ccm Emanationswasser; nach den ersten Bädern trat eine deutliche Reaktion mit erhöhter Schmerzhaftigkeit im affizierten Gelenk resp. Nerven auf; dann trat allmählich Besserung ein, und wenige Monate nach Beendigung der Badekur (21 Bäder im ganzen) war völlige Heilung erzielt. In beiden Fällen trat nach längerer Zeit ein Rückfall auf, welcher dann ohne jede sonstige Behandlung nur mit einer Trinkkur von Emanationswasser (täglich 10 ccm) behandelt wurde. Beim einen blieb jede Reaktion diesmal aus und bei Beendigung der Trinkkur nach 21 Tagen war völlige Heilung erzielt. Beim zweiten traten wieder heftige Reaktionen ein, die erst nach einer größeren Zahl von Dosen nachließen; wenige Wochen nach Beendigung der Kur, die mit der 24. Dosis abgebrochen wurde, war völlige Heilung auch hier herbeigeführt. An Stelle des selbstbereiteten Emanationswassers hat Verf. in letzter Zeit mit gleich günstigem Erfolge das Radiogenwasser der Radiogen-Gesellschaft, Charlottenburg, benutzt.

Die Heilkunde. Heft V.

1. Schultze, Bonn: **Neuralgien und ihre Behandlung.**

Die genaue ätiologische Ursache der Nervenschmerzen ist von bestimmendem Einflusse für die Therapie. Bei den rein psychischen Formen ist die Behandlung der zu Grunde liegenden Krankheit erforderlich; grobmechanische Ursachen sind zu beseitigen. Sind entfernbare Ursachen nicht vorhanden, so kann man von chemisch wirkenden Mitteln Gebrauch machen; bei frischen Neuralgien helfen die Salizylpräparate, Aspirin, Novaspirin, Chinin, Pyramidon; weiter wird Arsenik versucht, dann Akonitin (1 Dezimilligramm dreimal täglich), auch Strychnin. Empfehlenswert, wenigstens bei leichteren Fällen, sind die Naegelschen Handgriffe; bisweilen bewährt sich der galvanische Strom; ebenso leisten Gutes Wärme und Hitze, heiße Luftduschen mit Massage, warme Sandbäder, schottische Duschen. Dehnungen sind erforderlich bei den Fällen, wo perineuritische Verwachsungen vorliegen; doch kann nach deren Vornahme eine Lähmung eintreten. Eine gemischte physikalisch-chemische Therapie stellt die Einspritzung von Morphin, Antipyrin, Alkohol, Kochsalz, Methylenblau in die Nervenbahnen dar. Trotz der vielen Mittel ist die chirurgische Behandlung in vielen Fällen nicht zu umgehen. Durchschneidung und Resektion der Nerven führt bald zu Rezidiven. Radikal ist die Krausesche Ganglienresektion, hat aber noch eine sehr hohe Mortalität. Neuerdings hat Bardenheuer über gute Erfolge berichtet durch Entfernung der Nerven aus den Knochenkanälen und Einbettung in Weichteile (Nevrinsarcoclesis).

2. Ullmann, Wien: **Gesichtspunkte zur Aetiologie und Therapie des Ekzems.**

Die Definition des Ekzems ist auf diejenigen superfiziellen Hautentzündungen einzuschränken, welche unter Bildung von Knötchen und Bläschen beginnen und unter nachträglicher Krusten- und Borkenbildung, Schuppung sich zurückbilden, aber durch öfteres spontanes Rezidivieren des Prozesses und durch Neigung zur Chronizität sich von anderen ähnlichen Entzündungsprozessen der Haut differenzieren. Immer liegt dem Ekzem eine erhöhte Reizbarkeit der Haut, die eine angeborene Anomalie oder akquiriert sein kann, zu Grunde. Beim idiopathischen Ekzem kann

man folgende ätiologische Gruppen unterscheiden: Dentitions-, reflektorische, neurogene Ekzeme der Säuglinge und Erwachsenen, skrofulöses Ekzem der älteren Kinder, Ekzema myoticum und seborrhoicum, Stauungsekzem und autotoxische Ekzeme, darunter das gichtische, als Typus des histogenen, und enterogenes, auf Prozesse gesteigerter Darmfäulnis im Magen und Darmtrakt beruhendes Ekzem. An diese Gruppen schließen sich die sekundären oder Begleitekzeme an, wie sie bei Ichthyosis, Prurigo, Lichen ruber und simplex, Psoriasis und Pityriasis rosea vorkommen. Vom klinisch-therapeutischen Standpunkt kann man unterscheiden: Ekzeme der behaarten Haut, das Ekzema intertriginosum, die singulären und multiplen, isolierten Ekzemplaques am Stamme, periorale und rhagadiforme Ekzeme, solche an abhängigen Körperteilen, Stauungsekzeme, Ekzemschwielen, universelle Exzeme.

Für die Behandlung der Ekzeme im ersten, durch ödematöse Schwellung der Haut charakterisierten Stadium kommen antiphlogistische Prozeduren und kühlende Puder in Betracht, gegen starken Juckreiz 80%iger Spiritus mit Zusatz von 1% Resorzin oder Karbolsäure; hat Begrenzung stattgefunden, so sind Wattedunstverbände mit 1%iger Resorzinlösung, 3 bis 10fach verdünnter Burowlösung oder Alsol in 5 bis 10% Solution am Platze. In der Phase des Nässens wird mit saugenden Pasten behandelt, anfangs blande Zinkmehlpaste, dann 2% salizylhaltige Lassarsche Paste, der man später Tumenol (10%), Naphthalan (20%), Sapolan (20%), Ichthyol (5%) zusetzen kann. Handelt es sich um Intertrigines, Schenkel-Paragenitalgegend Erwachsener, mit Ekzem kombiniert, ist der Anthrarobinlack: 30 g Anthrarobin auf 10 g Tct. benzoes, oder eine Kombination von Anthrarobin 2,0, Tumenol 8,0, Aether sulf. 20,0, Tct. benzoes 30,0, ein- bis zweimal täglich auf die erkrankte Partie aufzupinseln, oft von abortiven Effekt gefolgt. Die Schlußbehandlung frischer Ekzeme nach Aufhören der Krustenbildung wird mit Zinkpasten unter Teerzusatz 5 bis 20% steigend durchgeführt; als Teerzusätze empfehlen sich anfänglich Oleum Lithanthracis, später Oleum Cadini oder Oleum Rusci, z. B. Ol. Rusci 10,0, zinc. oxyd. 25,0, Ol. Oliv. 65,0, zweimal täglich oder über Nacht, nach dem Aufpinseln mit Watte verbinden. Als Uebergangsmittel von den milden saugenden Zinkpasten zum Teer ist das Empyroform zu empfehlen, namentlich bei skrofulösem Ekzem der Kinder im Gesicht und bei seborrhoischem Ekzem Erwachsener als Empiroform-Vaselin (10 bis 20%) oder Empyroform-Zinkpaste. In gleicher Weise als Zwischenmittel ist das Tumenolammonium zu gebrauchen, das für die reizbaren Phasen Ichthyol, Thiol, Thigenol zu verdrängen geeignet ist.

3. Baumgärtner, München: **Die moderne Behandlung der Arteriosklerose.**

Es wird zunächst die Allgemeinbehandlung mit physikalischen, hydriatischen Prozeduren und Medikamenten besprochen und dann eingehend unter Anführung zahlreicher Verordnungsformeln die spezielle Therapie der Komplikationen der Arteriosklerose — Herzinsuffizienz, kardiales Asthma, Angina pectoris, Dyspragia enteritica, Schrumpfniere, Aneurysmen der großen Gefäße, zerebrale Atheromatose, senile Gangrän, vasomotorische Neurosen, trophoneurotische Störungen — abgehandelt.

4. Notthaft, München: **Sadismus und Lustmord.**

(Nicht abgeschlossen.)

Vermischtes.

Breslau. Der 29. Balneologen-Kongreß wird vom 5. bis 9. März 1908 hierselbst tagen. Bei dem lebhaften Interesse, das die Breslauer Behörden und Aerzte, sowie die gesamte Bürgerschaft diesem Kongreß entgegenbringen, dürfte sich sein Verlauf recht günstig gestalten. Der diesjährige Kongreß erhält eine besondere Weihe durch die Enthüllung eines würdigen, von der Balneologischen Gesellschaft gestifteten Denkmals für Hermann Brehmer, den großen Schöpfer der modernen Schwindsuchtsbehandlung. Die wissenschaftliche Seite des Kongresses verspricht recht viel Anregung, da bereits eine ganze Reihe von interessanten Vorträgen angemeldet ist. Weitere Anmeldungen von Vorträgen sind zu richten an den Generalsekretär der Balneologischen Gesellschaft, Herrn Geheimrat Dr. Brock, Berlin NW., Thomasiusstraße 24.

Bad Salzbrunn. Nachdem im Jahre 1905 im Bachbett des Salzbaches, in der Nähe des Oberbrunnens, Mineralquellen freigelegt worden sind, deren chemische Analyse die völlige Uebereinstimmung mit dem Oberbrunnen ergab, wird in diesem Winter das Salzbachbett verlegt, um die Quellen in geeigneter Weise fassen zu können.

Mit den Arbeiten ist der bekannte Quelleningenieur Scherrer in Ems seitens der fürstlichen Brunnendirektion betraut worden.

Berlin. Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erläßt ein Preisausschreiben zur Abfassung einer volkstümlichen Flugschrift, welche die Gefahren der venerischen Krankheiten unter besonderer Berücksichtigung des Soldaten- und Matrosenlebens behandeln soll. Es sind drei Preise zu 300, 200 und 100 Mark vorgesehen. Die näheren Bedingungen des Preisausschreibens sind von der Geschäftsstelle der Gesellschaft, Berlin S. 14, Inselstr. 13a zu beziehen.

Berlin. Herr Geb. Medicinalrat Prof. Dr. Bumm hielt am Freitag den 6. Dezember in der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten einen Vortrag über „die Bedeutung der Gonorrhöe für Gesundheit und Ehe".

Vor Eintritt in die Tagesordnung gab der Vorsitzende der Ortsgruppe Berlin, Herr San.-Rat Dr. O. Rosenthal bekannt, daß die nächste Veranstaltung der Gesellschaft, ein Vortragsabend für weibliche Angestellte, besonders Dienstmädchen am 24. Januar stattfinden wird. Die praktische Aerztin, Frl. Dr. Agnes Hacker wird die Gefahren der Unwissenheit auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten schildern. In anbetracht der wichtigen Aufgabe, die Aufklärung gerade auch in die schwer zugänglichen Kreise der Hausangestellten zu tragen, fordert der Vorsitzende die Anwesenden auf, für einen guten Besuch dieser Versammlung nach Kräften Propaganda zu machen.

Herr Geheimrat Bumm bezeichnete in seinem Vortrag die Gonorrhöe als die häufigste und darum wichtigste der Geschlechtskrankheiten, durch deren verheerende Folgen schon viel Glück in Trümmer gegangen und manche Familie ausgestorben sei. Die Frau wird in der Regel viel schwerer von der Krankheit betroffen, während sie beim Manne in vielen Fällen gutartig verläuft. Immerhin ist Zeugungsunfähigkeit des Mannes als Folge von Gonorrhöe so häufig, daß sie in 20 bis 25 Prozent der kinderlosen Ehen die Ursache der Sterilität bildet.

Eine andere verhängnisvolle Eigenschaft der Gonorrhöe ist aber, daß der von ihr Betroffene jahrelang, auch wenn er selbst keinerlei Beschwerden empfindet, ansteckungsfähig bleiben kann. So kommen die meisten gonorrhoischen Infektionen der Ehefrauen zustande. Bei sehr jungen Frauen ruft die Infektion ganz besonders schwere akute Erscheinungen hervor. Wird nun die Krankheit, solange sie noch auf die äußeren unteren Teile beschränkt bleibt, nicht sorgfältig und ausdauernd behandelt, so steigen die krankheitserregenden Bakterien in die inneren Teile hinauf, rufen heftige schmerzhafte Entzündungen hervor und zerstören die Fortpflanzungsorgane. Nun ist die Frau chronisch unterleibskrank und bleibt kinderlos. Bisweilen geschieht dieses Aufsteigen der Krankheit erst nach der ersten Geburt im Wochenbett. Manche Fälle heilen dann aus, nachdem die Fortpflanzungsorgane zerstört sind, in vielen Fällen jedoch bleibt die Frau dauernd in ihrem Wohlbefinden geschädigt und kann eine Heilung nur durch operative Entfernung der vereiterten inneren Organe, also durch Verstümmelung erreichen. Redner erwähnt noch kurz die Gefahren für das Auge des Kindes während der Geburt. Zusammenfassend hebt Redner die Notwendigkeit der Aufklärung über Bedeutung und Gefahren der Krankheit hervor und betont wiederholt, daß nur durch frühzeitige eindringliche und ausdauernde Behandlung durch einen Arzt unter Beobachtung strenger Diät das Aufsteigen, das Chronischwerden der Krankheit, und somit die Mehrzahl der Uebertragungen in der Ehe vermieden werden kann.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. P. Meissner, Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 81. — Verantwortlich für den Inseratenteil: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck von der Heynemann'schen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



1907. 4. März.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.



Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Ein Wort zum Geleit.

Eine neue Begleiterin ist der Medicinischen Woche erstanden: die Therapeutische Rundschau hat sich zu ihr gesellt und wird fortan ihrer älteren Schwester auf ihrem dornigen Pfade durch die Öffentlichkeit, durch die Spießruten der haarscharfen Kritik des ärztlichen Publikums folgen. Man könnte diesen Entschluß der Therapeutischen Rundschau, die erklärtermaßen dem Zwecke dient, die Bekanntschaft der ärztlichen Kreise mit den neuesten Erzeugnissen der medicinischen Polytechnik zu vermitteln, beinahe verwegen nennen, da er zu einer Zeit gefaßt und ausgeführt wird, in der die Naturheilkunde und die physikalisch-diätetischen Methoden in den Vordergrund des Interesses gerückt sind. Allein bei genauerem Zusehen finden sich Momente genug, die selbst einem prinzipiellen, aber gerechten Skeptiker die Daseinsberechtigung unserer Zeitschrift plausibel zu machen geeignet sind und auch quoad vitam eine günstige Prognose stellen lassen.

Ganz abgesehen davon, daß die theoretische Medicin hoch und hehr dasteht wie nie zuvor, abgesehen davon, daß die natürlichen Heilmethoden mit den operativen Maßnahmen nicht konkurrieren können und ihr Ziel in der Hauptsache in einer Reorganisation der schulgemäßen inneren Medicin und ihrer Heilfaktoren erblicken, bedarf es nur eines historisch einigermaßen geschulten Blickes, um zu erkennen, daß ein Auf- und Abschwanken im Urteil über diese oder jene Heilmethode nichts Neues ist, daß die Ansichten in der Medicin ebenso der Mode unterworfen sind wie z. B. die philosophischen Systeme, eine Tatsache, die mehr als ein Symptom darstellt.

Man braucht demnach die Turniere in den Schranken der Medicin nicht allzu tragisch aufzufassen, selbst wenn man bedenkt, daß hierbei Prinzipien ins Feld geführt werden. Aus der Opposition, welche die natürlichen Methoden der sog. Schulmedicin leisten, kann vielmehr nur Gutes hervorgehen, sofern die Streitpunkte sine ira et studio verhandelt werden. Leider geschieht dies vielfach oder meistens nicht; ja der Fanatismus geht so weit, daß selbst die Streitsätze falsch formuliert werden und der klare Blick für das gewollte Ziel getrübt wird. Wie hätte sonst — ich sehe selbstredend vom Kurpfuschertum ab — der Kriegsruf: Wie natürliche d. h. arzneilose Heilweise! geprägt werden können, der zwar ohne weiteres die Meinungskonstanten dieser Partei erkennen läßt, aber zugleich auch die Punkte, die eine Verteidigung im Ernst nicht zulassen. Anderseits befindet sich die sog. Schulmedicin durchaus nicht in dem Wahne, daß die Arzneimittel als die allein wirksamen Waffen gegen die Krankheiten anzusehen seien; jeder „medicinierende“ Arzt wünscht die natürlichen Heilkräfte als gute Engel an das Krankenbett, ja es klingt fast wie eine Beleidigung, wenn von einem Arzte gesagt würde, er könne nur Rezepte schreiben und wende die physikalisch-diätetische Therapie überhaupt nicht an.

Mich dünkt, es existieren hier Gegensätze, wo keine nötig wären, wenigstens keine so schroffen, wie sie konstruiert worden und wie sie in der That geeignet sind, einen heftigen Austausch der Meinungen einzuleiten. Der Kranke will ja nicht nach Prinzipen behandelt werden, sondern er will genesen. Es liegt nur an der Hartnäckigkeit, mit der die meisten Jünger der physikalisch-diätetischen Richtung sich in das absolute Verwerfen jedes Arzneimittels verbissen haben, daß eine weitgehende Einigung der beiden Lager noch nicht erzielt ist, daß der Standpunkt des Eklektizismus erst von einem verhältnismäßig kleinen Kreise geteilt wird.

Für uns steht es fest, daß der Kranke und der Arzt in vielen Fällen der Arzneimittel entraten kann, in vielen aber nicht, daß eine physikalisch-diätetische Therapie immer das Leitmotiv der Behandlung sein müßte, in vielen aber, ja den meisten nicht sein kann, daß ein guter Arzt, soweit es die Verhältnisse irgend gestatten, die natürlichen Methoden anwenden, daneben aber die Medikamente — nicht als Heilmittel, wohl aber als Hilfsmittel zur Therapie — benutzen wird.

Von diesem sozusagen neutralen Standpunkte aus betrachtet ist es für die Therapie von Wichtigkeit, wenn die pharmakologisch-chemische Forschung der Praxis immer neue Mittel zur Prüfung vorlegt und ihr Gelegenheit schafft, nutzlosen Plunder auszuscheiden und wertvolles Gut zu sammeln. Zwar wird nur allzuviel Neues auf den Markt gebracht und manches wertlose Mittel macht unter dem Riesenbanner der modernen Reklamemanie als „Spezificum“ Furore, aber die Zeit hält strenges Gericht ab, sie hat schon manches Todesurteil vollstreckt, und es wäre zu pessimistisch, wollte man jede neue Erscheinung ungeprüft beiseite legen. Es lohnt sich also, eine Rundschau über neue Errungenschaften sowohl auf pharmakologischem wie auf medico-technischem Gebiete abzuhalten und das Ergebnis dem ärztlichen Publikum vorzulegen, damit es alsbald in die Lage gesetzt werde, wenn auch nicht alles, so doch auch vieles zu prüfen und das Beste zu behalten.

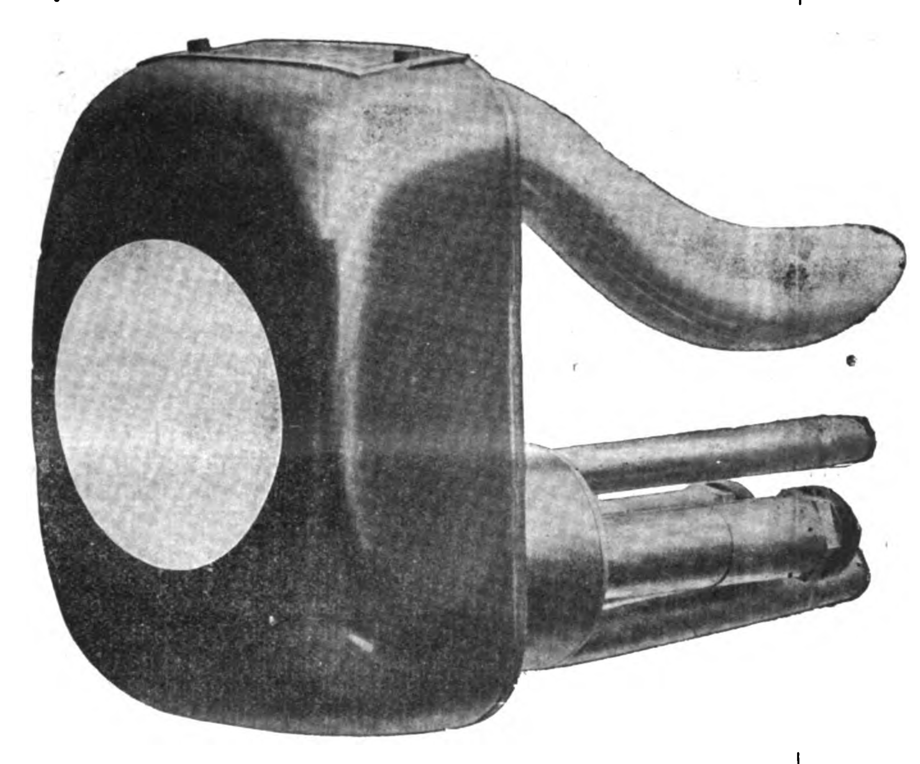


Die medicinische Quarzlampe.

Die Erkenntnis, daß das Licht erkrankte Gewebe auf natürlichem Wege ohne operative Eingriffe zu heilen vermag, hat in den letzten Dezennien nicht nur zu einer neuen Behandlungsweise von gewissen Krankheiten geführt, sie hat auch die Technik veranlaßt, Lichtquellen herzustellen und praktisch zu verwerten, die diese Heilkraft in besonders hohem Grade zeigen. Die Finsenlampe, das Eisenlicht und neuerdings die Uviollampe sind die bekannten Resultate erfinderischer Tätigkeit auf diesem Gebiete.

Wenn die Anwendung dieser Lichtquellen bisher verhältnismäßig gering geblieben ist, so lag das daran, daß die erforderlichen Apparate entweder zu teuer waren und umständliche Behandlung erforderten, oder, falls sie genügend billig und einfach waren, nicht die gewünschten Wirkungen hervorriefen.

Die Quarzlampe, eine Erfindung von Dr. Küch, dem Physiker der bekannten Platinschmelze Heräus in Hanau, stellt



durch ihre einfache und bequeme Handhabung, ihren mäßigen Anschaffungspreis und durch die außerordentliche Billigkeit im Gebrauche die langersehnte Lichtquelle dar, die der Lichtbehandlung zu weiteren Fortschritten verhelfen wird.

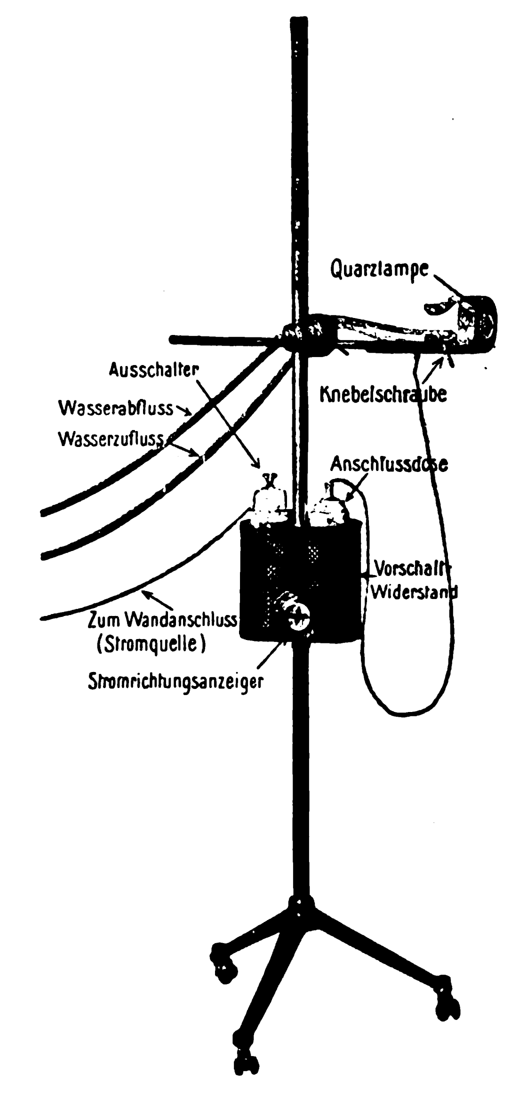
In der Quarzlampe wird Quecksilberdampf, der sich in einem hermetisch verschlossenen, durchsichtigen Rohr aus geschmolzenem Bergkristall befindet, durch elektrischen Strom zu höchster Glut gebracht. Schon lange war es bekannt, daß glühende Quecksilberdämpfe chemisch wirksame (ultraviolette) Strahlen in großen Mengen aussenden geradeso wie die glühenden Eisendämpfe des Eisenlichtes. Das Problem war nun, diese ultravioletten Strahlen nutzbar zu machen. Während bei den gewöhnlichen Quecksilberlampen die wirksamen Strahlen von der Glasumhüllung vollständig absorbiert werden und bei der Uviollampe als Umhüllung für den leuchtenden Quecksilberdampf ein Glas benutzt wird, welches nur einem so geringen Teile der wirksamen Strahlen den Durchtritt gestattet, daß sich die Uviollampe nur zur Behandlung mit schwachem ultraviolettem Licht eignet, läßt Quarz einmal die ultravioletten Strahlen vollständig durch, andererseits gestattet er wegen seines hohen Schmelzpunktes den Quecksilberdampf auf weit höhere Temperaturen zu bringen als in den Glaslampen, d. h. aber die Menge der ultravioletten Strahlen ganz erheblich zu vermehren und damit die Heilkraft enorm zu steigern.

Die Wirkung der Quarzlampen ist nach den bisher vorliegenden Untersuchungen, die von Prof. Dr. Kromayer, dem bekannten Berliner Dermatologen, unternommen worden und deren Ergebnisse in der Deutschen Med. Wochenschr., 1906, Nr. 10, zusammengestellt sind, ist eine intensiv bakterizide und entzündungerregende. Kromayer stellte fest, daß das Quarzlampenlicht in der Hälfte der Zeit ein gleiches Hauterythem hervorzurufen imstande ist wie das Eisenlicht und in der Hälfte der Zeit Chlorsilberpapier gleich stark zu schwärzen wie jenes, daß es also an Oberflächenwirkung therapeutisch doppelt so kräftig ist wie das Eisenlicht; weiterhin aber vermag das Quarzlicht nach Durchtritt durch das Quarzfenster auch eine bedeutendere Tiefenwirkung auszuüben als das Finsenlicht nach Durchtritt durch die Finsensche Drucklinse.

Als Vorteile der Lampe gibt Kromayer folgende Punkte an:

1. Kürzere Belichtungsdauer: die Hälfte der Zeit im Verhältnis zum Eisenlicht, $1/3$ bis $1/5$ der Zeit gegenüber dem Finsenlicht;

2. Die Möglichkeit der Behandlung größerer Flächen: das



Quarzfenster ist doppelt so groß als die Finsensche Drucklinse;

3. Bequemlichkeit für Patienten, Arzt und Wärter;

4. Billigkeit infolge geringen Stromverbrauches: durchschnittlich 4 Amp. gegen 20 Amp. beim Eisen- und Finsenlicht.

Eine kurze Beschreibung der Quarzlampe sei hier angefügt. Sie besteht aus einem ∩förmig gebogenen Rohr von etwa 1 cm Weite und 10 cm Länge aus geschmolzenem Quarz, in dem Quecksilberdampf durch den elektrischen Strom erhitzt und zum Leuchten gebracht wird. Das Leuchtrohr ist von einem 3 bis 4 cm weiten Quarzmantel umgeben, der den direkten Zutritt des Kühlwassers zum Leuchtrohr verhindert. Ein vernickeltes Metallgehäuse, das an der Vorderseite das die Strahlen durch-



lassende Quarzfenster trägt, umgibt wasserdicht die Lichtquelle. An der Rückseite ist oben ein weißer Handgriff befestigt; unten sind an einem kreisförmigen Rohransatz die Zu- und Abflußröhren für das Kühlwasser angebracht, sowie zwei Rohrstutzen, durch die die Stromzufuhrwege gehen. Das Kühlwasser zirkuliert zwischen Quarzkörper und Metallgehäuse und ermöglicht die bequeme Handhabung der Lichtquelle, ohne daß eine Erwärmung sich äußerlich bemerkbar macht; die erforderliche Menge beträgt ½ bis 1 l pro Minute. Ohne Kühlwasser darf die Lampe nicht gebrannt werden.

Die Möglichkeit, die Lichtintensität nach Belieben abzuschwächen, gewährt ein regulierbarer Vorschaltwiderstand, wie er in beistehender Fig. 2 wiedergegeben ist.

Besonders bei Beginn der Sitzung ist eine Abschwächung zweckmäßig, damit der Kranke durch die volle Lichtintensität nicht unangenehm überrascht wird. Da ferner durch die Regulierbarkeit die Lampe nicht ständig ihre Maximalleistung zu entfalten braucht, kann sie um so länger benutzt werden. Der Vorschaltwiderstand wird natürlich zwischen Wandanschluß und Lampe eingeschaltet und muß immer benutzt werden, da die Quarzlampe, die übrigens nur für Gleichstrom verwendbar ist, für die normalen Betriebsspannungen von 100 bis 120 Volt und von 200 bis 240 Volt hergestellt wird und dann selbst 75 bis 85 Volt bei ca. 5 Ampère und 130 bis 150 Volt bei ca. 3 Ampère absorbiert.

Zur Fixation der Lampe an der Gebrauchsstelle ist ein Stativ beigegeben.

Mit Hilfe eines in die Zuflußleitung einzuschaltenden Mischapparates lassen sich dem Kühlwasser beliebige Farbstoffe beimischen, wodurch ganz bestimmte Strahlengattungen, die nicht erwünscht sind, ausgeschieden werden können.

Schon Finsen hat versucht, mittels einer Lösung von Cuprum sulfuricum, durch die er das Licht seiner Lampe schickte, die Wärmestrahlen zu verringern; er hat indessen davon Abstand genommen, weil dadurch die therapeutische Wirksamkeit seiner Lampen zu sehr beeinträchtigt wurde. Bei der großen Lichtstärke der Quarzlampe ist eine geringe Beeinträchtigung eher zulässig, wenn dafür wesentliche Vorteile in anderer Hinsicht gewonnen werden.

Nach Versuchen von Prof. Kromayer eignet sich zur Absorption der Wärmestrahlen in hervorragender Weise eine wässrige Methylenblaulösung in einer Konzentration von 1 : 5000 bis 1 : 10 000, die durch Einfügung des kleinen Mischapparates in die Zuflußleitung der Lampe auf einfachste Weise aus einer konzentrierten Lösung hergestellt werden kann und die an Stelle des einfachen Leitungswassers die Lampe umspült. Mit Hilfe eines Quetschhahnes läßt sich der Zufluß der konzentrierten Methylenblaulösung zum Leitungswasser beliebig regulieren, so daß man hell- oder dunkelblaues Spülwasser in jeder gewünschten Konzentration erhalten kann. Dabei ist der erforderliche Verbrauch von Methylenblau gering: 100 ccm einer 10%igen Methylenblaulösung geben 100 l Spülflüssigkeit in einer Konzentration von 1 : 10000, welche für mehrere Brennstunden der Lampe genügen.

Bei einer Konzentration des Spülwassers von 1 : 5000 ist das Blaulicht so kalt, daß man die Hand in allernächste Nähe des Quarzfensters bringen kann, ohne auch nur die geringste Erwärmung zu spüren.

Für den Gebrauch der Lampe wird hierdurch zweierlei erreicht:

Erstens wird die große Lichtfülle, durch die nicht selten die Patienten erschreckt und geängstigt werden, in angenehmes, mildes Blaulicht gewandelt und die aus dem Quarzfenster strahlende Hitze verschwindet, so daß nunmehr die Lampe in aller Ruhe der Haut adaptiert und auf ihr fixiert werden kann. Je nach Belieben kann dann die Blaufärbung verringert oder ganz eingestellt werden.

Zweitens werden nach Untersuchungen von Prof. Kromayer durch die Methylenblaulösung schon in einer Verdünnung von 1 : 5000 bis 1 : 10000 die kurzwelligen ultravioletten Strahlen fast völlig absorbiert, während die blauen, violetten und angwelligen ultravioletten Strahlen wenig oder fast gar nicht beeinflußt werden. Es findet also eine Auslese gerade derjenigen Strahlen statt, die für die Tiefenwirkung maßgebend sind. Das durch Methylenblauspülung erzeugte blaue Licht der Quarzlampe ist also überall dort am geeignetsten, wo eine Tiefenwirkung erzielt werden soll.

Ohne an Tiefenwirkung gegenüber dem Weißlicht zu verlieren, hat das Blaulicht dessen unangenehme, entzündungerregende Eigenschaften eingebüßt, die auf dem Gehalt an kurzwelligen ultravioletten Strahlen beruhen. Das Blaulicht der medicinischen Quarzlampe muß daher als das Ideallicht für Tiefenwirkung bezeichnet werden, während es natürlich überall dort, wo nur eine oberflächliche Entzündung hervorgerufen werden soll, dem Weißlicht um soviel nachsteht, als es ärmer ist an kurzwelligen, ultravioletten Strahlen.

Ueber die therapeutische Anwendung sei folgendes bemerkt. Man hat die Flächenwirkung von der Tiefenwirkung zu trennen. Erstere tritt ein, wenn die Lampe ca. 10 cm von der Haut entfernt gehalten und langsam über die Haut hinweggeführt wird, so daß nirgends starkes Hitzegefühl entsteht. Diese Art der Bestrahlung wirkt nur oberflächlich, da die therapeutisch wirksamen Strahlen durch das in den Hautkapillaren zirkulierende Blut völlig absorbiert werden. Sie ist daher nur da indiziert, wo eine Heilung des Krankheitsprozesses durch oberflächliche Lichtentzündung und Schälung der Haut zu erwarten ist: bei Alopecia areata, Ekzem, Akne, Furunkel, Lupus erythemathodes, Ulcera. Belichtungsdauer: 5 bis 15 Minuten pro Belichtungsbezirk.

Für die Tiefenwirkung eignet sich in hervorragender Weise das Blaulicht, weil es isoliert die Gattungen der penetrationsfähigsten Strahlen enthält.

Eine Tiefenwirkung des Lichtes kann aber nur dann erzielt werden, wenn durch Aufsetzen der Lampe mit dem Quarzfenster direkt auf die Haut und durch Kompression der Hautkapillaren das Blut aus den Hautkapillaren entfernt wird. Man faßt hierzu die Lampe am Handgriff und drückt sie – ebenso wie das mit der Finsenschen Drucklinse geschieht — gegen die Haut an, doch so, daß das Quarzfenster überall in engen Kontakt mit der Haut gebracht wird, da alle lose berührten Hautstellen nicht genügend gekühlt werden und in Gefahr geraten, verbrannt zu werden. Indikationen: Lupus vulgaris — ¼ bis ¾ Stunde; Lupus erythemathodes — 1 Minute bis ½ Stunde; Cancroïd — ½ bis 1 Stunde; Naevi vasculosi — ½ bis 1 Stunde; Teleangiektasien aller Art — 5 Minuten bis ½ Stunde; Acne rosacea — 5 Minuten bis ½ Stunde; Ulcera — 5 Minuten bis ½ Stunde.

Die medicinische Quarzlampe ist zu beziehen von der Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H., Berlin-Pankow, zum Preise von 400 bis 515 M.

Chromo-Saccharometer „Rapid“

nach Dr. E. Bendix und A. Schittenhelm in Göttingen.

Der Chromo-Saccharometer stellt einen einfach zusammengesetzten, überaus leicht zu handhabenden Apparat dar, welcher für die Zuckerbestimmung im Urin dienen soll, wie der Esbachsche Albuminimeter für die Eiweißbestimmung. Damit ist bereits gesagt, daß er sich, was Genauigkeit anbelangt, nicht messen will mit der Zuckerbestimmung durch Polarisation oder genaue Titration; er gibt vielmehr wie das Albuminimeter nur annähernde Resultate. Die Fehlergröße beträgt in der Regel einige Dezigramme, überschreitet jedoch bei einiger Übung niemals 0,5%. Es ist klar, daß derartige Fehler für die Beurteilung eines Diabetesfalles und für die Therapie unwesentlich sind.

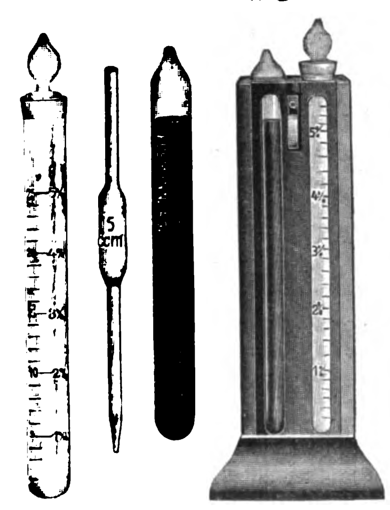
Der Vorteil des Chromo-Saccharometers liegt vor allem neben seiner Billigkeit darin, daß jeder Arzt imstande ist, ohne irgend welche technische Vorkenntnisse in wenigen Minuten die Höhe der Zuckerausscheidung annähernd festzustellen. Natürlich muß zuvor durch die gewöhnlichen qualitativen Zucker-Proben (Trommer, Nylander) die Anwesenheit von Traubenzucker im Urin festgestellt worden sein.



Das Prinzip des Apparates ist die kalorimetrische Verwertung der Mooreschen Probe.

Die Handhabung des Chromo-Saccharometers geschieht folgendermaßen:

1. Man prüfe den zu untersuchenden Urin auf das Vorhandensein von Traubenzucker.
2. Man mische gleiche Teile des zuckerhaltigen Urins und 10—15%ige Kali- oder Natronlauge, koche das Gemisch 1 bis 2 Minuten und lasse abkühlen.
3. Mit der nun mehr oder weniger braun gefärbten Flüssigkeit wird ein kalibriertes Glas bis zur Marke 5 = 1% aufgefüllt und die Farbe mit derjenigen des Standardröhrchens verglichen. Ist dieselbe gleich oder heller, so beträgt der Zuckergehalt 1% oder weniger. Ist sie aber dunkler, so wird mit der beigegebenen Pipette so lange



mit Wasser verdünnt, bis die Farbe derjenigen des Standardröhrchens gleichkommt. Alsdann wird unter guter Durchmischung tropfenweise weiter Wasser zugefügt, solange noch die Farbe mit derjenigen des Standardröhrchens gleich bleibt, resp. bis sie eben anfängt, heller zu werden. Der Flüssigkeitsstand, an der Graduierung abgelesen, gibt direkt den Zuckergehalt in Prozenten an.

Bleibt die Flüssigkeit trotz der Verdünnung mit Wasser bis zur obersten Marke dunkler als die Standardlösung, so enthält der Urin mehr als 5% Zucker. In diesem Falle muß vor dem Kochen mit Lauge der Urin mit Wasser auf die Hälfte verdünnt werden. Mit der so erhaltenen, bereits verdünnten Flüssigkeit wird die Bestimmung, wie beschrieben, ausgeführt. Der abgelesene Wert mit 2 multipliziert ergibt den Zuckergehalt des unverdünnten Urins.

Zu bemerken ist, daß Urinfarbstoffe an sich die Bestimmung nicht beeinträchtigen; es gehört ja überhaupt zu den Seltenheiten, daß ein ausgesprochen diabetischer Urin dunkel gefärbt ist. Dagegen können Farbstoffe, die ihre Herkunft Arzneimitteln verdanken, vor allem Phenolphthaleinpräparate, sowie Purgatin etc., diese Bestimmung ebenso beeinträchtigen, wie alle anderen Reaktionen. Es muß darauf gesehen werden, daß der zu untersuchende Urin frei von künstlichen Beimengungen sei. Ohne Zweifel wird sich dieser Apparat in der Praxis viele Freunde erwerben, wenngleich die quantitative Bestimmung des Zuckers mittels Fehlingscher Lösung keine nennenswerten Schwierigkeiten bereitet.

Fabrikant: Schweizerisches Medicinal- und Sanitäts-Geschäft Hausmann, A.-G., St. Gallen.

Neuere Arzneimittel.

Sajodin (Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M. und Fr. Bayer & Co., Elberfeld). Das neue, von v. Mering und E. Fischer dargestellte Jodpräparat füllt zweifellos eine Lücke im Arzneischatz aus, indem es ein vollwertiger Ersatz für das Jodkalium, vollkommen geschmacklos, ausgezeichnet bekömmlich ist und in einer Reihe von Fällen frei von jeglichen Nebenerscheinungen bleibt, in einer andern die Symptome des Jodismus nur im geringen Grade hervorruft. Es übertrifft also bei weitem das Jodipin, besonders in den Fällen, da Jod innerlich zu geben ist; für die subkutane Applikation eignet sich dagegen Jodipin in hervorragender Weise. Das Anwendungsgebiet des Sajodins deckt sich mit dem der therapeutisch verwendeten Jodsalze, nur wirkt Sajodin im allgemeinen milder und ist bei der Behandlung nervöser und schwächlicher Patienten besonders zu empfehlen Die Ergebnisse der klinischen Untersuchungen, auf die wir noch zurückkommen werden, sind durchweg günstige, wie es ja auch von einem Präparate, das v. Mering und E. Fischer zu Autoren hat, nicht anders zu erwarten ist. Dosierung: Gaben 1—3 g pro die — am besten nach den Mahlzeiten — reichen fast immer aus; wenn nötig, kann die Tagesdosis ohne Befürchtungen auf 5 und 6 g erhöht werden. Die „Originalpackung" enthält 20 in Wasser zerfallende Sajodintabletten zu 0,5 g.

Rp.: Sajodin 1,0
D. t. d. No. X
S. 3—4 × tägl. 1 Pulv.
1 Stunde nach der Mahlzeit z. n.

Patentnachrichten.

Patent-Anmeldungen.

6d. K. 29838. Verfahren zum Pasteurisieren von Bier und anderen gashaltigen Flüssigkeiten. Franz Knipping, Berlin, Frankfurter Allee 180. 29. 6. 05.

6d. E. 11431. Milchverkaufsanlage mit in einem Kühlraum liegenden Vorratsbehältern. Eisschrankfabrik Konrad Boehm, G. m. b. H., München und Paul Köster, München, Amalienstr. 2. 15. 1. 06.

75c. G. 21121. Handdruckkolbenspritze für Farben, Desinfektionsmittel und andere Flüssigkeiten. W. Graaff & Co., G. m. b. H., Berlin u. Hans Mikorcy, Schöneberg b. Berlin, Wartburgstr. 14. 22. 3. 05.

26b. F. 20716. Acetylen-Grubenlampe. Friedmann & Wolf, Zwickau i. S. 30. 9. 05.

26b. Sch. 24943. Carbidbehälter für Acetylenlaternen. Heinrich Robert Schaff, Chemnitz i. S., Lessingpl. 4. 16. 1. 06.

42i. S. 23359. Thermometer mit Beleuchtungsvorrichtung. Friedrich Senglaub, Elgersburg i. Thür. 12. 9. 06.

42l. S. 22295. Volumetrisches Verfahren zur Fettbestimmung von Rahm. Alexander Sichler, Leipzig, Langestr. 1. 12. 2. 06.

36c. H. 38337. Warmwasserheizungsanlage in Verbindung mit einer Niederdruckdampfheizungsanlage; Zus. z. Pat. 180306. F. H. Haase, Berlin, Blücherstr. 16. 20. 7. 06.

30a K. 31817. Vorrichtung zum Beleuchten von Körperhöhlen unter Ausnutzung der Lichtleitungsfähigkeit von Glas oder gleichwertigem Material. Dr. Leopold Ritter Schrötter von Kristelli, Wien; Vertr.: R. Deissler, Dr. G. Döllner und M. Seiler, Patent-Anwälte, Berlin SW. 61. 11. 4. 06.

30d. H. 34709. Gebärmutterhalter. Otto Hüllner, Berlin, Stromstrasse. 55. 14. 3. 05.

Patent-Erteilungen.

6d. 180924. Vorrichtung zum Pasteurisieren von Flüssigkeiten in geschlossenen Gefässen, z. B. von Bier oder Wein in Flaschen, innerhalb eines Wasserbades. Emil Poetko i. Fa. Ferd. Poetko, Guben. 13. 12. 04. P. 17302.

74a 181038. Schuhwerk, bei welchem eine weich elastische Sohlenlage mit Lüftungskanäle zwischen sich einschliessenden Vorspringen versehen ist. Dr. Hugo Brinkhaus, Berlin, Potsdamerstrasse 122. 29. 1. 05. B. 39075.

12d. 181177. Verfahren zur Herstellung eines als Lösungs- und Denaturierungsmittel geeigneten Ketongemisches. Halvor Breda, Charlottenburg, Joachimsthalerstr. 3. 18. 1. 05. B. 38989.

30d. 181344. Vorrichtung zur Entfernung von Ballen am Fusse. Albert Königsmann, Schöneberg, Schwäbischestr. 25 29. 12. 05. K. 30998.

30i. 181296. Vorrichtung zum Desinfizieren von geschlossenen Räumen mittels Gasen. Thomas Adam Clayton, London; Vertr.: Dr. D. Landenberger und Dr. E. Graf v. Reischach, Pat.-Anwälte, Berlin SW. 61. 9. 5. 06. C. 14593.

30k. 181405. Salbenspritze mit Vorratsbehälter. Dr. Hans Raebiger, Halle a. S., Reilstr. 100. 1. 3. 05. R. 20857.

30a. 182000. Vorrichtung zum Ausmessen des weiblichen Beckens; Zus. z. Pat. 174908. Dr. Stefan Gaszynski, Warschau; Vertr.: Ernst v. Niessen, Pat.-Anw., Berlin W. 50. 24. 5. 05. G. 21906.

30b. 181904. Vorrichtung zum Reinigen der Zähne. Martha Bückmann geb. Rothstein, Odenkirchen. 22. 12. 05. B. 41766.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Köln a. Rh. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von Heynemann'sche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Nr. 2. 1907. 11. März.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.



Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Ueber das Wassmuthsche Inhalationsverfahren.

Je ausgedehnter allmählich das Feld geworden ist, das sich die Behandlung mit Inhalationen in der Therapie erobert hat, desto größer ist das Interesse an den für diese Heilmethode angegebenen großen und kleinen Apparaten geworden, zumal — dem Bedürfnis und der Mode entsprechend — eine ganze Reihe konstruiert worden sind. Die kleinen Sprühapparate dürften allgemein bekannt sein, so daß eine Anführung unterbleiben darf; von den Inhalationsanlagen, die zur Versprühung einer medikamentösen Flüssigkeit in mehr oder minder große Räume angegeben worden sind, sei an die Druckluftapparate von Clar, Reitz, Heyer usw. und an den Bulling-Guttafer-Apparat erinnert. Sie werden, wie sich im Laufe der Jahre mit immer größerer Sicherheit herausstellt, alle übertroffen von der Wassmuthschen Inhalationsvorrichtung.

Wie sich durch zahlreiche Untersuchungen von kompetenter Seite (Dr. Robinson, weiland Halsarzt in Baden-Baden, Dr. Gerlach, Vorsteher der hygienischen Abteilung des Instituts für Chemie und Hygiene von Prof. Dr. Meineke und Genossen in Wiesbaden, Oberarzt Dr. Roßnitz usw.) und durch die Erfahrungen vieler Aerzte ergeben hat, erfüllt das Wassmuthsche Inhalationssystem alle Forderungen, die an einen vollkommenen Zerstäubungsapparat gestellt werden müssen, nämlich es ermöglicht zunächst eine denkbar feinste Zerstäubung medikamentöser Flüssigkeiten, so daß die theoretische Vorbedingung, dass Flüssigkeitsteilchen bis in die Alveolen vordringen, gegeben ist. Nach den neuen Untersuchungen von Prof. Dr. Meineke und Genossen in Wiesbaden fallen bei Zerstäubung von Flüssigkeiten mit dem neuen Wassmuthschen Ideal-Dampf-Zerstäuber mit der Reifschen Düse in $^1/_4$ Minute pro Quadratzentimeter nieder: zirka 57000 Tröpfchen, welche kleiner sind als ein rotes Blutkörperchen und etwa 16000 Tröpfchen, welche so groß oder größer sind als ein Erythrozyt.

Ferner wird die Luft im Inhalationsraum durch ausgiebige Ventilation, die durch die luftansaugende Kraft der zerstäubenden Flüssigkeit bewirkt wird, fortwährend erneuert. Sodann haben die Inhalanten die sehr hoch anzuschlagende Annehmlichkeit, sich im Raume völlig frei bewegen oder sitzen oder liegen, in natürlicher Weise atmen, sich unterhalten, lesen, schreiben oder anderweit sich beschäftigen zu können. Endlich kann zur Aufnahme des Zerstäubers jeder beliebige Raum benutzt werden, und zwar ist — ein weiterer Vorzug — nur ein sehr geringer Kraftaufwand ($^1/_4$ PS pro Apparat) erforderlich.

Die Vorrichtung ist folgendermaßen eingerichtet.

Mittels Pumpe (a), welche durch irgend einen Motor getrieben wird, gelangt die Lösung aus Gefäß (b) durch Druckrohr (d) und Windkessel (w) nach dem Apparat, wird durch die Zerstäuber im Innern des Apparates hindurchgepreßt und dann, nachdem sie gegen die innern Wandungen des Gehäuses angeprallt, in Form von kaltem Dampf aus der Kreisöffnung (g) in den Zimmerraum geführt.

Die Zerstäubung erfolgt in der Weise, daß bei einem Druck von 8 bis 10 Atmosphären drei zirka 0,5 mm starke Flüssigkeitsstrahlen unter einem spitzen Winkel in einem Punkte aufeinander treffen. Die dadurch erzielte Verteilung ist schon eine sehr ausgiebige, sie wird aber noch vervollkommnet, indem bis zum Austritt aus dem Apparat die Partikelchen noch wiederholt auf gewölbte Flächen aufschlagen und zerstieben.

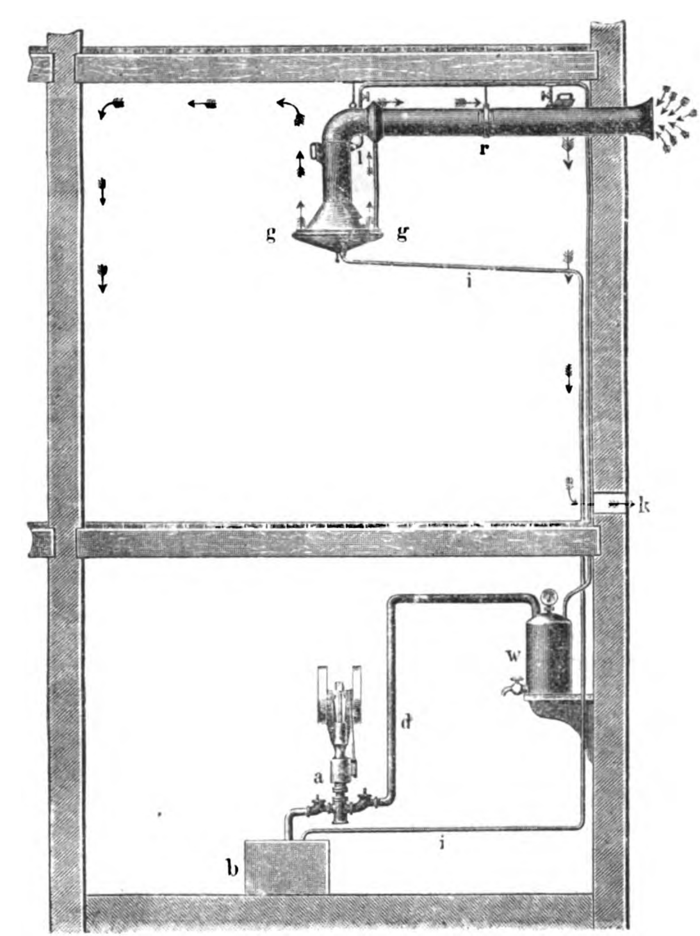


Abb. 1.

Die äußere Anordnung des Apparates ist derart, daß derselbe ampelartig von der Decke herabhängt. Zugleich ist mit ihm noch eine Einrichtung verbunden, welche kein anderes System besitzt; es wird nämlich die lebendige Kraft der zerstäubenden Flüssigkeit zum Ansaugen von frischer Außenluft

benutzt (siehe Rohr (r) der vorstehenden Abbildung), welch letztere zugleich beim Passieren des Zerstäubungskegels von allen in ihr etwa vorhandenen Verunreinigungen befreit wird und dann ins Zimmer tritt, während die verbrauchte Luft durch am Fußboden angebrachte Oeffnungen (k) entweicht. Dadurch wird in wirksamer Weise einer Luftverderbnis vorgebeugt, die da, wo eine besondere Ventilationsvorrichtung nicht besteht, sich bei längerem Inhalieren einer größeren Anzahl von Personen sehr bald fühlbar macht und bisher das hauptsächlichste Hindernis für eine beliebig lange Ausdehnung der Inhalations-

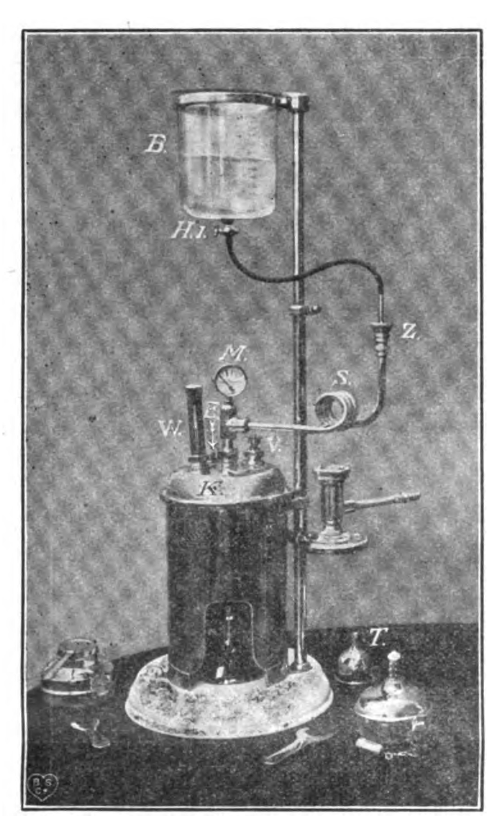


Abb. 2.

dauer bildete. Die genannte Einrichtung führt dem Inhalationsraum stündlich und pro Apparat bis 900 cbm frische Luft zu, wobei keinerlei Zugluft zu verspüren ist.

Noch sei erwähnt, daß durch Einschaltung einer in einem Wasser-Reservoir befindlichen Heiz-, bezw. Kühlschlange in die Druckleitung (d) die Temperatur im Inhalationsraume beliebig erhöht bezw. erniedrigt werden kann. In ersterem Falle wird das im Reservoir befindliche, die Schlange umgebende Wasser mittels Heizung oder Dampf erwärmt, in letzterem Falle mittels Eis gekühlt. Indem die von außen eintretende Luft im Rohr (r) den Wasserzerstäubungskegel passieren muß, nimmt dieselbe die Temperatur des letzteren fast vollständig an.

Im Jahre 1902 konstruierte der Mechaniker Reif in München (Krankenhaus l. J.) einen neuen Bestäubungsapparat, in dem die zu inhalierende Flüssigkeit nicht aspiriert zu werden braucht, sondern, ihrer Schwere folgend, von oben herabfließt, und beim Verlassen des Apparates durch Druckluft in feinste Teile zerrissen wird, so daß die gesamte Druckluft zum Zerstäuben nutzbar gemacht wird. Damit, daß man an Stelle der Druckluft Dampf verwenden kann, ist die Möglichkeit gegeben, sich von maschinellen Einrichtungen gänzlich unabhängig zu machen.

So entstand ein transportabler Dampfapparat, der noch weiterhin mit der äußerst wertvollen Einrichtung versehen wurde, daß der Dampf vor dem Austritt aus dem Zerstäuber getrocknet oder überhitzt wird, wodurch der Zerstäubungseffekt noch enorm gesteigert wird.

Im folgenden sind einige dieser Apparate dargestellt:

Dieselben bestehen aus einem Manteluntersatz auf Porzellanfuß, Dampfkessel (K) mit T-Stück, Manometer (M), Dampfrohr mit Reifzerstäuber (Z), sowie Wasserstandsglas (W) mit Schwimmer, Sicherheitsventil (V), Einfüllhahn (H), ferner Glasbehälter (B) zur Aufnahme der Zerstäubungsflüssigkeit mit Hahn (H I), Schlauch und Rohrfortsatz und schließlich Trichtergefäß (G). Nachdem durch letzteres und Hahn (H) so viel destilliertes oder abgekochtes Wasser in den Kessel (H) eingefüllt ist, daß die Stange des Schwimmers ungefähr das Wasserstandsglas ausfüllt, erwärmt man das Wasser im Kessel (K) durch Spiritus oder Gasbrenner oder elektrische Heizkörper so, daß Dampf aus den hierfür bestimmten schmalen Austrittsschlitzen des Zerstäubers (Z) austritt. Nun trocknet, bezw. überhitzt man den Dampf durch einen zweiten Spiritus- oder Gasbrenner in der Rohrschlange (S) oder durch elektrischen Anschluß in den Ueberhitzer (U), bis der Dampf fast unsichtbar geworden. Ist das erreicht und zeigt das Manometer (M) einen Ueberdruck von zirka 1 Atmosphäre im Kessel (K), so dreht man den Hahn (H I) langsam auf und läßt die zu inhalierende Flüssigkeit in den Trichter des Zerstäubers (Z) einfließen und durch den überhitzten Dampf zerstäuben. In kurzer Zeit ist die Luft kleinerer Inhalationsräume (bis zu 100 cbm) mit feinsten Tröpfchen erfüllt. Schutzröcke gegen Feuchtigkeit sind entbehrlich.

Ist die Stange des Schwimmers nach zirka 1 Stunde am unteren Ende des Wasserstandsglases angelangt, so entfernt man die Brenner, bezw. elektrischen Stecker und füllt den Kessel nach einiger Pause neuerdings mit Wasser, wie oben beschrieben. Während der Unterbrechung versäumen die Inhalanten nichts, da die Luft des Inhalationsraumes lange Zeit mit feinsten Tröpfchen der medikamentösen Flüssigkeit erfüllt bleibt, dank der ungemeinen Leichtigkeit, welche diese besitzen.



Abb. 3.

Wo Dampfanlagen von mindestens einer Atmosphäre Ueberdruck vorhanden sind, empfiehlt sich der Anschluß des Reif-Zerstäubers an diese, wie es in Abbildung 3 dargetan ist; der Ueberhitzer ist an die elektrische Leitung angeschlossen. Im Gegensatz zu diesen stationären Apparaten hat Wassmuth einen kleineren Apparat konstruiert, bei dem ein einziger Spiritusbrenner das Wasser im Kessel zum Sieden bringt und zugleich in einer unter dem Kessel angebrachten Rohrschlange den Dampf überhitzt. Auch dieser kleine Apparat, dessen Einrichtung aus Abbildung 4 ersichtlich ist, hat sich aufs beste bewährt.

Der beste Beweis für die außerordentliche Leistungsfähigkeit des Wassmuthschen Inhalationsverfahrens liegt darin, daß andere Methoden mehr und mehr verdrängt werden und die Wassmuth-Apparate den meisten Universitäts-Kliniken (Erlangen,

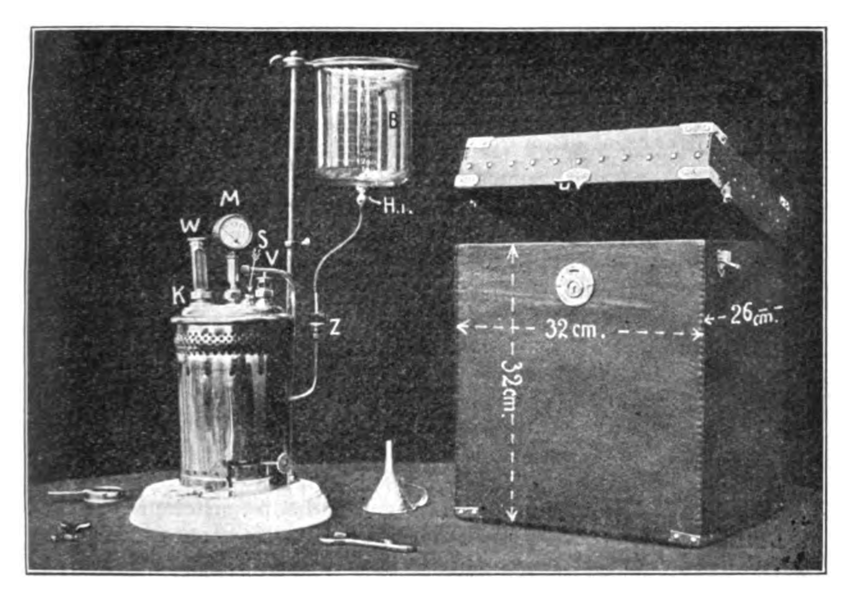


Abb. 4.

Freiburg i. B., Halle, Kiel, Leipzig, München usw., sowie in zahlreichen Krankenhäusern, Sanatorien, Privatkliniken, Badeorten) im Gebrauch sind; auch in zahlreichen Lungenheilstätten (Ambrock, Davos. Niederschreiberhau, Schilo, Planegg usw.) wird die Inhalationstherapie mit Wassmuth-Apparaten ausgeübt. Ueberall hat sich das Wassmuthverfahren als das angenehmste, schonendste und dabei wirksamste bewährt.

Literatur.

„Münchener Medizinische Wochenschrift“ Nr. 27 und 31, 1892 — „Balneologische Zeitung“ Nr. 36, 1891, Nr. 21, 22 und 23, 1892, Nr. 33, 1893, Nr. 10, 1899. — „Badeblatt“ Baden-Baden Nr. 155 und Nr. 150, 1899.

„Therapeutische Monatshefte“, Nr. 6, 1902. Dr. med. V. Gerlach: „Untersuchungen über den Wassmuthschen Inhalationsapparat.“ — Sanitätsrat Dr. R. Chowela, Bad Nauheim: Inhalationen bei Lungen- und Herzleiden, Asthma etc.“ 1902. — „Münchener Medizinische Wochenschrift“ 1901, Nr. 26, 34, 40, 43 und 52.“ — „Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie“ 1902/03, Band VI, Heft 5. Oberarzt Dr. Rossnitz: „Ein neuer Zerstäubungs-Apparat für Allgemeininhalation.“ — „Deutsche Krankenpflege-Zeitung“ 1903, Nr. 11. — „Encyclopädische Jahrbücher“, Ergänzungsband 1903. — „Inhalationstherapie“ von Professor Dr. Julius Lazarus-Berlin. — „Lexikon der physikalischen Therapie, Diätetik und Krankenpflege für praktische Aerzte“, II. Abteilung 1903, Seite 591—620. — „Balneologische Zentralzeitung“ Nr. 9/10, 1904, und Nr. 18, 19 und 20, 1904: Dr. med. Otto Günzel: „Ueber medikamentöse Inhalationen.“ (Vergl. auch „Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie“ 1904/05, Heft 1.) — „Zeitschrift für Krankenpflege“ 1904, Nr. 3, von Professor Kobert und Dr. Kramer in Rostock. — „Handbuch der Therapie der chronischen Lungenschwindsucht“, II. Kap. 9. — „Monatsschrift für praktische Wasserheilkunde und physikalische Heilmethoden“ Heft 12, 1904. — „Balneologische Zeitung“ Nr. 35 v. 20. Dezember 1905. — „Das Thermalwasser zu Baden (Aargau)“ von Dr. med. F. Diebold 1905. — „Die Saison“ Nr. 187, 1. Aprilausgabe 1906, München usw. usw.

Ueber die Tinctura Ferri Athenstaedt.

Die Tinctura Ferri Athenstaedt, auch Athenstaedts Aromatische Eisentinktur oder Tinctura Ferri composita Athenstaedt genannt und von der Fa. Athenstaedt und Redeker in Hemelingen bei Bremen hergestellt, ist eine weinartige, angenehm aromatisch schmeckende Lösung von alkalifreiem Eisensaccharat mit einem Gehalt von 0,2% metallischem Eisen*). Verbindungen von Zucker und Eisen sind schon seit Jahren bekannt; unter dem Namen Ferrum oxydatum saccharatum ist ein solches Präparat offizinell, das jedoch bis zu 5% Aetznatronlauge enthält und infolge dieses Alkaligehaltes recht unangenehme Nebenwirkungen entfaltet. Das Athenstaedtsche Präparat dagegen ist ein chemisch reines alkalifreies Eisensaccharat und besteht nach den eingehenden analytischen Untersuchungen des Geheimrats Fresenius in Wiesbaden lediglich aus Eisenhydroxyd und Zucker.

Das alkalifreie Eisensaccharat kommt nur in flüssiger Form in den Handel und zwar deshalb, weil das trockne alkalifreie Eisensaccharat verhältnismäßig bald seine Löslichkeit einbüßt und weil die Wahl der flüssigen Arzneiform die Möglichkeit gewährte, Adjuvantien und Corrigentien zuzusetzen. Das Lösungsmittel entspricht an Weingeist- und Zuckergehalt einem Südwein, den Geschmack verbessert der Zusatz aromatischer Substanzen, so daß das Präparat nach den Erfahrungen zahlreicher Aerzte selbst von den für Geruchs- und Geschmacksreize empfindlichsten Patienten gern genommen wird.

Außer dieser Tinctura bringt die Firma Athenstaedt neuerdings eine alkoholfreie Zubereitung unter dem Namen „Athénsa“ (Tinctura Ferri Athenstaedt sine Alcohole) in den Handel, die denselben Gehalt an alkalifreiem Eisensaccharat wie die Tinctura besitzt, dagegen einen auf 25% erhöhten Zuckergehalt. Die aromatischen Zusätze sind dieselben geblieben, so daß beide Formen in Geruch und Geschmack nicht wesentlich von einander abweichen.

Bei der Herstellung der Athénsa ist besondere Sorgfalt darauf verwendet worden, eine dauernde Haltbarkeit des Präparates durch ein in geeigneter Weise ausgeführtes Pasteurisieren zu erzielen; dies war notwendig, da naturgemäß zuckerhaltige Flüssigkeiten ohne Alkohol rasch der Zersetzung anheimfallen.

Die Tinctura Ferri Athenstaedt kommt in drei verschiedenen Packungen (Originalflaschen von 1/4, 1/2 und 1 kg zum Preise von 1, bezw. 2 und 3,50 M.) in den Handel. Erwachsene erhalten dreimal täglich einen Esslöffel bis ein Likörglas voll, Kinder dem Alter entsprechend weniger, einen Teelöffel bis einen Kinderlöffel voll, eventuell mit Milch vermischt, am besten vor dem Essen, da dann auch die appetitanregende Wirkung des Präparates zur Geltung kommt. Einige Aerzte lassen in besonderen Fällen die Tinktur fünf- bis sechsmal täglich nehmen.

Etwaigen Wünschen der Patienten, daß die Tinktur weniger süß oder weniger stark sein möchte, kann dadurch Rechnung getragen werden, daß man sie mit etwas Wasser oder etwas Zuckerwasser verdünnen läßt. Es empfiehlt sich, die Eisenmedikation wenigstens fünf bis sechs Wochen, wenn es angeht, sogar zwei bis drei Monate fortzusetzen. Saure und scharfgewürzte Speisen, auch saures Obst, sind tunlichst zu vermeiden. Reifes Obst, namentlich in gedämpftem Zustande, ist als Nachspeise gestattet.

Athénsa kommt in Originalflaschen (1 M.) in den Handel und empfiehlt sich besonders für die Kassenpraxis, sowie in allen Fällen, wo gegen die Anwendung der weinartigen Tinktur wegen ihres Alkoholgehaltes irgendwie Bedenken vorliegen könnten, also in der Kinderpraxis, bei Herzleiden, bei nervösen Patienten usw. Die Verordnung der Athénsa ist die gleiche wie die der Tinktur; sie kann unverdünnt oder mit Selterswasser, oder durch Milch vermischt genommen werden.

Ueber die Tinctura Ferri Athenstaedt ist bereits eine ziemliche Literatur vorhanden, die sich im allgemeinen günstig für das Medikament ausspricht (cf. Medicinische Blätter, 1906, Nr. 32, Dr. J. Brings, Wien, „Behandlungen von Blutkrankheiten mit Tct. Ferri Athenstaedt“; Deutsche medic. Woch., 1906, Nr. 25, Prof. Dr. Rosenheim, Berlin, „Zur Behandlung der chronischen Darmkatarrhe“; Medic.-Chirurg. Zentralblatt, 1905, Nr. 7, Dr. Josef Winterberg, „Zur allgemeinen Eisentherapie“ usw.). Außerdem liegen zahlreiche private Gutachten von Professoren und Aerzten vor, die günstige Erfolge mit der Tinktur gesehen haben. Als besondere Vorzüge werden

---

*) Nach einer Zusammenstellung von Prof. Dr. C. v. Noorden in Nothnagels Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie ist

0,1 g Eisen enthalten in { 142 g Haematogen Hommel,
250 g Sanguinal Krewel,
277 g Haemalbumin Dahmel.

dem Präparat nachgerühmt: leichte Assimilierbarkeit, Ausbleiben störender Nebenwirkungen auf die Magen- und Darmtätigkeit, Fähigkeit, als Tonicum und Stomachicum zu wirken, Wohlgeschmack, hoher Eisengehalt.

Die Indikationen sind die der Eisenpräparate überhaupt, also Chlorose, Anaemien aus den verschiedensten Ursachen, Blutkrankheiten und ihre Folgezustände, ferner Rekonvaleszenz nach schweren fieberhaften Erkrankungen usf. Dr. Eichholz und Dr. Sonnenberger empfehlen, die Tinctura Ferri Athenstaedt Tuberkulösen mit Zusatz von Kreosot und Guajakol zu verabreichen.

Neue Erfahrungen über die Entstehung der Lungentuberkulose und ihre Behandlung mit Tuberkulocidin und Selenin.

Von Prof. Edwin Klebs, Berlin.

Prof. Edwin Klebs berichtet in der Sitzung des Vereines für innere Medicin über seine Behandlung der Tuberkulose mit TeCe und Selenin (TeCe ist die Abkürzung für Tuberkulocidin).

Das erstere entsteht durch Entfernung der Toxine aus der Tuberkelkultur; es wurde aus den Tuberkelbazillenkulturen isoliert, nachdem die Erfahrungen mit dem alten Kochschen Tuberkulin 1890 ergeben hatten, daß schwere Schädigungen eintreten können, von diesen Toxinen abhängend. Ihre Wirkung auf das Herz wurde 1894 an Tieren nachgewiesen (Kausale Therapie, Voßsche Buchhandlung). Selenin wurde aus den Massenkulturen des Diplococcus semilunaris gewonnen durch Einwirkung von Wasserstoffsuperoxyd, durch welches die Körpersubstanz der Coccen in Lösung gebracht wird. Dieser letztere Organismus ist der stetige Begleiter des Tuberkelbazillus im Menschen und veranlaßt die vielfachen, die Tuberkulose begleitenden entzündlichen Störungen, wie er auch auf lupösen Geschwüren oft in außerordentlicher Masse vorhanden ist.

Bei der Behandlung der menschlichen Tuberkulose kommt es nun besonders darauf an, die richtigen Stadien ihrer Entwicklung zur kausalen Behandlung zu benutzen. Es ist nicht richtig, wie Prof. Klebs oft ausgesprochen hat, mit den schwersten ulzerösen Formen der Lungentuberkulose zu beginnen, worauf der Mißerfolg mancher Kliniker und Aerzte beruht. Vielmehr ist es nur rationell, mit den ersten Entwicklungsstadien zu beginnen. Diese sind aber im ersten Kindesalter zu finden, entsprechend der nach K. meist auf dem Nahrungswege (tub. Kuhmilch [1869]) oder durch Heredität (1900) erworbenen sogenannten Skrophulose. Bei den zuerst bemerkten Schwellungen von Lymphdrüsen an dem Halse solcher Säuglinge oder älterer Kinder, namentlich wenn sie tuberkulöse Eltern besitzen, ist mit der Behandlung zu beginnen. So kann mit Sicherheit ein für das Leben dauernder Erfolg erreicht werden, während die sonst üblichen Behandlungsweisen der Skrophulose bekanntlich oft unwirksam bleiben. Daß man in solchen Drüsen nicht immer säure-echte Tuberkelbazillen findet, beruht auf der schon früher nachgewiesenen Anwesenheit von Jugendformen, welche oft nur aus einem Kernreaktion zeigenden feinsten Körnchen bestehen, welches dann einen wachsenden Anhang erhält mit säure-echtem Fett als Inhalt.

Auch bei Erwachsenen, namentlich im jugendlichen Alter bis etwa zum dreißigsten Lebensjahr, bestehen noch günstige Verhältnisse für die kausale Behandlung, so lange als die Lungen noch nicht oder nicht erheblich erkrankt sind.

Dieses Entwicklungsstadium zeichnet sich durch Erkrankung der Bronchialdrüsen aus, über denen in der Spitze des Unterlappens (Bronchialdrüsenpunkt, inneres Ende der Spina scapulae) ebenso häufig Herde gefunden werden, wie in der Spitze des Oberlappens bei dem sogenannten Spitzenkatarrh (Rasseln, Dämpfung, Röntgenbild). Diese von K. als tuberkulöse Infarkte bezeichneten ersten Anfänge der Lungenaffektion entstehen durch Durchbruch der Bronchialdrüsen in die Bronchen, durch welche die Tuberkelbazillen in die Alveolen eingeführt werden. Neben den bekannten gröberen Durchbrüchen, welche im Kindesalter besonders häufig sind, kommen solche außerordentlich häufig auch im späteren Lebensalter vor und sind oft angedeutet durch die wiederholten leichten Blutungen. Dieses Stadium muß ebenso aktiv, d. h. kausal behandelt werden, wie die Skrophulose. Auch ohne Blutung kann dasselbe aus dem zu dieser Zeit sehr spärlichen Auswurf von höchstens einem Gramm Gewicht der des Morgens durch Räuspern entleert wird, erkannt werden, von K. als Bronchialdrüsen-Auswurf bezeichnet. Charakteristisch für denselben sind große, oft eisenpigmenthaltige Zellen (Haemosiderin), welche in dem Sinus der Bronchialdrüsen entstehen (Makrolymphocyten) und sich schließlich zu kernlosen bis 0,2 mm großen Gallertklumpen entwickeln. Dabei fehlen ganz und gar die im späteren Lungensputum so reichlich sich bildenden Nucleinfasern, die sich in Methylenblau färben. Ist dieses Bronchialdrüsensputum vorhanden, so muß durch vielfache Untersuchung des Auswurfes festgestellt werden, ob und wann Tuberkelbazillen darin auftreten und deren Menge, was bei scheinbar ganz gesunden, oft überaus kräftigen Menschen der Fall sein kann. Solche Patienten müssen aber nicht der Liegekur oder dem klimatischen Aufenthalt überlassen bleiben, sondern erfordern sofort TeCe-Selenin-Behandlung, welche bei den durch das Auftreten der Tuberkelbazillen angezeigten neuen Durchbrüchen durch Zusatzdosen von Te Ce zu bedeutender Höhe gesteigert werden muss.

Tuberkulocidin wird per os gegeben bei sämtlichen tuberkulösen Affektionen und von Kindern ebensogut vertragen wie von Erwachsenen. Bei Kindern unter einem Jahre beginnt man mit einem Tropfen = $^1/_{20}$ ccm, bei älteren Kindern mit zwei Tropfen = 0,1 ccm in ein wenig Wasser, dem man etwas Syrup zusetzen kann. Erwachsenen reicht man zu Beginn drei bis vier Tropfen = 0,15—0,25 ccm je nach der Konstitution und Reagierbarkeit. Die Temperatur ist viermal täglich zu messen und aus den gefundenen Zahlen das Mittel zu ziehen. Allmählich steigt man dann bei Kindern um je einen Tropfen, bei Erwachsenen um zwei oder mehr bis zur „Volldosis", die für Kinder 1 ccm, für Erwachsene 2 ccm beträgt. Diese Volldosis soll längere Zeit (bis zu einem Jahre) gebraucht werden.

Die Darstellung der Präparate ist folgende:

Tuberkulocidin: Tuberkelbazillen-Kulturen werden mit Natrium-Wismuth-Jodid ausgefällt zur Entfernung der Toxine, das Filtrat im Vakuum konzentriert, mit Alkohol absol. gefällt, der Niederschlag gelöst in Aqua destill., zu der gewünschten Konzentration (1% oder 10%). Der Zusatz von 0,2% Kresol dient zur Haltbarmachung.

Selenin H. p. p.: Reife Kulturen des Diplococcus semilunaris werden mit Wasserstoffsuperoxyd 30% (Merck) bis zur fast völligen Lösung behandelt, dann im Vakuum konzentriert und wie obiges Präparat behandelt.

Der Fussboden als Staubentzieher.

Ruß und Staub sind die Plagen des Stadtbewohners. Während einmal der Rußplage sehr scharf entgegengetreten wird durch die gesetzlichen Bestimmungen sowie durch die rauchlosen Feuerungen, so haben wir für den Staub gewöhnlich nur das allgemeine klägliche Mittel der „Wasserbesprengung". Wenn der Kampf draußen auf der Straße von allgemeinen Mitteln geführt wird, so ist im Innern der Räume jeder Einwohner Selbsthelfer. In welcher Weise diese Selbsthülfe in neuester Zeit vor sich geht, sei der Gegenstand dieses Artikels.

1. Gewöhnliche Holzfußböden und gewöhnliche Linoleumbeläge,
2. stark beanspruchte Fußböden derselben Art,
3. sehr stark beanspruchte Fußböden jeder Art in Fabriken, gewerblichen Räumen usw.

Für die unter 1 genannten Fußböden genügt ein staubbindendes Fußbodenöl, wobei zu beachten ist, daß durch das Oel keine feuchte Schicht auf demselben hergestellt wird, wodurch Krustenbildungen, Beschmutzung der Kleider resultieren. Durch diese Nachteile sind manche staubbindende Fußbodenöle mit Recht in Mißkredit geraten. Die geringen Preise solcher Oele kennzeichnen dieselben, während neue Produkte, welche chemisch deshalb vollständig sauber wirken, unter 1,50 Mk. per kg kaum



herzustellen sind. Welche Wonne ist es aber auch. in solchen Räumen zu **kaufen** und zu verkaufen! Welcher Nutzen für Menschen und Fabrikate entsteht dadurch! und schließlich, wie reduzieren sich die Kosten der Reinigung! Die letzten neuen von mir ins Auge gefaßten Mineralöle sind außerordentlich dünnflüssig und deshalb der Preis nur ein scheinbar hoher. Preise wie 3—4 Pfg. für 1 qm Holzfußboden und 1—$1^1/_2$ Pfg. für 1 qm Linoleumbelag sind anzunehmen.

Für die unter 2 genannten Fußbodenarten gelten je nachdem die Ausführungen für 1 und 3.

Für die unter 3 genannten Fußbodenarten bemerke ich folgendes:

Allgemein bekannt ist es, daß der Staub auf Straßen neuerdings durch im Wasser aufgelöste Oele gebunden wird. Während hier ein scheinbar hoher Kostenpunkt eine allgemeine Einführung noch nicht zuläßt — man vergleicht bei diesen Besprengungen immer nur Kosten der Wassermenge mit Kosten der Oelbesprengung, ohne zu bedenken, daß einmal mit Wasser eine Staubbildung überhaupt nicht zu hindern ist, daß andererseits für die Oelbesprengung eine wirkliche Staubentziehung erzielt wird, Ersparnis des Personals und Sprenggeschäften usw. resultieren. Wenn nun diese Punkte für Innenräume nicht zutreffend sind, so lassen sich doch ähnliche aufstellen. In Verkaufs-, Fabrik-, Schul-, gewerblichen Räumen und öffentlichen Gebäuden ist die Staubfrage eine brennende und die Reinigung eine schwierige. Den Nachteilen wird sehr energisch begegnet durch ein wasserlösliches Oel, welches mit Wasser sehr stark verdünnt, als Abwaschmittel in Gebrauch kommt. Es ist leicht erklärlich, daß einmal der Staub durch die dünne Fettschicht gehalten wird, trotzdem diese nicht stark genug ist, um Beschmutzen von Kleidern usw. zu bewirken, wie bei manchen staubbindenden Fußbodenölen, und zum andern Male dem Wasser eine außerordentliche Reinigungskraft gegeben wird durch den Fettgehalt des Oeles. Dieses Präparat gelangt unter dem Namen „Standutin“ durch die Standut Oel-Company Dresden, Plauensche gasse 60 auf den Markt in Fässern oder Kannen, vollständig zum Gebrauch fertig, und die Anwendung geschieht durch 20- bis 30fache Wasserverdünnung, so daß ein Liter solcher fertigen Lösung sich auf ungefähr 3 Pfg. stellt. Mit der Lösung wird nun genau so vor sich gegangen wie mit gewöhnlichem Reinigungswasser.

Anschließend dürfte auf die Bedeutung des besprochenen „Standutin“ für Fabrikhöfe, Parkanlagen usw. hingewiesen werden, wo durch Besprengungen mit dem im Wasser aufgelösten Oeles in Zwischenräumen von 10—20 Tagen einmal große Wassermengen, dann viel Personal erspart werden und wirkliche Staubverhinderung erzielt wird.

Zusammenfassend zu bemerken ist: Es ist wirklich mit Freuden zu begrüßen, daß die Erkenntnis der Gefährlichkeit des Staubes allmählich alle Kreise ergreift, und daß die aufgewandten Mittel ein ungleich größeres Gegengewicht finden in den außerordentlichen Vorteilen, für Menschen gesundheitlich und für Waren pekuniär.

Bücherbesprechung.

Therapeutische Neuheiten des letzten Vierteljahrhunderts. Ergänzungen zu „Rabows Arzneiverordnungen“. Von Dr. S. Rabow, Professor hon. der Universität Lausanne. Verlag von Ludolf Beust, Straßburg, 1906. 268 Seiten. Preis 3,60 M.

Ein bekannter Pharmakologe behauptet zwar, Rabow sei für ihn absolut keine Autorität, und hat gelegentlich z. B. im Staatsexamen Rezepte, die Rabow in seinen „Arzneiverordnungen“ angibt, emphatisch zurückgewiesen, aber die praktische Erfahrung lehrt, wie sehr die Rabowschen Arzneiverordnungen dem Bedürfnis entsprechen, und daß es durchaus zweckmäßig ist, dies Büchlein, das bereits in der 37. Auflage vorliegt, als gelegentlichen Ratgeber und Helfer mit sich zu führen. Freilich, wenn das Buch ein Vademecum für die Praxis sein soll, darf es einen gewissen Umfang nicht überschreiten, und es ist daher erklärlich, daß den neueren und neuesten Erzeugnissen der pharmakologischen Forschung und Technik ein verhältnismäßig bescheidener Raum angewiesen und daß unter der gewaltigen Zahl neuer Arzneimittel eine sorgfältige Auswahl getroffen worden ist. Um auch der modernen Forschung gerecht zu werden, hat sich Rabow infolge wiederholter Aufforderung von kompetentester Seite entschlossen, mit seinen „Therapeutischen Neuheiten des letzten Vierteljahrhunderts“ vor die Oeffentlichkeit zu treten, nachdem er es sich lange überlegt hat, ob auch dieses neue Buch einem Bedürfnis entspräche. Man kann darüber allerdings im Zweifel sein. Wer sich an die Worte Peter Kruckenbergs (1788—1863) erinnert: „Unsere erfahrensten und besten Aerzte heilen gerade mit den wenigsten und einfachsten Mitteln, während die ungeschickten immer nach neuen Mitteln haschen, weil sie keine gehörig zu verwenden wissen“, der wird geneigt sein, auf ein Buch wie das Rabowsche zu verzichten, und wird es vorziehen, die alten erprobten Mittel im Kampfe gegen die Krankheiten beizubehalten oder ausschließlich heranzuziehen. Aber wer das tut, begeht einen doppelten Fehler: erstens beraubt er den Kranken und sich der zahlreichen vortrefflichen Errungenschaften der Neuzeit, und zweitens wird er unmodern. Die moderne Reklame begnügt sich nicht, die Spalten der Fachzeitschriften mit Anpreisungen zu füllen, sondern sie occupiert auch die Tageszeitungen und wendet sich so an das Laienpublikum direkt. Daß in der Tagespresse oft die tollsten und unglaublichsten Verheißungen über die Heilkraft der angepriesenen Mittel zu finden sind und daß das Publikum nur allzuviel Vergnügen und Genugtuung dabei empfindet, sich allerlei „weiß machen“ zu lassen, brauche ich hier nicht zu sagen; für den Arzt aber folgt hieraus die Notwendigkeit, sich über neue Arzneimittel auf dem laufenden zu erhalten, nicht als ob er jeden Wunsch des Patienten nach dem neuen „Spezifikum“ erfüllen sollte, sondern um orientiert zu sein und Aufklärung geben zu können. Mit einer prinzipiellen Skepsis gegenüber neuen Arzneimitteln ist weder Patienten noch Aerzten gedient.

Mit seinem neuen Buche beabsichtigt Rabow, dem Praktiker Gelegenheit zu bieten, sich schnell und zuverlässig die erforderliche Auskunft über alle neu empfohlenen Mittel und Spezialitäten zu verschaffen, gleichgiltig ob dieselben sich bereits als Bereicherungen des Arzneischatzes bewährt oder als Eintagsfliegen entpuppt haben. In alphabetischer Anordnung und in einer trotz aller Kürze denkbar möglichen Vollständigkeit enthält das Buch die therapeutischen Neuheiten des letzten Vierteljahrhunderts; bewährte Mittel sind durch einen Stern ausgezeichnet und leicht kenntlich vor denen, über welche die Zukunft noch urteilen wird. Außerdem aber hat Rabow auch neuerer therapeutischer Methoden wie der Ernährungstherapie, Infiltrationsanaesthesie, Kinesio-, Licht-, Organo-, Psychotherapie usw. in kurzen, prägnanten Ausführungen gedacht, eine Reichhaltigkeit, wie man sie bei dem Umfange des Buches kaum erwartet und die zweifellos bedeutend dazu beitragen wird, dem Buche eine ebenso freundliche Aufnahme und weite Verbreitung zu sichern, wie sie die Arzneiverordnungen gefunden haben.

Periodische Literatur.

Monotal, ein neues externes Antiphlogisticum und Anaestheticum. Von Hecht, Beuthen. (Die Heilkunde, 1. Heft, 1907.)

Die kutane Anwendung des Guajacol als Antiphlogisticum und Anaestheticum ist von verschiedenen Seiten und bei verschiedenen Krankheiten: Gelenkrheumatismus, Neuralgien, lancinierenden Schmerzen, Karies, Pleuritis sicca und exsudativa, croupöser Pneumonie, febriler Phthise, Epididymitis gonorrhoica, Entzündungen der Speicheldrüsen, Erysipel, versucht und empfohlen worden. Wegen schädlicher Nebenwirkungen hat es aber eine allgemeinere Anwendung nicht gefunden. Ein Guajacolpräparat, dessen endermatische Anwendung von örtlichen Reizerscheinungen und bedrohlichen Nebenwirkungen gänzlich frei ist, ist das Monotal, ein Acetylglycolsäureester des Guajacols, hergestellt von den Farbenfabriken Bayer & Co., Elberfeld. Es bildet eine weiße Kristallmasse, die bei Verreiben auf der Haut zu einem schwach aroma-



tischen Oel zerfließt. Die Dosis beträgt für Erwachsene 4 — 5 g pro die, ein- bis zweimal auf Brust oder Rücken einzureiben oder aufzupinseln. Außer bei den erwähnten Erkrankungen hat Verf. das Mittel bei Arthritis deformans, Erythema nodosum, Tendovaginitis, Pericarditis, Parotitis versucht und gibt kurz sechsunddreißig Krankengeschichten, die seine Erfolge illustrieren. Irgend welche Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet. Besonders augenfällig zeigte sich die schmerzstillende Wirkung des Monotal; nicht allein bei Neuralgien, sondern auch bei Neuritiden erwies es sich als zuverlässig, auch in Fällen, wo alle möglichen medikamentösen und physikalischen Heilmittel im Stich gelassen hatten; auch beim akuten Gelenkrheumatismus, wo die schmerzstillende Wirkung der Salicylpräparate ausblieb, beim chronischen Rheumatismus und Muskelrheuma, leistete es gute Dienste; eine günstige Wirkung ließ sich auch erkennen bei einigen Fällen von Erysipel und gonorrhoischer Epididymitis. Bei Lungenerkrankungen war ein Einfluß auf den Verlauf, abgesehen von einer Linderung pleuritischer Schmerzen, nicht zu erkennen.

Ueber das Digalen. Von Klatt, Marienwerder. (Die Heilkunde, 1. Heft, 1907.)

Digalen, das Digitoxinum solubile in 0,03% Lösung mit 20% Glycerin, läßt sich sowohl per os als auch per rectum mit schnell eintretender Wirkung geben; am promptesten erfolgt die Wirkung bei intravenöser Applikation. Selbst bei längerer Anwendung macht das Digalen keine Intoxikationserscheinungen, woraus zu schließen ist, daß ihm die Kumulationswirkung abgeht. Daß bei Verabreichung von Digitalis in anderer Form eine Kumulation eintritt, liegt wohl daran, daß in der Digitalis noch andere Substanzen neben dem Digitoxin vorhanden sind, die eine ähnliche Wirkung wie dieses haben, aber nicht so schnell ausgeschieden werden und darum allmählich, wenn sie sich in größerer Menge angesammelt haben, eine Giftwirkung auf das Herz ausüben. Das Digalen dagegen repräsentiert allein das wirksame Prinzip der Digitalis, wirkt in reiner Weise und wird vollständig ausgeschieden. Der Mangel der Kumulation stellt einen großen Vorzug des Digalens dar. Es ist bei allen Krankheiten, bei denen die Digitalis indiziert ist, angewandt worden und hat den Erfolg nie vermissen lassen; darüber hinaus aber sind keine Erfolge erzielt worden; weder beim Herzklopfen Basedowkranker, noch bei kompensierten Herzfehlern, noch beim schnellen Puls bei jugendlichen Phthisikern. Immerhin ist das Digalen als das beste Digitalispräparat anzusprechen, das besonders für den praktischen Arzt auf dem Lande große Vorteile hat. Wie Morphium und Kampher sollte er Digalen stets mit sich führen; denn ihm speziell war es bisher nicht möglich, eine so schnelle und sichere Digitaliswirkung in dringenden Fällen herbeizuführen, wie er sie mit dem Digalen erzielen kann.

Neuere Arzneimittel.

Tumenol (Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M.). Dieses Präparat wurde zuerst 1891 von Dr. Spiegel hergestellt und zwar durch Sulfonieren gewisser durch Destillation aus bituminösem Schiefer gewonnener Mineralöle. Die Verwendbarkeit des Tumenol als Medikament, die von Geheimrat Prof. Dr. Neißer klinisch erprobt wurde, ist jedenfalls auf seine stark reduzierenden Eigenschaften sowie auf die Leichtigkeit zurückzuführen, mit der das Präparat resorbiert wird. Bisher befanden sich im Handel

1. Tumenol venale, eine Mischung von Tumenolsulfon und Tumenolsulfosäure von dunkler Farbe und dicker Konsistenz;
2. Tumenolsulfon = Tumenolöl, ein dickes, dunkles Oel;
3. Tumenolsulfosäure = Tumenolpulver, dunkles, in Wasser lösliches Pulver.

Neuerdings ist dazu ein viertes Präparat, das Tumenol-Ammonium gekommen, ein dunkles in Wasser mit neutraler Reaktion lösliches Oel, das sich außerordentlich leicht zu Salben, Tinkturen, Pasten usw. verarbeiten läßt.

Den Tumenolpräparaten, die einen schwachen, nicht unangenehmen Geruch besitzen, kommt nur eine lokale Wirkung, nicht eine solche auf den Gesamtorganismus zu, so daß sie eine Störung des Allgemeinbefindens nicht verursachen. Nach den neuesten Untersuchungen an der Breslauer dermatologischen Klinik hat sich speziell das Tumenol-Ammonium als wirksames Mittel in der Ekzemtherapie und bei der Behandlung juckender Dermatosen bewährt (Medicinische Klinik 1905, Nr. 36, pag. 905), besonders bei den recidivierenden, mit Rhagadenbildung einhergehenden Ekzemen am Anus, Scrotum usw., bei parasitären Dermatitiden, Prurigo und Pruritus. Auch sonst finden die Tumenolpräparate vielfache Anwendung als trocknende, die Epidermisierung befördernde Mittel bei nässenden Ekzemen, Erosionen, Excoriationen, Ulcerationen und Verbrennungen ersten und zweiten Grades. Als Verbandmittel hat sich Tumenol als brauchbar erwiesen bei oberflächlichen, nicht stark nässenden und eiternden Ulcerationen (Ekthyma nach Pediculosis, Ulcus cruris, Impetigo contagiosa usw.).

Rp.: Tumenoli-Ammonii 10,0 – 20,0
Aeth. sulf.
Spir. vin. rect.
Aq. dest. (s. Glycerini) *āā* ad 100,0.
(Trockne squamöse Ekzeme, multiple Kratzerosionen, Prurigo usw.).

Rp.: Tumenoli-Ammonii 5,0—20,0
Zinc. oxyd.
Bismat. rubuitr. *āā* 5,0
Ungt. simpl.
Ungt. lenient. *āā* 50,0.
(Akutes Ekzem.)

Rp.: Tumenoli-Ammonii 8,0
Anthrarobini 2,0
Tct. Benzoes. 30,0
Aeth. sulf. 20,0
Arningsche Pinselung.
(Furunkulose, mykotisches Ekzem.)

Rp.: Tumenoli-Ammonii 5,0—20,0
Zinc. oxyd.
Amyli puri
Glycerin *āā* 25,0
Aq. dest.
Spir. vin. *āā* 12,5.
M. D. S.: Gut umschütteln und mit einem weichen Pinsel aufzutragen. (Akutes Ekzem.)

Rp.: Tumenoli-Ammonii 5,0—20,0
Vaselini flav. ad 100,0
(Juckende Dermatosen.)

Rp.: Tumenoli-Ammonii 33,0
Spir. vin. ad 100.0.
D. S.: Dem Bade zuzusetzen.

Fortoin (Vereinigte Chininfabriken Zimmer & Co., Frankfurt a. M.). Fortoin ist ein gelbes, in Wasser unlösliches, nach Zimmt riechendes, geschmackloses Pulver, das seiner Darstellung und chemischen Zusammensetzung nach ein Einwirkungsprodukt von Formaldehyd auf Cotoin, dem wirksamen Prinzip der Cotorinda (Bolivia) vorstellt. Man verabreicht es als Antidiarrhoicum zu 0,25 g dreimal täglich etwa in folgender Form:

Rp.: Fortoini
Sacch. albi *āā* 0,25
M. f. pulv. D. t. d. No. X.
S. 3 × tägl. 1 Pulv.

Rp.: Fortoini 0,5
Alcohol (90 %) 5,0
Aq. dest. 45,0.
M. D. S.: In zwei Portionen zu nehmen. (Rabow).

Gegen Soor, Angina, Pharyngitis usw. der Kinder empfiehlt sich folgendes Rezept:

Rp.: Acid. bor subt. pulv. 20,0
Saccharini 0,2

M. D. S.: 3 × tägl. 1 Messerspitze angefeuchtet in die Backentaschen des Kindes zu bringen.

Üblich ist Boraxglycerin (5 : 25), mit dem der Mund ausgewischt wird. Diese Manipulation ist aber meist mit Schwierigkeiten verknüpft, die man durch die angegebene Medikation ganz vermeidet. Die Kinder kauen auf dem Pulver herum und lassen so die antiseptische Wirkung der Borsäure, die ihnen übrigens nichts schadet, in weitester Ausdehnung zur Geltung kommen. Außerdem macht ihnen der süße Geschmack Vergnügen. Man achte darauf, daß die Kinder nach dem Einbringen des Pulvers nichts zu trinken bekommen. Das Verschlucken des Borsäurepulvers ist absolut unschädlich, der Heilerfolg vortrefflich.

Arrhénal (Adrian & Co., Paris). Die Arsenpräparate machen neuerdings viel von sich reden, da Robert Koch die vortreffliche Heilwirkung des Atoxyls, des Anilids der Metarsensäure, auf die Schlafkrankheit entdeckt hat Arrhénal wird bei Malaria, bei Nerven-, Lungen- und Hautkrankheiten an Stelle der unorganischen Arsensalze und der kakodylsauren Salze angewendet. Tagesdosis: 0,02—0,1 g eine Woche lang; darnach eine Woche Pause und wiederum siebentägige Darreichung. Subkutan gibt man 0,05 g bei Malaria. (Rabow) Identisch mit Arrhénal ist Arsynal.

Kaubalsam Sahîr. (Chemisch pharmazeut. Laboratorium „Sahîr", München, Herzog Rudolfstr. 11.) Im Kaubalsam „Sahîr" sind als wirksame Substanzen die adstringierend wirkenden Extraktivstoffe des in Indien seit Jahrtausenden gebräuchlichen und erprobten Betel verwertet, während alle im Betel sonst enthaltenen Beimengungen wie Alkaloïde (Arecolin usw.), Kalk usw. ausgeschieden sind. Die Herstellung, die nach einem patentierten Verfahren erfolgt, beseitigt nach den Angaben der Hersteller auch die färbenden Substanzen im Betel und garantiert durch Einbettung der wirksamen Substanz in eine unlösliche Kaumasse eine stundenlange örtliche Einwirkung. Ihrem chemischen Charakter nach sollen die Extraktivstoffe zu den mehrwertigen Phenolen und deren Anhydriden gehören.

Zahnpulver Sahîr. Die Wirkung dieses Zahnpulvers beruht darauf, daß „das darin enthaltene, chemisch an feinst geschlemmten Kalk gebundene, vollständig säurefreie Wasserstoffsuperoxyd erst während des Gebrauches bei der Berührung mit Feuchtigkeit frei wird." Dadurch soll nach den Untersuchungen von Freyssinge und Roche die Wirkung derjenigen aller Wasserstoffsuperoxydlösungen des Handels weit überlegen sein, zumal dabei eine „gegenüber den schädlichen Säuren des Mundes höchst wertvolle schwach alkalische Reaktion erreicht werde. Ferner enthält das Sahîr-Zahnpulver Karlsbadersprudelsalz, das sich als „eminent zahnsteinlösend" erwiesen hat.

Patentnachrichten.

Patent-Anmeldungen.

30h. D. 16658. Verfahren zum Isolieren von luft- und feuchtigkeitsempfindlichen medicinischen Substanzen oder Nährstoffen. Eugène Donard und Henri Labbé, Paris; Vertr.: Karl Pieper, Heinrich Springmann, Th. Stort und E. Herse, Pat.-Anwälte, Berlin NW. 40. 24. 1. 06.

Für diese Anmeldung ist bei der Prüfung gemäß dem Unionsvertrage vom $\frac{20.\ 3.\ 83}{14.\ 12.\ 00}$ die Priorität auf Grund der Anmeldung in Frankreich vom 25. 1. 05 anerkannt.

30b. H. 37084. Verfahren zur Herstellung einer zur Bereitung kohlensaurer Bäder geeigneten Masse. Fritz Harnisch, Berlin, Potsdamerstr. 22. 6. 2. 06.

30d. T. 11122. Vorrichtung zum Anzeigen der Harnentleerung bei Kindern und Kranken. Frau Mena Tischler, Wien; Vertr.: Dr. L. Wenghöffer, Pat.-Anw., Berlin SW. 11. 27 3 06.

23e. K. 27229. Verfahren zur Herstellung von eiweisshaltiger Seife. Dr. Friedrich August Volkmar Klopfer, Dresden-Leubnitz. 21. 4. 04.

30a. W. 25635. Operationswerkzeug mit Luft- oder Flüssigkeitspolster. Prof. Dr. Louis Wullstein, Halle a. S., Krukenbergstr. 26. 23. 4. 06.

30f. L. 22101. Badewanne mit zur Ausführung leiblicher Uebungen beim Baden dienenden, unter der Wirkung einer Gegenkraft stehenden Zugmitteln. Johann Löber, Solingen, Schützenstr. 39. 20. 1. 06.

30h. K. 29382. Lösliche antiseptische Stäbchen. Dr. Kurt Trappe, Leipzig-Eutritzsch und Alfred Kreidner, Leipzig-Reudnitz, Josefinenstr. 20. 14. 4. 05.

8m. A. 13151. Verfahren zum Färben von Haaren; Zus. z. Pat. 178295. Akt.-Ges. für Anilin-Fabrikation, Berlin. 4. 5. 06.

Patent-Erteilungen.

30d. 181938. Schuhwerk für Plattfüsse mit einer unter dem Fussgewölbe angebrachten einstellbaren elastischen Stützvorrichtung. Louis Bramson, Kopenhagen; Vertr. Dr. D. Landenberger, Patent-Anwalt, Berlin SW. 61. 7. 2. 06. B. 42159.

30d. 182002. Gesichtsschutzrahmen. Augustin Hendricks, Grand Rapids. Mich., V. St. A; Vertr.: A. Wiele, Pat.-Anw., Nürnberg 4 7. 05. H. 35663.

30f. 181785. Elektrischer Gürtel mit einer Trockenbatterie, deren Elemente am Gürtel leicht abnehmbar angeordnet sind. Paul O. Wegener, Berlin, Friedrichstr. 153a. 6. 12. 04. W. 23100.

30f. 181820. Vorrichtung zum Baden der Augen. Albert Sebald, Weiden, Oberpfalz. 9. 9 05. S. 21587.

30f. 181847. Vorrichtung zur Massage, insbesondere des Unterleibes, mit in einem Gestell senkrecht gelagerter Antriebswelle für das Massierwerkzeug. Johannes Christian Johansen, Kopenhagen; Vertr.: W. Wagner, Berlin NW. 6. 6. 10. 04. J 8075.

30f. 181905 Stuhl für Atmungsgymnastik mit an der Rückenlehne angelenkten, wagerecht drehbaren und mit einem verstellbaren Leibgurt verbundenen Seitenlehnen. Ernst August Weidemann, Liebenburg, Hannover. 12. 10. 05. W. 24575.

30d 182158 Vorrichtung zur Behandlung gebrochener Oberarme. Eugen Weisshuhn, Troppau, Oesterr.: Vertr.: F. C. Glaser, Patent-Anwalt, Berlin SW. 68. 24 6. 04. W. 22413.

Gebrauchsmuster.

12d. 295295 Zu Batterien vereinigte Filter für Enteisenungsanlagen. C Grossmann, Neustadt i. Holst. 13. 11. 06. G. 16444.

30a. 294964. Zerlegbares Instrument. Fa. Karl Melcher, Merscheid. 16. 11. 06. M. 23043.

30a. 294978 Stanzenartig wirkendes Instrument für Operationen in Körperhöhlen. Akt.-Ges. für Feinmechanik vorm. Jetter & Scheerer, Tuttlingen 22. 11. 06. A 9656.

30a. 295231 Vorrichtung zur gedeckten Einführung von Drahtsägen. Georg Haertel, Breslau, Albrechtstr. 42. 27. 10. 06. H 31406.

30c. 294939. Ventil aus Zink für Luftkissen. Salomon Frank, Frankfurt a. M., Speicherstr. 7. 5. 11. 06 F. 14736.

30e 295240. Beckenstütze. Laura Daehne geb. Ostheren, Wilhelmsruh b. Berlin 7. 11. 06. D 11963.

30f. 294905. Automatisch wirkende Drucklinse für Finsen'sche Lupusbehandlungen aus Metall. Dohnal & Comp., Wien; Vertr.: Wenzel Bukowsky, Berlin, Böttgerstr. 22. 13. 10. 06. D. 11829.

30f. 294912. Tragbarer ärztlicher Wechselstromapparat. Procordia-Gesellschaft für diagnostische und therapeutische Herzschutz- und verwandte Apparatur m. b H., Schlachtensee. 25. 10. 06 P. 11660.

30f. 294918 Taschen-Elektrisierapparat mit darunter eingebauter Taschenlampenbatterie und Hebelschalter in einem Etui. Hermann Hoepke, Bingen a. Rh. 27. 10 06. H. 31422.

30f. 294985. Kopfmassiergabel. Muhr & Co., Elberfeld. 24. 11. 06. M 23109.

30f. 295225. Federspanngabel für Ohrenmassagepumpen mit Schlauchtüllen. Emil Loest, Barmen, Allee 108. 20. 10. 06 L. 16709.

30i. 294928. Mit verschliessbarem Entnahmeschlitz und Wickelrollen versehener Behälter zum Sterilisieren und Aufbewahren von Verbandstoffen. G. Mendelsohn, Schöneberg b. Berlin, Brunhildstr. 11. 1. 11. 06. M. 22921.

30i. 294976 Verbandstoff, bestehend aus mit einer Schutzschicht vereinigtem Saugpapier. Ignaz Hoffsümmer, Düren, Rhld. 22. 21. 06. H. 31684.

30i. 294977. Wundkissen, bestehend aus einer Gewebeumhüllung mit Saugpapiereinlage. Ignaz Hoffsümmer, Düren, Rhld. 22. 11 06. H. 31685.

30i. 294983. Tragverschluß für Sterilisierkästen usw. mit über dem Deckel liegendem, in den Behälter greifendem Federbügel. Louis und H. Löwenstein, Berlin. 23. 11. 06. L. 16877.

30k. 295235. Verschlußstück mit Kugelventil für Kystoskope, bei welchem das optische Rohr aus dem Schaftrohre herausziehbar ist. Reiniger, Gebbert und Schall, Erlangen. 2. 11. 06 R. 18199.

34g. 295176. Zusammenklappbarer Liegestuhl mit abnehmbarem Tisch und Fußgestell. Bernhard Fißmer, Brackwede. 7. 11. 06. F. 14740.

34h. 294816. Kinder-Lauf- und Schutzgürtel. Emanuel Cohn Reisner, Berlin, Neue Friedrichstr. 65. 27. 10. 06. R. 18163.

4c. 295339. Vorrichtung zur Verhinderung des Ausströmens von Gas bei offenstehendem Gashahn, dadurch gekennzeichnet, daß nach Abgleiten des Gummischlauches vom Gashahn ein Ventil geschlossen wird. F. Schwartz, Lichtenberg b. Berlin. 13. 11. 06. Sch. 24371.

30a 295502. Sphygmoskop (Vorrichtung zur Veranschaulichung des Pulses). Heinrich Diel, Leipzig, Albertstr. 27. 11. 10. 06. D. 11830.

30a. 295531. Beleuchtungsapparat für Körperhöhlen mit auswechselbaren Tuben und Lichthaltern. Georg Haertel, Breslau, Albrechtstr. 42. 28. 11. 06. H. 31730.

30a. 295525. Quetschzange für chirurgische Zwecke, bestehend aus zwei an ihrem einen Ende beweglich miteinander verbundenen und mit Klemmvorrichtung versehenen Schienen. Fa. C. Stiefenhofer, München. 30. 11. 06. St. 8997.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Köln a. Rh. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von Heynemann'sche Buchdruckerei Gebr. Wolff, Halle a. S.


Digitized by Google

Nr. 3. 1907. 18. März.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.



Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Nadelhalter „Ultra".

(Nach Dr. Behr, Hannover.)

Es sind in letzter Zeit mehrfach Nadelhalter konstruiert worden, um das Einfädeln zwischen den Einzelnähten zu ersparen und um den Nähfaden, sicher aseptisch gegen zufällige Berührung geschützt, von der Fadenrolle in den Wundrand zu bringen. Gemeinsam haben diese Konstruktionen die Zangenform und die Anordnung der Fadenrolle zwischen den Branchen des Nadelhalters und der Fadenführung außen an den Branchen. Der neue Fadenhalter „Ultra" hat zentrale aseptische Fadenführung.

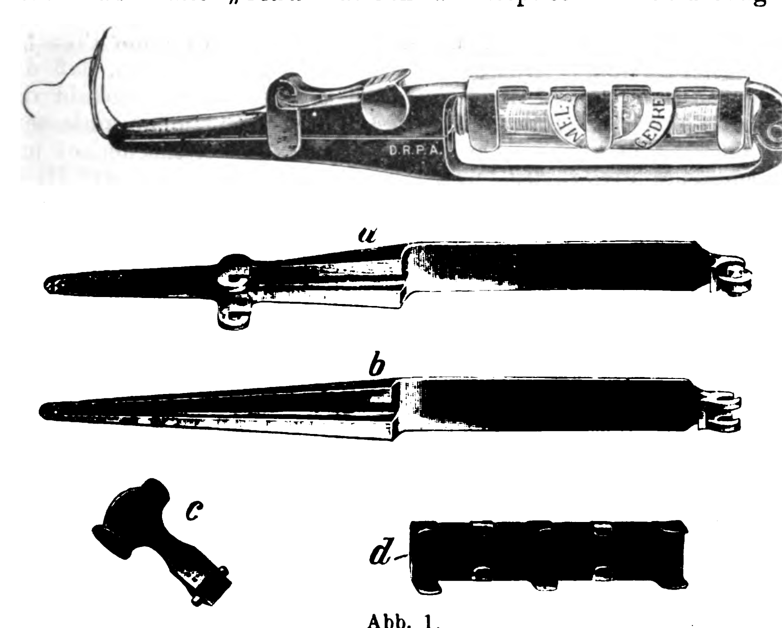


Abb. 1.

Er besteht aus drei Teilen, zwei Halterhälften mit einem Klemmhebel, zu denen als vierter und fünfter Teil der Fadenbehälter und eine Klammer zum Befestigen des Behälters an den Halter kommt. Alle Teile sind leicht auseinandernehmbar und leicht zu reinigen. Die Halterhälften endigen einerseits in einem Gelenk, andererseits in der Haltefläche für die Nadel. Nächst dem Gelenk schalenartig gehalten zur Aufnahme des Fadenbehälters zwischen sich, tragen sie in ihrem massiven Teile an der einander zugekehrten Seite je eine Hohlrinne, welche durch ein Loch nach außen endigt, zur Aufnahme des aus dem Fadenbehälter kommenden Fadens. Der Klemmhebel ist in drei Stellungen feststellbar und durch Druck von oben her zu schließen; durch seitlichen Druck mittels des Daumens springt der Verschluß auf. Eine tiefe Querrille in der Spitze der Klemmfläche dient für Nadeln nach Hagedorn. Zum Gebrauche wird die Klammer *d* auf Hälfte *b* geschoben, der Fadenbehälter (Vömelpackung) oder zugehöriger Behälter zum Selbststerilisieren des Fadens eingesetzt und der Faden durch Hohlrinne und Loch gezogen, die Hälfte *b* auf *a* gelegt. In entsprechender veränderter Weise kann man auch den Faden an Hälfte *b* anbringen. Die Hälften werden zusammengedrückt und der Klemmhebel *c* eingefügt. Jetzt wird die Nadel eingelegt und der Faden durch das Oehr gezogen. Es sind bei diesem Nadelhalter alle Arten Nadeln verwendbar. Zweckmäßig benutzt man eine Nadel mit dem Oehr an der Spitze. Die volle Asepsis würde am besten gesichert sein, wenn man den Faden aus der Hohlrinne in eine Hohlnadel überleitete. Dieses würde aber im Gebrauch zu allerlei Unzuträglichkeiten führen. Aber man kann eine Nadel mit Hohlrinne in der Konvexität benutzen in der Art der Götzschen Nadeln. Zu diesem Zwecke dient die Fadenführung in *a*.

Am einfachsten und daher am zweckmäßigsten erscheint eine gewöhnliche Nadel mit Oehr an der Spitze; man führt den Faden in diesem Falle durch die Hälfte *b*, in der Koncavität der Nadel durch das Oehr. Bei der Naht wird die Nadel durch die Wundränder geführt, bis daß der Faden sichtbar ist, dann wird das Fadenende mit einer Pinzette festgehalten und das Nadelöhr über den Faden zurückgezogen, während der Faden aus dem Behälter abrollt. Der Faden wird in gewünschter Länge vor der Nadel abgeschnitten, wenn man Kopfnähte nähen will. Die Nadel bleibt stets eingefädelt, bis der ganze Faden aus dem Behälter verbraucht ist. Die fortlaufende Naht kann ausgeführt werden in verschiedener Art, am zweckmäßigsten durch Kettenstich: man legt erst eine Kopfnaht, schneidet den Faden nicht ab und näht mit Doppel-Faden weiter, indem man die nach dem Durchstich entstehende Schlinge so weit hält, daß man durch diese die jeweils folgende Schlinge durchsticht in den Wundrand. Bei dem letzten Stiche wird wieder geknotet. Diese Art Naht zu nähen ist besonders für die versenkte fortlaufende Naht vorteilhaft, sobald man den Anfangs- und Schlußknoten oberflächlich legen kann, weil man nach der Lösung beider den ganzen Faden aus der Tiefe herausziehen kann. Man kann daher für die Tiefe Catjut entbehren.

Ebenso kann man aber auch Nadeln mit federndem Oehr benutzen. Hat man eine solche Nadel eingespannt, so zieht man mit der Pinzette das Fadenende mit einem kurzen Ruck über das Oehr, und es ist eingefädelt. Man hat es also nicht nötig, den Faden mit der Hand zu berühren. Auch zum Einfädeln in eine gewöhnliche Nadel kann man eine starke Pinzette benutzen.

Die Vorteile des Nadelhalters „Ultra" sind also folgende: 1. Er ist für alle Nadeln, auch die Hagedornschen, brauchbar; 2. vermöge des zentralen Kanals hält er die Nadeln sicherer, weil er mit vier scharfen Kanten faßt; 3. er zerbricht trotzdem weniger Nadeln, weil diese in dem Kanal etwas Raum zum Ausweichen haben. 4. Die Anwendung dieses Nadelhalters

garantiert eine aseptische Naht, weil er es unmöglich macht, den Nähfaden unabsichtlich zu berühren, und es unnötig macht, den Faden mit der Hand einzufädeln. 5. Der Verlauf des Fadens ist geradlinig vom Austritt aus dem Behälter bis zum Austritt aus dem Nadelhalter. 6. Der Fadenbehälter ist leicht auswechselbar. 7. „Ultra“ besitzt keine besondere Feder, deren die meisten Nadelhalter (nach Roser, Reiner, Hagedorn usw.) sogar zwei besitzen.

(Der bekannte Nadelhalter „Ideal“ läßt den Faden z. T. außenhin ungeschützt verlaufen, wodurch abgesehen von einer Verunreinigung ein Verhaken des Fadens mit anderen Instrumenten eintreten kann. Der aseptische Magazin-Nadelhalter nach Dr. Dobertin schützt zwar, aber nur durch eine besondere Schiene, gestattet nur spezielle Fadenspulen zu verwenden und hat eine bogenförmige Fadenführung, die die Reibung zwischen Faden und Nadelhalter vermehrt.)

Wie die Wahl der Nadel, so ist auch die des Nähmaterials beim Nadelhalter „Ultra“ frei, jedoch dürfte, wenn man das Nähmaterial selbst sterilisiert, Celluloidzwirn besonders vorteilhaft sein, weil dieser in dem Nadelhalter das Kochen mit Soda am besten aushält. Der aus vernickeltem Messing bestehende Fadenbehälter ist ein einseitig offenes und mit Deckel verschließbares Rohr, das einen von der Oeffnung bis zur Mitte gehenden Schlitz trägt. Die Fadenrolle, die nur halb so lang wie der Behälter sein darf, wird ohne Achse in den Behälter gesteckt und zugleich das Fadenende durch den Schlitz gezogen; dann kann der Faden bei Zug in jeder Richtung leicht abrollen. Eine Hohlrinne an dem nicht geschlitzten Teile des Fadenbehälters dient als Schutz und zur Fadenführung beim Gebrauche im Nadelhalter. Als Fadenrolle können zweckmäßig gut vernickelte Nähmaschinenspulen verwandt werden, die das Aufwickeln des Fadens mit der Maschine ermöglichen. Ist der Faden in vielfachen Lagen übereinander gewickelt, so ist es zur sicheren Sterilisation durch Kochen nötig, die Fadenrolle vorher in Wasser oder Karbolwasser zu legen, bis die tiefste Lage des Fadens sich voll Feuchtigkeit gezogen hat. Bequem für die Praxis ist die Vömelpackung zu 5 m.

Fabrikant: Adolf Söhlmann, Hannover, Goethestr. 9. Preis 16,50 M., im aseptischen Metall-Etuis 18,50 M.

Ein neuer Taschen-Elektrisierapparat.

Das Konstruktionswerk Bingen in Bingen a. Rh. bringt eine als D. R. G. M. geschützte Neuheit auf den Markt.

Den Gegenstand des Gebrauchsmusters bildet ein in einem eleganten Etui befindlicher Elektrisierapparat, der sich durch die Verwendung einer der gewöhnlichen und überall käuflichen Taschenlampenbatterie auszeichnet. Die Batterie ist in dem Kästchen in liegender Stellung neben der Induktionsspule angeordnet, so daß dieselbe ohne Schaltung auswechselbar und die sämtlichen Teile des Apparates ohne weiteres zu übersehen sind. Zur Ausschaltung der Batterie in Ruhestellung dient ein Hebelschalter, der umgelegt wird und sich in die Einstellung, in der er einen Polstreifen der Batterie berührt, nur bei aufgeklapptem Deckel bringen läßt, so daß ein unbeabsichtigtes Einschalten der Batterie, z. B. auf dem Transport, unmöglich gemacht ist.

Die Verbindung der Elektroden mit den Stöpsellöchern wird durch Kontaktstöpsel hergestellt, und es ist die Schaltung des Apparates so angeordnet, daß sich von den Stöpsellöchern 1 und 2 unterbrochener galvanischer Strom, von 2 und 3 Induktionsstrom (Faradischer Strom) abnehmen läßt.

Die Anordnung der Batterie, der Induktionsspule und des Schalters in dem Kästchen läßt noch Platz zur Unterbringung der Elektroden und des Dämpfers, so daß der Apparat stets fertig ist und bequem in der Tasche getragen werden kann. Seine Billigkeit und Leistungsfähigkeit sind weitere Vorzüge, die dem Apparat zahlreiche Freunde erwerben dürften.

Wundnaht nach Michel.

Von der Firma Jetter & Scheerer in Tuttlingen wird unter der Bezeichnung „Mundus“ ein Instrumentarium zur Wundnaht nach Michel angefertigt und in den Handel gebracht. Das Michelsche Verfahren beruht bekanntlich darauf, die Wundränder mittels feiner Metallklammern zu vereinigen, und das neue Instrumentarium scheint dieses Problem in der Tat recht zweckentsprechend zu lösen.

Die Anwendung ist aus der Abbildung leicht zu verstehen. Während die linke Hand vermittelst der einen Pinzette die Wundränder zusammenhält, hebt die rechte Hand eine Wundklammer vom Rahmen mittels der anderen Pinzette ab. Dies geschieht so, daß die Höhlungen über den Krallen der Pinzette die beiden Oesen der Wundklammer derart umfassen, daß die beiden Dornen der Klammer nach außen stehen. Sobald die Krallen der Pinzette die Oesen der Wundklammer umfassen, schließt sich die an der Innenseite der Pinzettenschenkel angebrachte Fixierfeder. Die Pinzette kann nun aus der Hand gelegt werden, ohne daß die Wundklammer aus ihrem Lager fällt. Beim Fassen und Zusammendrücken der Wundränder

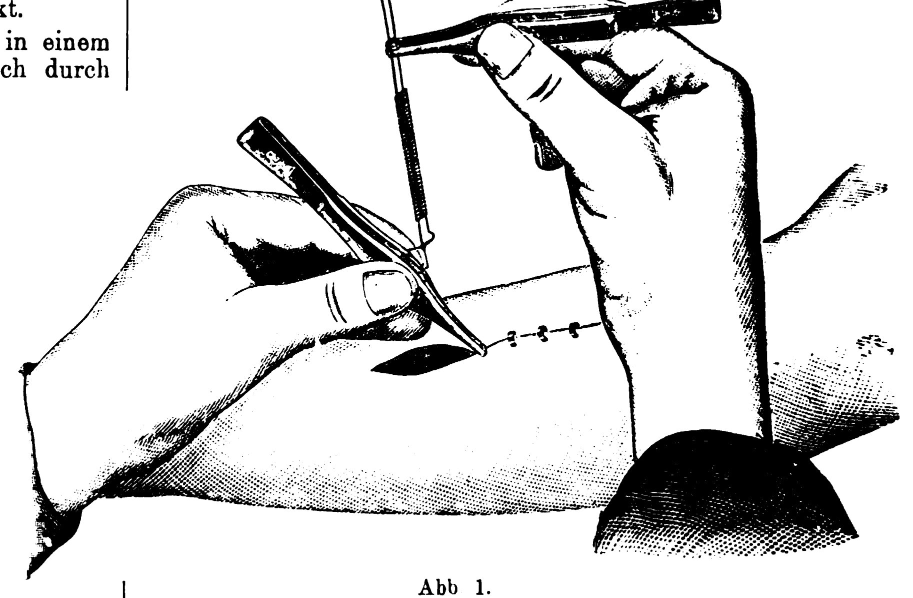


Abb 1.

durch die die Klammer tragende Pinzette wird jedesmal eine dieser Klammern wie eine kleine Kramme mit zwei Dornen in die Wundränder eingedrückt, und diese werden so zusammengehalten. Die Feder, die vorher zum Fixieren der Klammer in der Pinzette diente, öffnet sich beim Zusammendrücken der Pinzette selbsttätig und gibt die Klammer frei.

Nach Heilung der Wunde entfernt man die Klammern vermittelst zweier kleiner Häkchen, indem diese einfach in die Oesen der Klammern eingesetzt werden, oder man bedient sich besonderer Zangen, wie eine in Abb. 3 dargestellt ist, deren

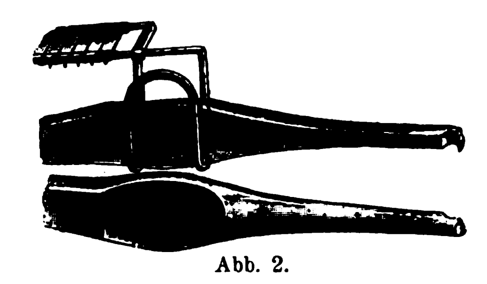


Abb. 2.

unterer Schnabel unter die zusammengebogene Wundklammer geschoben wird; beim Schließen drückt das Zangenmaul die Klammer auseinander.

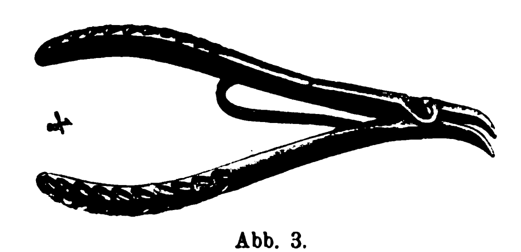
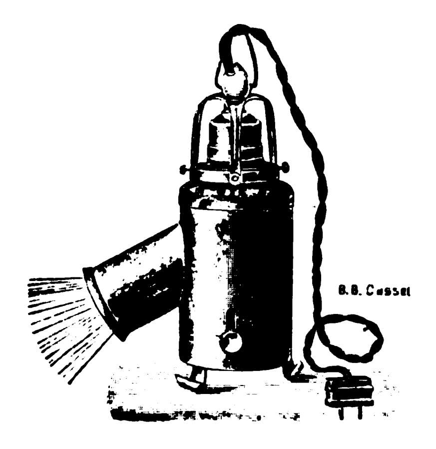


Abb. 3.

Als wesentliche Vorzüge werden dem Verfahren Schnelligkeit, geringere Schmerzhaftigkeit und ausgedehnte Wahrung der Asepsis nachgerühmt.

Mikroskopier-Schornstein.

Der Mikroskopier-Schornstein für elektrischen Anschluß ist ein von Prof. M. Neisser angegebener und von der Firma B.



B. Cassel in Frankfurt a. M. beziehbarer neuer Apparat, der stets das richtige notwendige Licht auf das Präparat wirft.

Periodische Literatur.

Zur Behandlung der vorliegenden Nachgeburt. Von Mende, Gottesberg. (Therapeutische Monatshefte Dez. 1906.)

M. kann sich der von Jolly in einer Arbeit aus der Ohlshausenschen Klinik vertretenen Ansicht nicht anschließen, daß die Wendung bei Placenta praevia „zurzeit noch die souveräne Methode" sei. Für den Geburtshelfer von Fach und in der Klinik ist die Wendung gestattet und berechtigt, für den Praktiker nicht. Jolly gibt selbst zu, daß die Technik nicht immer leicht sei, und die Infektionsgefahr dabei nicht unterschätzt werden dürfte. Die Mortalität der Kinder beträgt nur bei Olshausen 35 %, sonst ist sie überall erheblich höher. Todesfälle der Mütter sollen nicht mehr beobachtet werden, es sei denn, daß die Kreißende schon aufs äußerste ausgeblutet zur Behandlung kommt, oder aber an die Wendung eine vorzeitige Extraktion angeschlossen wird, bei welcher tiefe Cervixrisse entstehen. Damit ist dieser Methode für die Praxis das Urteil gesprochen, denn in der Mehrzahl der Fälle kommt die Kreißende aufs äußerste ausgeblutet zur Behandlung. Nach Ansicht des Verfassers leistet gerade in diesen Fällen seine Methode, die intrauterine Hystereuryse bei stehender Fruchtblase, Ausgezeichnetes, weil sie allein die Sicherheit gewährt, daß von dem Zeitpunkt der Einführung und Aufblähung des Ballons kein Blut mehr fließt und die Kreißende in einer größeren Ruhepause Gelegenheit findet, sich zu erholen und neue Kräfte zu sammeln. Die Länge der Pause hängt in weiten Grenzen von dem Willen des Operateurs ab; erst wenn an dem Hystereurynterschlauche eine permanente Extension zur Wirkung kommt, pflegen sich die Wehen wieder einzufinden und einen kräftigen Charakter anzunehmen. Die Sterblichkeit der Mütter ist dabei 0 %, die der Kinder 37 % nach den Erfahrungen des Verfassers. Keine besondere manuelle Geschicklichkeit und keine langjährige geburtshülfliche Erfahrung sind dabei nötig, keine schwierige Indikationsstellung tritt an den Arzt heran, nur die Diagnose der Placenta praevia ist erforderlich, die leicht zu stellen ist.

Beiträge zur therapeutischen Verwendung des Jodopyrins. Von Kaink, Berlin. (Therapeutische Monatshefte Dez. 1906.)

Das Präparat ist ein Jodphenyldimethylpyrazolon, ein Antipyrin, in welchem das einzige noch substituierbare Wasserstoffatom des ursprünglichen Pyrazolonkernes durch Jod ersetzt ist. Das Pulver ist staubartig, schneeweiß, völlig geruch- und geschmacklos, in Wasser sehr schwer löslich, aber nicht unlöslich, es enthält 40 % Jod. Die Wirkung von Jod und Antipyrin kommt dadurch zustande, daß das Medikament im Organismus wieder in seine Komponenten zerlegt wird, wie, darüber herrscht noch keine Klarheit. Vielleicht entsteht bei der Spaltung des Jodopyrins im Körper ein modifiziertes Antipyrin.

Günstige Erfolge mit diesem Mittel hatte bisher Junker bei fieberhaften Erkrankungen gehabt, Zippert in seiner dermatologischen und syphilidologischen Praxis und Holz in der gynäkologischen. Verfasser hat nun das Mittel nachgeprüft und eine Reihe neuer Indikationen für die Anwendung dieses Mittels in der dermatologischen und syphilidologischen Praxis gefunden. Seine innerliche Anwendung (0,5) empfiehlt er im Tertiärstadium der Lues gegen die neuralgischen und quälenden Kopfschmerzen. Ueble Nebenerscheinungen sind nie aufgetreten. Dagegen wurde ein Fall von Jodismus durch kleine, vorsichtige Gaben dieses Mittels außerordentlich günstig beinflußt. Gute Erfolge zeitigte die äußerliche Anwendung in Pulver- und Salbenform bei Hautsyphiliden, besonders beim Ulcus durum und gummösen Ulcerationen, die sehr hartnäckig jeder anderen Therapie gespottet hatten. Die Schmerzhaftigkeit verschwindet bald, die Geschwüre reinigen sich, wenn auch eine Abkürzung der Heilungsdauer nicht beobachtet wurde. Bewährt hat sich das Jodopyrin ferner bei Psoriasis syphilitica palmaris et plantaris und beim Ulcus molle, wenn auch das Jodoform dabei nicht übertroffen wird, und bei der Prostatitis gonorrhoica in Suppositorienform. Für die Urethritis gonorrhoica ist Jodopyrin bisher unbrauchbar gewesen. Ebenso entsprechen die Erfolge bei der Behandlung der Psoriasis vulgaris nicht ganz den gehegten Erwartungen. Dagegen hat sich Jodopyrin wiederum glänzend bewährt beim chronischen, trockenen Ekzem, Herpes zoster und in einem Fall von Scleroderma diffusum. Fast augenblicklich wird der Juckreiz beseitigt, die Desquamation läßt nach, die chronische Hyperaemie und ebenso die Infiltrate verschwinden unter Anwendung einer 10—20 %igen Jodopyrin-Lanolin-Salbe beim Ekzem.

Neuere Arzneimittel.

Histosan (Fabrikant: Fabrik chem. und diät. Produkte Schaffhausen). Wenn auch die physikalisch-diätetischen Heilmethoden den ersten Platz in der Behandlung der Tuberkulose, speziell der Lungentuberkulose, einnehmen, so kann man doch in den meisten Fällen der Arzneimittel nicht entraten, eine Behauptung, für die jeder Praktiker Gründe genug wird anführen können. Von dieser Erfahrung und ferner von der Erkenntnis ausgehend, daß bei der Lungentuberkulose meist eine Mischinfektion mit Strepto- und Staphylococcen vorliegt, bemüht sich die pharmakologische Forschung schon seit langem, ein brauchbares Medikament gegen die Phthise ausfindig zu machen. Einen besonderen Ruf haben sich die Kreosotpräparate erworben, deren Ausgangsmaterial, das Kreosot, durch fraktionierte Destillation bei 200° bis 220° C aus dem Buchenholzteer als eine gelbliche Flüssigkeit von dem bekannten durchdringenden Geruch erhalten wird. Ich erinnere an das Eosot, welches valeriansaures, und an das Tannosal, welches gerbsaures Kreosot ist, usw. Das Kreosot ist ein Gemenge von Kreosol (Methylhomobrenzkatechin, einer bei 220° siedenden Flüssigkeit) und Guajakol (Methylbrenzkatechin), das bei der trocknen Destillation des Guajakharzes entsteht und farblose, bei 32° schmelzende, in Wasser schwer, in Alkohol leicht lösliche Kristalle bildet. In neuerer Zeit macht das Guajakol rein oder als Ester von Säuren (z. B. Benzoësäure: Benzosol, Zimmtsäure: Styrakol, Salicylsäure: Guajakosalol, Valeriansäure: Geosot) dem Kreosot erfolgreiche Konkurrenz.

Die Guajakolpräparate haben aber gewisse Fehler, die eine nutzbringende therapeutische Verwendung in Frage stellen. Z. B. spaltet sich das Guajakolkarbonat (Duotal) bei krankhaften Zuständen des Magens schon daselbst in seine Komponenten Guajakol und Kohlensäure und kann auch unter normalen Verhältnissen infolge seiner Löslichkeit in verdünntem Alkohol vom Magen resorbiert werden und ev. schädliche Nebenwirkungen ausüben. Ferner setzen die Guajakolabkömmlinge die Alkaleszenz des Blutes herab, eine Nebenwirkung, die um so unerwünschter ist, als der Alkaligehalt des Blutes schon unter physiologischen Verhältnissen nicht entbehrt werden kann, noch viel weniger aber im Krankheitsfalle. Der schlechte Geschmack, die Wasserunlöslichkeit und eine gewisse Aetzwirkung endlich sind Eigenschaften des Guajakol und seiner Esterverbindungen, die trotz der anerkannt günstigen Einwirkung auf den tuberkulösen Prozeß den Wunsch nach einem einwandfreien Ersatz laut werden ließen. Die guajakolsulfosauren Salze, das Thiocol usw., haben nach S. Fränkel und anderen Autoren den Nachteil, daß in ihnen durch das Sulfurieren des Guajakols die Wirkung desselben so abgeschwächt wird, daß man sehr große Dosen verabfolgen muß, um eine Wirkung zu erzielen.

All diesen Uebelständen scheint nach den bisherigen Untersuchungen das Histosan abzuhelfen, ein Triguajakolalbuminat mit 25% Guajakolgehalt, welches in drei Formen in den Handel kommt: als Histosan-Syrup, als -Tabletten und -Pulver. Praktisch erprobt ist das Präparat vielfach; an Literatur hierüber seien folgende Arbeiten angeführt: Therap. Monatshefte, Nov. 1905, Dr. R. Stierling „Ueber Histosan"; Aerztl. Rundschau, 1906, Nr. 28, Dr. A. Krüche „Histosan, ein Guajakoleiweißpräparat, bei scrofulösen und tuberkulösen Erkrankungen usw."; Wiener medic. Presse, 1906, Nr. 32, Dr. Joseph Rieß „Histosan"; Wiener klin. Rundschau, Prof. Dr. Nevinny „Vorläufige Mitteilungen über das Histosan usw."; ibid., Nr. 34, Dr. H. Podloucky „Einiges über Histosan"; Medicinische Blätter, 1906, Nr. 34, Dr. Jos. Rudnik „Das Guajakolalbuminat Histosan in der Praxis"; Aerztl. Zentralzeitung, Wien 1907, Nr. 4, Dr. Jos. Lindenbaum „Ueber das Guajakolpräparat „Histosan" bei Erkrankungen der Lunge" usw.

Der letztgenannte Autor schreibt u. a.:

„Dieses Präparat, ein Guajakolalbuminat, von seinem Erfinder Dr. H. C. Fehrlin Histosan benannt, verbindet die Eigenschaften des Guajakols und des Eiweißes in trefflicher Weise und hat deshalb alle Berechtigung, bei Erkrankungen der Lungen, insbesondere bei Lungentuberkulose, in erster Linie verwendet zu werden; speziell dem praktischen Arzt, der bei chronischen Erkrankungen der Lunge darauf angewiesen ist, die therapeutischen Mittel häufig zu wechseln, möchte ich das Histosan auf das wärmste empfehlen. Bei Beobachtung der sonstigen hygienischen Maßregeln leistet es vorzügliche Dienste.

Auf Grund meiner bei sehr vielen Patienten gemachten Erfahrungen erleichtert das Mittel auch schon nach kurzer Zeit die Expektoration, löst den Schleim und schafft so dem Kranken, der sich stundenlang bemüht, den angesammelten Schleim auszuhusten, bedeutende Erleichterung.

Ganz besonders will ich die Wirkung des Histosans als appetiterregendes Mittel hervorheben. Ich hatte Gelegenheit, das männliche Phthisenzimmer im genannten Krankenhaus zu führen und habe das Histosan hauptsächlich auf diesem Zimmer angewendet. Die Patienten, die sich im Anfange wegen des etwas unangenehmen Geschmackes nicht sehr mit demselben befreunden konnten, baten mich, als sie einige Tage hindurch Histosan bekommen hatten, immerfort um neue Flaschen. Einstimmig erklärten sie, daß der Appetit zunehme und seitdem sie das Mittel nehmen, sie dreimal soviel essen als vorher."

Rudnik (Med.-Bl. 1906, 34) schreibt dem Histosan-Sirup folgende Eigenschaften zu:

1. Er wirkt nicht nur appetiterregend, sondern infolge seiner vorzüglichen Zusammensetzung auch ernährend und stimulierend auf die Gewebebildung und stimulierend auf den ganzen Organismus.

2. Er wird ausnahmslos von Erwachsenen sowohl als auch von Kindern gerne genommen und dauernd gut vertragen.

3. Er zeigt nicht die geringsten unangenehmen oder schädlichen Nebenwirkungen, wirkt antibakteriell, fäulnishemmend und ist unbegrenzt haltbar.

Der Histosan-Sirup ist eine kolloidale Lösung des pulverförmigen Guajakolalbuminates und von angenehmem Geschmack. Man gibt Erwachsenen drei- bis viermal täglich einen Kaffeelöffel voll. Preis einer Originalflasche 3,20 M.

Die Histosantabletten bestehen aus 10% Guajakolalbuminat und 90% Milchschokolade und enthalten je 0,25 g Histosan. Erwachsenen gibt man täglich vier bis sechs Tabletten. Preis der Originalschachtel 3,20 M. (40 Tabletten).

Das Histosanpulver wird Personen mit empfindlichem Geschmack in Oblaten gegeben und zwar bis zu 2,0 g pro die (0,5 pro dosi). Kindern verordnet man von allen Histosanpräparaten die halbe Dosis.

Patentnachrichten.

Anmeldungen.

292046. Damenbinde mit durchgehenden, aus einem Stück bestehenden Befestigungsschlingen, die mit der Umhüllung verknotet sind. Paul Emil Droop, Chemnitz.

291883. Hohler, metallener, beheizbarer Krankenstuhl-Sitz mit zusammenhängender, gleichfalls hohler Kreuzlehne. Max Lüderitz, Rehburg, Stadt.

291936 Operationstischplatte mit zwei unter derselben gelagerten Leitspindeln, welche einzeln durch einen gemeinsamen Antrieb betätigt werden, wodurch eine Verstellbarkeit der Schulterstütze und eine solche der Tischplatte ermöglicht wird. Fa. H. Windler, Berlin.

291871. Tropfflasche, deren am Stopfen angeordnete Tropfnase durch den Kopf des Stopfens überdeckt ist. Maxim. Rheins, Berlin.

292056. Milchdichte Hülle für Säuglingsflaschen, deren Halsöffnung durch den angepressten Sauger verschlossen wird. Friedrich Oltmann Janssen, Hemelingen.

291946. Besteck für Lumbalanästhesie mit schräg angeordneten Phiolen. Fa. Max Kahnemann, Berlin.

292341. Plattenloses, mittels Saugvorrichtung in nächster Nähe der Zahnreihe am Kieferbogen befestigtes Gebiss für Oberkiefer. Maria Karl Neff und Albert Johann Richert, Mühlhausen i. E.

292402. Elastische Gaumenfaltengebissplatte mit erhabenen Gaumenfalten auf der Rückseite. Alwin Senff, Wernigerode.

292586. Dreiteiliger Bikuspidat, dessen einzelne Teile durch Schieber und Schienen aneinander abnehmbar befestigt sind und dessen Front durch Federn gehalten wird. Julius Hoffmann, Königsberg i. Pr.

292681. Gelenkantriebspindel für auswechselbare, auf zahnärztliche Handstücke setzbare Werkzeuge resp. Werkzeughalter. Weber u. Hampel, Berlin.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Köln a. Rh. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von Heynemann'sche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Nr. 4. 1907. 25. März.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte



Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Ueber die Säuglingsernährung mit „Admirable".

In den Fällen, wo die Mütter ihre Neugeborenen nicht selbst zu stillen vermögen, erfordert es nicht geringe Kenntnisse auf dem Gebiete der Säuglingsernährung, nicht geringe Aufmerksamkeit, nicht geringes Kopfzerbrechen des Arztes, die jeweils passende Nahrung festzustellen, zumal die meist verwendete Kuhmilch an den verschiedenen Orten und zu den verschiedenen Zeiten eine verschiedene Zusammensetzung zeigt. Man hat deshalb immer und immer wieder versucht, dem Arzte Nährmittel an die Hand zu geben, die eine nach den voneinander oft gewaltig abweichenden Ansichten der Autoren modifizierte qualitative und quantitative Zusammensetzung haben, die aber infolge ihres stets gleichbleibenden prozentualen Gehaltes an Eiweiß, Kohlehydrat oder Fett eine genaue Kontrolle der zugeführten Kalorien- und Nährstoffmengen gestattet. Auch die Admirable-Kindermilch, die von der Dampfmolkerei Roßleben, Lüttich & Co., Roßleben a. d. Unstr. gewonnen und geliefert wird, hat diesen letztgenannten Vorzug, daneben aber den, daß sie in ihrer chemischen Zusammensetzung der Muttermilch gleichkommt. Sie gilt daher auch als wertvoller und vollkommener Ersatz der natürlichen Säuglingsnahrung, soweit man einem Muttermilchersatz diese Prädikate überhaupt beilegen darf.

Die Admirable-Kindermilch ist ein reines Milch-Produkt, ohne irgendwelche Konservierungsmittel, sie ist in hygienischer Beziehung unübertroffen. Die Kühe, von deren Milch die Admirable-Kindermilch hergestellt wird, stehen unter ständiger Kontrolle eines Kgl. Kreistierarztes, auch wird sämtliche Milch vor ihrer Verwendung chemisch und bakteriologisch untersucht. Damit ist es ausgeschlossen, daß ungeeignete und von kranken Tieren herstammende Milch verwendet wird. Um auch den in jeder Milch fein verteilt vorkommenden Schmutz zu entfernen, wird die Milch in geeigneter, gründlicher Weise gereinigt.

Daß die Angaben der Firma Lüttig & Co. nicht auf marktschreierischer Reklame beruhen, beweist u. a. das Gutachten des approb. Nahrungsmittelchemikers und vereidigten Handels- und Gerichtschemikers Dr. Witte in Halle a. S., das etwa folgendermaßen lautet:

„Sämtliche Proben entsprechen hinsichtlich ihrer Keimfreiheit den höchsten Anforderungen der Hygiene. Durch ein besonderes Verfahren bei Herstellung der Präparate wird eine möglichst feinste Verteilung der Fettkügelchen erzielt, wie die mikroskopische Untersuchung ergibt. Dadurch erscheint die Verdaulichkeit bis zu einem gewissen Höchstmaße gesteigert. Geschmack und Geruch sämtlicher Präparate ist angenehm. Der Verschluß der Gläser ist praktisch und absolut sicher.

Die Zusammensetzung der Admirable-Kindermilch entspricht im allgemeinen derjenigen der Frauenmilch. Sämtliche Zahlen liegen innerhalb der aus 173 Frauenmilch-Analysen berechneten Grenzwerte (vergl. König, Chemie der menschl. Nahrungsmittel etc. I, 110).

Die Admirable-Milch entspricht in ihren Bestandteilen einer vorzüglichen Vollmilch, vor der sie sich noch durch absolute Keimfreiheit und leichte Verdaulichkeit auszeichnet.

Auf Grund ihrer gesamten Eigenschaften — absolute Keimfreiheit, höchste Verdaulichkeit, durchschnittlich größtmöglicher Nährwert — müssen die Präparate der Dampfmolkerei Roßleben, soweit sie von mir untersucht sind, als für die angegebenen Zwecke in vorzüglichster Weise geeignete Nahrungs- und Kräftigungsmittel vom Standpunkt des Nahrungsmittelchemikers aus bezeichnet werden, als Präparate, welche ihrer Zusammensetzung nach wie in hygienischer Beziehung den höchsten Anforderungen zu entsprechen geeignet sind."

Nicht nur der Nahrungsmittelchemiker sieht die Admirable-Milch als vorzügliches Nahrungs- und Kräftigungsmittel an, vor allem ist die Milch von einer großen Anzahl Aerzten praktisch erprobt worden und hat nach ihren Angaben die gestellten Anforderungen durchaus erfüllt. So schreibt Dr. med. Prager in Barmen u. a.:

„Die Admirable-Milch hat den großen Vorzug, so hergestellt zu sein, daß sie trotz ihrer längeren Haltbarkeit, nicht wie bei Gebrauch des Soxhletapparates, ihre leichte Verdaulichkeit und ihren Nährwert verliert, sondern von dem Kindermagen richtig und normal verdaut wird und so ein wahres Nahrungsmittel für den Säugling bleibt. Jede Schwankung in der chemischen Zusammensetzung, wie solche selbst bei der Muttermilch vorkommt, ist ausgeschlossen, das Kind erhält mit der Admirable-Milch eine sich stets gleich bleibende, dem jeweiligen Alter genau entsprechende Nahrung. Selbst ein Versand nach außerhalb beeinträchtigt nicht, wie bei anderen Milchsorten, die Zusammensetzung, der für die richtige Ernährung unentbehrliche Fettgehalt der Milch bleibt stets derselbe

Auch die für die Gesundheit der Kinder notwendige absolute Keimfreiheit besitzt die Admirable-Milch, denn sie wird vor der Ablieferung an die Kundschaft eingehend von Sachverständigen bakteriologisch untersucht. Ebenso stehen die Kühe, deren Milch verarbeitet wird, unter steter Kontrolle eines Kgl. Kreistierarztes, abgesehen davon, daß durch ein besonderes Reinigungsverfahren die bei anderen Milchsorten vorkommende Verunreinigung ausgeschlossen ist. Von der Vorzüglichkeit der Admirable-Milch habe ich mich selbst überzeugt. Die mir von der Dampfmolkerei zur Verfügung gestellten vier verschiedenen Milchsorten, für die verschiedenen Altersstufen der Kinder von der Geburt bis zu zehn Monaten und älteren Kindern, sind allen Säuglingen und Kindern ausnahmslos gut bekommen. Die Milch wurde gern genommen und bewährte sich auch bei Verdauungsstörungen, bei Magendarmkatarrh, Brechen etc. vortrefflich. Gerade für die den Kindern so gefährliche Zeit des Brechdurchfalls kann ich keine

Milch, welche diesem Uebel so erfolgreich, bei individueller Verordnung, begegnen könnte wie die Admirable-Milch, empfehlen. Ich kann daher dieselbe nur aufs wärmste empfehlen, ist doch ihr Preis auch nur ein sehr niedriger, die Portionsflasche von 125—200 g kostet nur 8 Pfg., so daß die tägliche Ausgabe für eine rationelle Milchernährung etwa 32—48 Pfg. beträgt."

Dr. med. Wiegner, prakt. Arzt in Roßleben, hat die Admirable-Milch ebenfalls vielfach erprobt und gibt seinem Urteil in folgenden Worten Ausdruck:

„Auf Grund dieser Beobachtungen, die ich in der nächsten Zeit durch weitere ergänzen will, halte ich die Admirable-Milch aus der Dampfmolkerei Roßleben als ein in chemischer und hygienischer Beziehung einwandfreies Kindernährmittel. das ich unbedenklich empfehlen werde in jedem Falle von Unterernährung infolge krankhafter Vorgänge im Magendarmkanal. Ihr Geschmack muß, da sie von Säuglingen teilweise der Muttermilch vorgezogen wird, dieser mindestens nahekommen. Ihre leichte Assimilierbarkeit ist erwiesen und von einem anderen Präparate kaum zu übertreffen. Als einen besonderen Vorzug der Admirable-Milch möchte ich noch ihre unbegrenzte Haltbarkeit, bedingt durch die Peinlichkeit der Zubereitung, und zweitens ihre gleichbleibende Zusammensetzung erwähnen."

Dr. med. Geyer in Berlin Schöneberg empfiehlt auf Grund seiner Beobachtungen in der Praxis die Admirable-Milch dringend dem Interesse der Kollegen, und Dr. med. Schütte in Magdeburg rühmt von dieser Milch, daß sie ein Säuglingsnährpräparat sei, das nach jeder Richtung hin die Bedingungen erfülle, die man an eine vollwertige Nahrung für Kinder in den ersten Lebensmonaten stellen müsse.

„Resumieren wir nochmals die Vorzüge der Admirable-Kindermilch, so hat sie erstens einmal die wichtigste Eigenschaft für sich, daß sie dem Verdauungsvermögen eines Säuglingsmagens und -Darmkanals vollkommen angepaßt ist, daß sie selbst ein kranker Verdauungsapparat verträgt und unter der günstigen Einwirkung der leicht verdaulichen und bekömmlichen Nahrung bald wieder zur Genesung kommt, also Verdauungsstörungen bei dieser Ernährung vollständig ausgeschlossen sind: zweitens ist ihr Nährwert im Durchschnitt einer einwandfreien Muttermilch mindestens gleichkommend; sie hat ferner vor der Muttermilch noch das voraus, daß sie von den Kindern häufig noch viel lieber genommen wird, als die Mutterbrust und daß die Mischungsverhältnisse noch günstigere sind insofern, als die festen Bestandteile in der Admirable-Kindermilch in viel feinerer Form und innigerer Verbindung sich vorfinden und dadurch eine leichtere Assimilierbarkeit erzielt wird. Ein weiterer Vorzug vor der Muttermilch ist der, daß die Admirable-Kindermilch immer eine gleichmäßige chemische Zusammensetzung zeigt, während die Muttermilch in ihrer Beschaffenheit vielfach Schwankungen unterliegt, was stets auf das Wohlbefinden der Säuglinge eine ungünstige Rückwirkung ausübt. Endlich ist die unbegrenzte Dauerhaftigkeit der Admirable-Kindermilch ein unschätzbarer Faktor, der ihr vor allen andern Milchpräparaten unbedingt den ersten Rang einräumt.

Alle diese hervorragenden Eigenschaften der Admirable-Kindermilch, deren Vorhandensein sich teils auf eigene Beobachtungen und Erfahrungen, teils auf unzählige Gutachten anderer Aerzte und Chemiker gründet. berechtigen zu dem Schlusse, daß die in der Dampfmolkerei Roßleben hergestellte Admirable-Kindermilch als ein in chemischer und sanitärer Beziehung auf der Höhe stehendes Säuglingsnährmittel bezeichnet werden muß, das jeder Arzt unbedenklich empfehlen kann und dessen ausschließliche Anwendung in Fällen künstlicher Ernährung jeder Mutter, der das Wohlbefinden und Gedeihen ihres Lieblings am Herzen liegt, nur aufs wärmste nahe zu legen ist."

Es erübrigt sich, diesen glänzenden Gutachten noch weitere hinzuzufügen; die vorstehenden Zeilen werden genügen, die Aufmerksamkeit der Leser auf die Admirable-Kindermilch zu lenken und Aerzte wie Patienten zu einem Versuche im gegebenen Falle zu veranlassen. Erwähnt sei noch, daß die Lieferung der Milch überallhin in Portionsflaschen erfolgt und daß sie in verschiedener Zusammensetzung, dem Alter des Kindes entsprechend, zu haben ist, nämlich

Nr. I	für Säuglinge bis	2 Monate,	Inhalt	125 g
„ II	„ „ von 2 bis 4	„	„	125 „
„ III	„ „ „ 4 „ 8	„	„	125 „
„ IV	„ ältere Säuglinge		„	200 „

Mechlings Chinaeisenbitter.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß sich der Arzt bei der Behandlung der verschiedenen Anaemien häufig veranlaßt sieht, neben der Eisenmedikation ein China-Präparat zu verabreichen. Will man letzteres nicht getrennt von dem Eisenmedikament verordnen, so ergibt sich die Schwierigkeit, daß es bisher noch nicht gelungen ist, ein flüssiges Chinapräparat darzustellen, das durch Hinzufügen eines Eisensalzes nicht gefällt würde (Eisentannat). Die Bemühungen der Firma Mechling in Mühlhausen i. E, ein Präparat herzustellen, das diesem Uebelstande abhilft und trotz des Gehaltes an Chinaextrakt das Eisen auch nach langer Aufbewahrung gelöst enthält. sind mit Erfolg gekrönt worden, und dieser Vorzug hat im Verein mit anderen trefflichen Eigenschaften dem Chinaeisenbitter Mechling einen nach dem Urteile vieler Aerzte und Patienten hervorragenden Platz in der Eisentherapie verschafft. Das Präparat kommt mit und ohne Zusatz von Pepton in den Handel und enthält sowohl dieses wie das Eisen in leicht assimilierbaren Verbindungen, so daß Belästigungen des Magendarmtraktus nach den bisherigen Erfahrungen nicht auftreten. Neben diesen Bestandteilen finden sich im Chinaeisenbitter Mechling noch die wirksamen Extraktivstoffe der Chinarinde, Orangenschale usw., in Malagawein gelöst. Das Ganze ist eine braune Flüssigkeit, die infolge ihres angenehmen bitterlichen Geschmackes von allen Kranken ohne Widerwillen auch längere Zeit hindurch genommen wird.

Von der Wirksamkeit des Präparates wollen wir die Praktiker reden lassen. So schreibt Dr. Benno Müller in Hamburg in der „Heilkunde", 1906, Heft 9 (September) folgendes: Man kann vor allen Dingen eine günstige Wirkung des Präparates auf die Magenfunktion bemerken, indem die Magendrüsen zu vermehrter Sekretion angeregt und veranlaßt werden. Die Folge davon ist eine bessere Verdauung der Nahrung und raschere Umwandlung der Speisen in resorbierbare Massen. Durch diese Beeinflussung der Magentätigkeit wird außer der schnelleren Verdauung auch ein größerer Appetit erzeugt, der Magen nimmt mehr Nahrung auf als früher.

Das in dem Präparat enthaltene Eisen wird nach dem genannten Autor rasch und in großen Mengen vom Magen resorbiert und im Organismus verwendet mittels eines Chemismus, der in seinen einzelnen Phasen freilich noch nicht genau erkannt ist, aber doch zu hohen therapeutischen Erfolgen führt. Es ist ohne weiteres klar, daß ein Eisenpräparat um so prompter und nachhaltiger wirkt, je mehr die Eisenverbindungen denen analog konstituiert sind, die der Körper physiologischerweise zur Deckung seines Eisenbedarfs verwendet, d. h. je leichter sie assimilierbar sind. Bürdet man dem Organismus durch eine Eisenmedikation die Arbeit auf, aus den dargereichten Verbindungen z. B. den anorganischen erst die zur Resorption geeigneten herstellen zu müssen, so wird deshalb der Erfolg geringer sein, weil ein großer Teil des zugeführten Eisens in den Fäces unbenutzt wieder ausgeschieden wird und weil der Verdauungstraktus, der bei Anaemischen jeder Art zur Leistung von Heldentaten keineswegs disponiert zu sein pflegt, nur allzubald gegen die zugemutete Anstrengung revoltiert. Da der Chinaeisenbitter Mechling das Eisen in einer den physiologischen Verhältnissen adäquaten Verbindung enthält, sind derartige Nebenwirkungen nicht zu befürchten.

Auch nach den Erfahrungen von Dr. James Silberstein in Wien, niedergelegt in der Allgem. Med. Zentral-Zeitung 1904 No. 7, hat sich das Mechlingsche Präparat in der Praxis vor-



trefflich bewährt. „Ich habe“, schreibt dieser Autor, „das Chinaeisenbitter in vielen Fällen verschiedener Anämien, Chlorose, *bei* Kachexien und in der Rekonvalescenz von akuten Krankheiten angewendet und muß sagen, daß das Mittel den erwarteten Anforderungen meist entsprochen hat.“

Besonders bei sekundären Anaemien hat das Präparat gute Dienste geleistet, indem es auf die Verdauung und den Ernährungszustand günstig einwirkt und, wenn es auch natürlich nicht zur Heilung des primären Krankheitsprozesses führt, so doch zur Hebung des Allgemeinbefindens und der Widerstandsfähigkeit des Organismus durch Aufbesserung der Blutbeschaffenheit wesentlich beiträgt.

Auch in der Kinderpraxis (Lues congenita, Skrophulose, Pertussis, Rhachitis, Helminthiasis usw.) verdient Mechlings Chinaeisenbitter nach Silbersteins Erfahrungen ausgedehnte Anwendung. Man verabreicht den Kindern das Präparat mit Syrup oder Milch gemischt, welch letztere durch den Zusatz nicht gerinnt. Die Dosis beträgt bei Kindern im ersten Lebensjahr 10 Tropfen, bei älteren Kindern etwa drei Kaffeelöffel pro die.

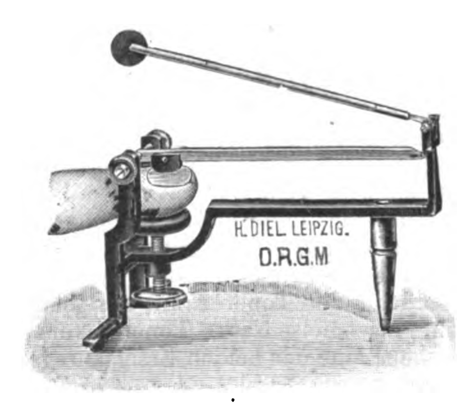
Durch ihre praktischen Erfahrungen kommen beide Autoren zu dem Schlusse, daß der Chinaeisenbitter als eines der besten Eisenpräparate anzusehen ist. „Die Verbindung mit der Chinarinde“, schließt Dr. Silberstein, „ist hier ganz spezifisch und glücklich durchgeführt. Das Präparat ist angenehm zu nehmen. Die Darreichung stößt selbst bei den jüngsten Kindern auf keinen Widerstand. Magen- oder Darmbeschwerden habe ich auch nach unausgesetzter Medikation durch 10 Wochen nicht beobachtet; ebenso wenig Schwarzfärbung des Stuhles, was für eine gute Resorption des Eisens zu sprechen scheint. Diese Umstände, zusammengehalten mit der relativen Billigkeit, sichern dem Chinaeisenbitter einen Platz in der Eisentherapie.“

Sphygmoskop.

Ein neuer Apparat zur Veranschaulichung des Pulses.

Das Sphygmoskop soll den Sphygmographen nicht ersetzen. Es soll vielmehr im Gegensatz zu diesen teuern und im Gebrauch sehr subtilen Apparaten sich ein eigenes Feld der Anwendung seitens des ärztlichen Praktikers schaffen, was durch den billigen Preis, die einfache Handhabung und die Mannigfaltigkeit der Anwendungsfähigkeit zweifellos ermöglicht werden wird.

Der Apparat soll überall da Zeit und unnötige Mühe ersparen, wo man auf eine graphische Fixierung und Zeitmessung



des Pulses und Festlegung feinerer Eigentümlichkeiten des Ablaufes der Pulswelle verzichten kann. Dieser Fälle sind sehr viele, und man wird bei der Mühelosigkeit der Anwendung des Instrumentes durch dasselbe öfters Aufschlüsse gewinnen, die der üblichen Untersuchung des vielbeschäftigten Praktikers entgehen konnten.

Ursprünglich konstruiert zu dem Zweck, bei der Blutdruckmessung nach Riva-Rocci das Verschwinden des Pulses unabhängig von den subjektiven Einflüssen des den Radialpuls fühlenden Fingers festzustellen, eignet sich der Apparat hierzu ausgezeichnet. Nur muß der Ort, wo der Puls beobachtet wird (also in diesem Falle die Fingerkuppe), im Untersuchungsprotokoll notiert werden, da die Blutdruckwerte (wegen der größeren Entfernung der Fingerarterien vom Herzen) im allgemeinen etwas geringer ausfallen als bei der Palpation der Art. radialis.

Eine vielseitige Verwendung erlaubt das Sphygmoskop in der ärztlichen Sprechstunde. So leistet es gute Dienste zur Konstatierung ganz vereinzelt auftretender Extrasystolen und Intermittenzen in einem sonst regelmäßigen Puls (z. B. bei Herzneurosen), weil eine sehr lang dauernde Beobachtung des Pulses ermöglicht wird, ohne daß an die Ausdauer des Feingefühls des Fingers zu große Anforderungen gestellt werden. Zur objektiven Sichtbarmachung aller anderen Formen von Arhythmie, von der physiologischen Respirationsarhythmie bis zu den schweren Arhythmien bei Herzmuskelerkrankungen eignet sich das Sphygmoskop gleich gut. Bei längerer Beschäftigung mit dem Apparat lernt man auch auf verschiedene Qualitäten der Pulswelle achten. Gelegentlich läßt die besondere Größe des Hebelausschlages ohne weiteres auf eine Aorteninsufficienz schließen. Zuweilen erkennt man starke respiratorische und andere periodische Schwankungen des Blutdruckes aus einem charakteristischen Sinken oder Steigen des Hebels. Kurz, eine Reihe von diagnostischen Aufschlüssen läßt sich gewinnen, die zu eingehenderem wissenschaftlichen Studium anregen können. Das letztere bleibt Domäne des Sphygmographen. Das Sphygmoskop will eine durch seine einfache Konstruktion beschränkte Orientierung auch dann noch ermöglichen, wenn man sich zur Anschaffung oder Anwendung des Sphygmographen wegen dessen Kostspieligkeit oder Umständlichkeit nicht mehr entschließen würde. Und daraus ergibt sich die Ausdehnung seines Anwendungsbereichs. Diese seine wesentlichste Eigenschaft verdankt das Sphygmoskop der außerordentlichen Einfachheit seines Gebrauches.

Das zeitraubende Anlegen durch Bandagen, Herstellung berußter Papierstreifen, Wartung eines Uhrwerks etc. fällt gänzlich fort. Man hat nur nötig, die Fingerkuppe auf die Pfanne zu legen und die Fußschraube einzustellen, bis die Hebel frei schwingen können. Sofort macht sich der Puls der Arterien der Fingerkuppe durch Ausschläge bemerkbar. Das erforderliche Ruhighalten des Armes bereitet unter gewöhnlichen Umständen in keinem Fall Schwierigkeiten. Zuweilen ist es von Vorteil, den Unterarm durch ein Buch oder dergl. zu stützen.

Durch lange Versuche Dr. Rheinboldts, Bad Kissingen, ist der Apparat zur jetzigen Vollkommenheit gelangt.

Fabriziert wird er von Heinrich Diel, feinmech. Werkstätte, Leipzig, Albertstr. 27, und erscheint im Handel unter dem Namen Sphygmoskop nach Dr. Rheinboldt.

Periodische Literatur.

Rheumatismus, Rheumatosen und deren perkutane Behandlung mit 20 proz. Salicylsapen-Krewel.

Von Schalenkamp, Crombach. (Therapeutische Monatshefte Dez. 1906.)

Rheumatismus und Rheumatosen haben einiges miteinander gemeinsam: 1. Die Einwirkung feuchter Kälte als veranlassendes Moment, 2. eine Art elektiver Kräfte, die eine eigenartige, plötzlich auftretende Schmerzhaftigkeit und Steifigkeit einzelner Körperteile hervorrufen, unter denen Gelenke, Muskeln, seröse Häute, Nervenscheiden als Praedilektionsstellen bekannt sind und 3. die allen Rheumatismen eigentümliche Reaktion auf die Salizylsäure. Beide Gruppen haben enge Beziehungen zum vasomotorischen und sensiblen peripherischen Nervensystem; die peripherischen Gebiete des vasomotorischen Apparates erkranken, ihre Behandlung ist daher erforderlich. Zwei große Gruppen von rheumatischen Erkrankungen unterscheidet Verf.

A. die infektiösen Formen; zu denen gehören

1. der akute Gelenkrheumatismus: Polyarthritis acuta rheumatika;
2. der akute Pseudo-Gelenkrheumatismus: Polyarthritis acuta pseudorheumatika;



3. die subakuten Formen und chronischen Formen von 1 und 2.

B. Die nicht infektiösen Formen der Rheumatosen

1. infolge konstitutioneller Veränderungen im Zentralnervensystem hervorgerufen, z. B. Arthritis deformans;
2. infolge konstitutioneller Veränderungen im pheripherischen Nervensystem hervorgerufen:
   a) im vasomotorischen (Lumbago, Torticollis, Pleurodynie u. a.),
   b) im sensiblen (Neuritis, Neuralgien u. a.).

Unter B 2 fallen Krankheitsbilder, die durch die mannigfachsten dispositionellen Grundlagen bedingt sein können, z. B. Fettsucht, Harnsäure, Blei, Nikotin, Alkohol, Diabetes, Lues u. a. m. Auch gehäufte mechanische Insu te können die Ursache sein, wie strahlende Wärme bei dem Maschinenpersonal. Für alle diese Erkrankungen ist die örtliche perkutane Behandlung mit Salicylsäure zu empfehlen. Die reine Salicylsäure wirkt besser als die Ester, da letztere die Haut reizen, bösartige Exzeme verursachen können, und oft unerträglichen Geruch bereiten. Die Salicylsäure wirkt baktericid, fieberwidrig, schmerzstillend und greift weniger das Zentrum der Vasomotorengruppe an als vielmehr die peripherischen Nervenendigungen, wahrscheinlich die in den Gefäßwandungen sitzenden Ganglien Nach den Erfahrungen und Untersuchungen des Verfassers ist das 20% Salicylsapen-Krewel ein ausgezeichnetes Präparat wegen seiner prompten Wirkung, es reizt dabei niemals die Haut, ist billig, kommt nach und nach zur Aufsaugung und wirkt dementsprechend nachhaltig. Bei sehr langem täglichen Gebrauch erzeugt es allerdings trockene glänzende Haut, die sehr dünn wird, die sogenannte Pergamenthaut, einen Zustand, der bald wieder zur Norm zurückkehrt. Bei sehr schmerzhaftem Gelenkrheumatismus leitet man die Kur mit 1—3 g Aspirin und leichter vorsichtiger Massage ein. Bei fieberlosen Fällen ist nur perkutane Behandlung notwendig.

Zur Behandlung chronischer Arthritiden mittels Fibrolysin. Von Salfeld, Wiesbaden. (Therapeutische Monatshefte, Dez. 1906.)

Bei vielen chronischen Arthritiden ist oft jede Therapie erfolglos, Badekuren, Massage, Elektrizität, Gymnastik, Stauung, Heißluft, Fango u. a. m. Medikamente bringen nicht die geringste Besserung, die schmerzhaften Schwellungen, Ankylosen, Kontrakturen bleiben unbeeinflußt. Wenn es gelingt, eine Hyperaemie in den erkrankten Gelenken hervorzurufen, dann eine Quellung und Erweichung der Verhärtungen und Umwachsungen zu erzielen, dann ist es möglich, die chronischen Arthritiden und ihre Folgezustände mit Erfolg zu bekämpfen. Thiosinamin erfüllt nun letztere Voraussetzungen; und Mendel brachte mit Fibrolysin, einem Thiosinaminpräparat, ein Mittel, das durch seinen Salicylgehalt es ermöglicht, auch eine Hyperaemie hervorzurufen. Angewandt wird das Mittel intravenös, subkutan und intraartikulär. Verfasser hat es nur in die Glutaeen eingespritzt. Ein leichtes Brennen wird dabei gespürt, einige Sugillationen traten einigemale auf, die ohne Bedeutung waren, Infiltrate sind nie beobachtet worden. Trübe Lösungen dürfen nicht gebraucht werden. Benutzt wurde die Liebergsche Spritze unter allen Kautelen der Asepsis, schädliche Nebenwirkungen wie auf Herz und Nieren sind niemals zu verzeichnen gewesen. Trink- und Badekur, Gymnastik, Elektrizität oder Massage gingen nebenher. Die Wirkung war in allen Fällen eine ausgezeichnete, es erfolgte raschere Aufsaugung von Exsudaten resp. Schwellungen, Geringerwerden der Krepitationen, Nachlassen der Schmerzen und vor allem bessere Bewegungsmöglichkeit der befallenen Gelenke.

Die Wirkung von Fibrolysin-Injektionen bei Harnröhrenverengerung. Von Schomp, Danzig. (Therapeutische Monatshefte Dez. 1906.)

Das Fibrolysin ist ein wesentliches Hilfsmittel der dilatierenden Behandlung, da es durch Einweichung des die Verengerung umgebenden Narbengewebes die mechanische Behandlung erleichtert, die Heilung dadurch beschleunigt und dem Eintritt von Recidiven entgegenwirkt.

Ueber die Bedeutung der Eiweiß-, Eisen-, Lecithin-Komposition Bioson, seine Herstellung und Anwendung. Von Marx, Frankfurt a. M. (Therapeutische Monatshefte Dez. 1906.)

„Qui bene nutrit, bene curat“. Dem stehen oft große Schwierigkeiten gegenüber. Die Forderungen 1. hinsichtlich einer rationellen Krankenernährung, 2. hinsichtlich der künstlichen Nährmittel lassen sich genau präzisieren. (Heim.) Erstere hat die psychischen und physischen Schwierigkeiten, welche der Nahrungsaufnahme entgegenstehen, zu beseitigen, den Nährwert der Nahrungsmittel möglichst zu erhöhen, ohne das Volumen zu vermehren, die Nahrung dem kranken Organismus einzuführen in einer Form, die ihm die Ausnutzung wesentlich erleichtert, d. h. die künstlichen Nahrungsmittel müssen 1. dem kranken Körper in geringster Menge zugeführt werden, 2. lange Zeit ohne Schädigung der Verdauung gegeben werden können, 3. angenehmen oder gar keinen Geschmack besitzen, 4. das Körpergewicht erhöhen oder mindestens erhalten, 5. billig sein. Eiweiß ist der Nährstoff erster Ordnung, die alleinige Quelle der Muskelkraft. Ein Eiweißpräparat, das allen diesen Ansprüchen entspricht, ist nach Ansicht des Verfassers das Bioson, ein mehlfeines, graubraunes Pulver, ohne Geruch, von angenehmem Geschmack, leicht löslich in warmen Flüssigkeiten, von guter Ausnutzbarkeit. Ein besonderer Vorzug ist seine Verbindung mit Lecithin und Eisen. Angewandt wird es bei Magen- und Darmerkrankungen, Nervosität und Neurasthenie, Anaemie und Chlorose, in der Rekonvalescenz und Erschöpfungszuständen, bei Lungenleiden, nach schweren Operationen und langem Krankenlager, bei chronischen Genitalaffektionen, Tumoren, Cholelithiasis, Diabetes etc. Auch zur künstlichen Ernährung per Rektum eignet sich das Bioson. Hergestellt wird es aus tadelloser Milch, 1 Liter Milch ergibt 30 g Kasein, 1/2 Kilo Bioson enthält 400 g Kasein. Die Kaseingewinnung wird durch Milchsäurebakterien beschleunigt, das gewonnene Kasein abgepreßt, gewaschen, getrocknet und pulverisiert.

Neuere Arzneimittel.

Eston und **Formeston.** Die Chemischen Werke Fritz Friedländer, Berlin, bringen zwei neue Produkte in den Handel, für welche die Bezeichnungen „Eston“ und „Formeston“ angemeldet werden. Das erstere ist reine basisch essigsaure Tonerde in fester polymerisierter Form, ein feines, weißes Pulver, das in Wasser so gut wie unlöslich ist und die Eigenschaft besitzt, unter dem Einflusse von Wasser oder Feuchtigkeit ganz langsam andauernd die Komponenten abzuspalten und so in milder Dauerform die Wirkungen des Liquor aluminii acetici zu entfalten, verbunden mit seinen Wirkungen als trockenes Pulver an Stelle einer Flüssigkeit. Das Präparat ist vollkommen ungiftig, haltbar und luftbeständig.

Die Anwendung des Estons wird wohl meistens in verdünnter Form (mit Talkum, Amylum etc.) oder als Salbe, seltener in reiner Form vor sich gehen. Da nun die Abspaltung der Komponenten an und für sich außerordentlich langsam vor sich geht, so wird vielleicht in vielen Fällen die Wirkung eine zu schwache sein, ohne daß es angängig wäre, die unverdünnte Form anzuwenden. Die genannte Firma stellt deshalb ein zweites Präparat her, Formeston genannt, eine dem Eston analoge Verbindung der Tonerde mit Essigsäure und Ameisensäure, basisch essig-ameisensaure Tonerde (ein Aluminium aceticum, in welchem eine der beiden Essigsäuregruppen durch die Ameisensäuregruppe ersetzt ist).

Dieses Produkt „Formeston“ unterscheidet sich vom „Eston“ dadurch, daß die Abspaltung der Komponenten zwar auch andauernd und allmählich, aber doch rascher als bei jenem vor sich geht, so daß es sich voraussichtlich, besonders in schwereren Fällen, als noch wirksamer erweisen wird.

Das Anwendungsgebiet dürfte sich etwa auf folgende Indikationen in den dabei angegebenen Formen erstrecken:

1. Die verschiedenen Formen von Hyperhidrosis.

Einstreuen bezw. Einreiben mit 50prozentigem, später 20prozentigem Puder, eventuell auch unverdünntem Eston (Formeston).

2. Decubitus, 20 bis 50prozentiger Puder.

3. Bei Hautkrankheiten je nach der Form
   a) als reines oder mit Talkum und Amylum verdünntes Pulver,
   b) als Peru-Eston,
   c) als Salbe: 10 bis 20 Teile mit 80 bis 90 Teilen Vaseline (weißer) oder Vaseline mit Lanolin gemischt, eventuell unter Beimischung anderer wirksamer Bestandteile (Perubalsam u. a).
4. Bei Brandwunden als 10 bis 15prozentige Vaseline.
5. Als Wundverbandmittel ebenso oder als 50prozentiges oder reines Pulver. Die Granulation scheint es nicht anzuregen.
6. In der Gynäkologie (20- bis 50prozentiges Pulver) bei Entzündungen, Katarrhen und zur Linderung bei Carcinom.
7. Gegen Frostbeulen etc. als Peru-Eston-Pulver oder als Salbe, etwa

Eston	15,0
Bals. Peruw.	10,0
Tannin	2,0
Ol. Terebinth.	3,0
Vaselin flaw.	70,0.

Guathymin Lepehne (Sirup. Kalii guathym. Lepehne). Von der Erwägung ausgehend, daß seit längerer Zeit der Thymian oder seine Extraktstoffe in Form von Pertussin usw. gegen Keuchhusten usw. mit gutem Erfolge angewandt und daß Sirolin bei Bronchialkatarrhen, Lungentuberkulose und anderen Erkrankungen der Luftwege gern verordnet wird, ging Lepehne (Königsberg i. Pr.) daran, eine Kombination beider Präparate herzustellen, ein Medikament, das die Wirkung des Thymians und des Guajakols in sich vereinigt. Es gelang ihm denn auch, ein auf besonderem Wege hergestelltes Thymianextrakt mit Kalium sulfoguajakol. zu kombinieren und ein haltbares, gut schmeckendes und selbst Kindern gut bekömmliches Präparat zu gewinnen. Dadurch, daß statt des Zuckers Honig mit Glycerin als Geschmackskorrigens verwendet wurde, mag die Wirksamkeit gegen katarrhalische Prozesse wohl noch erhöht werden. Anwendung soll Guathymin Lepehne finden bei akuter und chronischer Bronchitis, bei Pertussis, bei Lungentuberkulose, in der Rekonvalescenz nach Pneumonieen, bei Katarrhen nach Influenza usw. Dosierung: Erwachsene nehmen 3 bis 5 Teelöffel pro die, Kinder 2 bis 4 halbe Teelöffel täglich, und Kinder unter zwei Jahren bekommen dreimal täglich 10 bis 15 Tropfen in Zuckerwasser. Der Preis der Originalflasche beträgt 1,20 M., ist also erheblich niedriger als der des Pertussins (2,00 M.) und des Sirolins (3,20 M.), so daß das Präparat auch in der Kassenpraxis unbedenklich verordnet werden kann.

Sudoformal Lepehne ist die Bezeichnung zweier Formalinseifen, die von Lepehne (Königsberg i. Pr., Oberlaak 21) hergestellt werden. Die 10%ige Formalinseife empfiehlt er als vorzügliches Mittel gegen Fußschweiß, sowie zum Kopfwaschen bei Seborrhoe und Pityriasis capitis (Flaschen zu 0,50 bis 1,50 Mk.). Die 40% Formalinseife eignet sich zum Desinfizieren von Körperteilen, Instrumenten, Gefäßen, zu Scheidenirrigationen (1 bis 3 Teelöffel auf 1 Liter Wasser). Sudoformal wirkt desodorierend, ätzt nicht, macht keine Flecken und ist ungiftig. (Flasche zu 0,60 bis 3,75 M.)

Patentnachrichten.

Patent-Anmeldungen.

30i. A. 12220. Verfahren zum Binden von Staub auf Strassen, Plätzen usw. durch deren Besprengung mit einer wässrigen Fett- oder Ölemulsion. Eduard Vollbehr, Dresden-Räcknitz. 22. 7. 05.

30i. C. 14190. Verfahren zur Entwicklung von Sauerstoff zu Desinfektions-, Bleich- und Heilzwecken. Dr. Leopold Sarason, Hirschgarten b. Berlin. 18. 12. 05.

30k. M. 29574. Tube zur Aufnahme eines flüssigen Medikamentes und zum Einspritzen desselben in die Harnröhre. Fernandes Malmo & Co., Rio de Janeiro; Vertr.: Dr. H. Fried, Pat.-Anw., Berlin SW. 61. 11. 4. 06.

36m. Sch. 26102. Aufsatz für Schornsteine und Entlüftungsrohre mit einem sich in der Windrichtung einstellenden Rauchauslaßstutzen. Otto Schubert, Berlin, Joachimsthalerstr. 16. 16. 8. 06.

30e. P. 18684. Tragbahre zum Befördern von Verletzten und Kranken in schräger Lage. Dr. Johann Philipp, Oberleutensdorf i. Böhm.; Vertr.: Rechtsanwalt Dr. W. Brückmann, Berlin SW. 61. 2. 7 06.

23e. C. 12902. Verfahren zur Herstellung einer Seife gegen Bleivergiftung. Chemische Werke G. m. b. H. (vorm. Dr. C. Zerbe), Freiburg i. B. 13. 7. 04.

30d. K. 32204. Afterpessar mit Einrichtung zum Kühlen der Prostata. Heinrich Karl, München, Königinstr. 91. 22. 5. 06.

30f. K. 31843. Vorrichtung zum Strecken des menschlichen Körpers mit Hilfe des Körpergewichtes. Dr Max Koehler, Hohenlohehütte, O. S. 17. 4. 06.

30f. L. 22910. Vorrichtung zur Erzeugung von Vibrationen des Trommelfelles oder anderer Körperteile. Emil Loest, Barmen. 12 7. 06.

53k. M. 27739. Verfahren zur Herstellung von Gebäckkonserven für Zuckerkranke. Rosalie Megow geb. Franken, Potsdam, Zimmerstr. 9. 26. 6. 05.

30d. J. 8628. Heilvorrichtung für Stotterer. Fritz Knoch, Südende. 17. 8. 05

30d. T 9982. Bruchband mit an den vorderen Enden des Leibgurtes sitzenden Pelotten. Karl Tiesel, Wien; Vertr.: A. Rohrbach u. W. Bindewald, Pat.-Anwälte, Erfurt. 4. 11. 04.

30e. W. 25802. Kopfverdeck für Tragbahren und ähnliche Krankentransportmittel. Franz Winiker, Berlin, Kalkscheunenstr. 3. 28. 5. 05.

42h. L. 21727. Registrierendes Perimeter mit achsial verstellbarer Markierungsspindel und Verschiebung des Objektträgers auf einem Kreissegment Wilhelm Löw, Heidelberg, Landhausstr. 12. 3. 11. 05.

Patent-Erteilungen.

30d 182159. Den Mund und die Nase bedeckende Atmungsmaske mit Einrichtung zum Regeln des Luftzuflusses. S. Rhode, Berlin, Bochumerstrasse 2. 29. 12. 05. R. 22079.

30e. 182160 Von einer Person zu bedienender zweirädriger Wagen für den Transport von Krankentragbahren. Hermann Friedrich Kunze, Limbach i S. 16. 8. 05. K. 30784.

30e. 182161. Krankenbett, bestehend aus zwei gelenkig miteinander verbundenen Teilen. Johann Martin, Neu-Ulm. 17. 11. 05. M. 28576.

30f. 182086. Vorrichtung zur Behandlung des menschlichen oder tierischen Körpers gleichzeitig mit Elektrizität und Wärme. Fa. W. A. Hirschmann, Pankow b. Berlin. 22. 3. 05. H. 35001.

30h. 182087. Verfahren zur Herstellung eines antiseptischen Präparates. Hugo Wollheim, Berlin, Augsburgerstr. 96. 14. 4 04. W. 22126.

30h. 182311. Verfahren zur Herstellung eines Haarpflegemittels. Fritz Merz, Darmstadt, Elisabethstr. 0. 4. 11. 05. M. 28489.

30h 182312. Verfahren zur Herstellung einer stets gebrauchsfertigen Paste für provisorischen Zahnverschluss und ähnliche Zwecke. Dr. Josef Kieffer, Strassburg i. E. 26. 11. 05. K. 30783

30i. 182264 Verfahren zum Geruchlosmachen von Räumen, in denen Formaldehyd und sodann Ammoniak zur Verteilung gelangt sind. Eugène Fournier, Paris; Vertr.: H. Neubart, Pat.-Anw., Berlin SW. 61. 13 2. 06. F. 21298.

Für diese Anmeldung ist bei der Prüfung gemäss dem Unionsvertrage vom $\frac{20.\ 3.\ 83}{14.\ 12.\ 00}$ die Priorität auf Grund der Anmeldung in Frankreich vom 14. 2. 05 anerkannt.

34f. 182206. Spucknapf mit hoch- und niederklappbarem Flüssigkeitsbehälter. Haegele & Zweigle, Esslingen a. N. 1. 1. 05. H. 34439.

421. 182326. Verfahren zur annähernden Bestimmung des Urinzuckergehaltes. Hausmann A. G. Schweiz, Medicinal- und Sanitätsgeschäft, St. Gallen; Vertr.: G. Dedreux und A. Weickmann, Pat.-Anwälte, München. 1. 3. 06. H. 37285.

30a. 181473. Lungenprüfer mit Windrad in Verbindung mit einer Inhalationsvorrichtung. James Sidney Renvoize, London; Vertr: A. Loll und A. Vogt, Pat-Anwälte, Berlin W. 8. 26. 1. 06. R. 22203.

30k. 181667. Nach Art eines Segnerschen Wasserrades ausgebildete, durch Druckluft betriebene Vorrichtung zum Zerstäuben von Flüssigkeiten. Albert Nürnberg, Berlin, Chausseestr. 2E. 3. 8. 05. N. 7961.

30k. 181728. Vorrichtung zum Einatmen verdichteter Luft. Dr. Wendelin Dietz, Bad Kissingen. 11 5. 05. D. 15870.

Gebrauchsmuster.

30b. 295192. Herzförmige Saugscheibe für künstliche Gaumen. Gustav Wolf, Krefeld, Neue Linnerstr. 90. 4. 9. 06. W. 20982.

30d. 295491. Arbeiter-Schutzbrille mit nachgiebig gelagerten Gläsern. H. G. Schneider und H. Bluhm, Rathenow. 17. 3. 06. Sch. 22827.

30d. 295497. In den Gehörgang einzuführender Schalldämpfer aus Drahtbügel und Wachskugel. Dr. Lothar Küppers, Berlin, Hoffasche Klinik. 15. 9. 06. K. 28318.

30d. 295534. Kopfwehbinde, bestehend aus zwei um den Kopf gelegten, sich kreuzenden Bandbinden. Dr. Peter P. Albert, Freiburg i. B, Erbprinzenstr. 3. 30. 11. 06. A. 9695.

30e. 295509. Verstellbare Tragbahre. Dr. H. Daubach, Fraulautern. 12. 11. 06. D. 11984.

30e. 295514 Sarg mit querliegenden Versteifungsbolzen. Johann Moritz Brühl, Bautzen. 22. 11. 06. B. 32735.

30e. 295515 Hebemechanismus mit abnehmbarem, durch federnden Zapfen in einem Kamm sich feststellendem Hebel zur Erhöhung der Lagerungsplatte bei Operationstischen. Vereinigte Fabriken für medicinischen Bedarf F. A. Eschbaum, Bonn. 22. 11. 06. V. 5474.

Verantwortlicher Redakteur: Dr H. Lungwitz, Köln a. Rh — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von Heynemann'sche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Nr. 5. 1907. 1. April.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.



Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Lokalanästhesie.

Zwei Wege führen zur örtlichen Anästhesie: die Benutzung von physikalischen und von chemischen Methoden. Das physikalische Verfahren ist die Anästhesierung durch Applikation rasch verdunstender Flüssigkeiten auf die Haut, die eine erhebliche Temperaturherabsetzung, ja Eisbildung im Gewebe und damit eine Erregungs- und Leitungsunfähigkeit der Nerven zur Folge hat. Diese Methode hat sich seit 1866, dem Jahre, in dem bekanntlich Richardson seinen Aetherzerstäubungsapparat angab, eingebürgert; man benutzt entweder Aether, durch dessen Verdunstung eine Temperatur von — 15° C an der beeinflußten Hautstelle entsteht, oder Aethylchlorid (Kelen), das in Glas- oder Metallflaschen käuflich ist und, da es schon bei + 11° C siedet, also durch das Umfassen mit der Hand leicht aus dem Behälter durch eine feine Tubenöffnung ausgetrieben werden kann, eine weit raschere Wirkung entfaltet, indem eine aus einer Entfernung von ca. 30 cm besprühte Hautstelle in wenigen Sekunden auf — 35° C abgekühlt wird.

Daß diese Anästhesierungsmethode ihre Mängel hat, weiß jeder; besonders ist das brennende Schmerzgefühl, das sich beim Auftauen der gefrorenen Gewebspartie geltend macht und das gewöhnlich länger anhält und intensiver auftritt, als die mit der Operation verbundenen Schmerzen den Patienten belästigt hätten, ein schwerwiegender Grund, nach einem besseren Anästhesierungswege zu suchen. Was nützt eine Anästhesie, die den Patienten mehr peinigt, als wenn sie nicht angewendet worden wäre!

Der bessere Weg ist längst gefunden und seit Jahrzehnten beschritten worden: es ist die Anästhesierung mit chemischen Mitteln, die berufen ist, die Indikationen zur Kälteanästhesie bedeutend einzuschränken, und die uns heute völlig unentbehrlich geworden ist. Man wendet die Cocainanästhesie bekanntlich in vierfacher Weise an: man bepinselt oder bespült die Schleimhäute, um sie unempfindlich zu machen (Koller 1884); man spritzt eine Lösung ins Gewebe ein (Infiltrationsanästhesie; Schleich: 0,1—0,2 %ig, Reclus: 1 %ig); man unterbricht die Leitungsfähigkeit des Nerven, indem man ihn, entfernt vom Operationsfelde, mit einer 1% igen Cocainlösung umspült (Leitungsanästhesie; Corning, Oberst, Braun, Cushing); man injiziert sehr geringe Mengen (5 mg bis 3 ctg) in den Duralsack des Rückenmarks (Lumbalanästhesie; Bier).

Da demnach die Indikationen für die Anwendung der Lokalanästhesie außerordentlich umfassend sind, ist es ein unbedingtes Erfordernis, ein Anästhetikum zu haben, das „nihil nocet", und die pharmakologische Forschung ist seit langem auf der Suche nach einem solchen. Man erkannte alsbald, daß dem Cocain doch zu erhebliche Nachteile anhafteten, als daß man sich dabei beruhigen könnte. Vor allem ist es die enorme Toxicität des Cocains, die einen Ersatz wünschenswert erscheinen ließ. Akute Cocainvergiftungen treten leicht bei Verwendung von konzentrierteren Lösungen oder bei Injektion in die Venen auf, ja bei empfindlichen Personen machen sich unter Umständen schon beim Touchieren der Schleimhaut mit einer 5 %igen Lösung Intoxikationserscheinungen bemerkbar. (Angst, Beklommenheit, Schwindel, Kollaps u. s. f.).

Das Eucaïn hat die Hoffnungen, die es anfangs erweckte, nicht völlig erfüllt. Zweifellos hat es vor dem Cocain die Vorzüge der bedeutend geringeren Giftigkeit, des Fehlens der vasokonstriktorischen Wirkung, der Möglichkeit der Sterilisation durch einfaches Erhitzen und der unbegrenzten Haltbarkeit; als Anästhetikum ist es sehr brauchbar und verursacht auch keine Nekrosen der Injektionsstelle (z. B. der Mundschleimhaut), da die Lösung schwach alkalisch reagiert. Dagegen traten aus bisher unerklärten Gründen ziemlich häufig Oedeme nach der Injektion auf, ein Umstand, der in der zahnärztlichen Praxis besonders unangenehm hervortrat.

Von den zahlreichen weiteren Ersatzmitteln des Cocains, um deren Auffindung sich ein Heer von Chemikern jahrelang bemüht hat, wie z. B. Tropacocain, Akoin, Holokain, Anesin, Nirvanin, Orthoform, Anästhesin soll hier nicht die Rede sein, da ihnen allen gewisse Nachteile anhaften. Zwei chemische Substanzen sind es, die in neuester Zeit die allgemeine Aufmerksamkeit erregt haben und die nach den bisherigen Erfolgen geeignet sein dürften, als vollkommene Ersatzmittel des Cocains angesprochen zu werden, das ist das Stovain und das Novocain.

Die Anforderungen, die man an ein tadelloses Lokalanästhetikum stellen muß, sind von Prof. Braun etwa in folgender Weise formuliert worden. Die chemische Verbindung muß vor allem ebenso gut anästhesieren wie Cocain, dabei aber relativ ungiftig sein. Weiter darf sie absolut keine Reizwirkung, selbst nicht auf das zarteste Gewebe ausüben; sie muß ferner gut (am besten durch einfaches Kochen) sterilisierbar, gut haltbar, gut kombinierbar mit dem wirksamen Prinzip der Nebennieren und darf endlich nicht allzu teuer sein.

Das Stovain (Tourneau-Paris 1904) wird von der Firma J. D. Riedel in Berlin hergestellt und in den Handel gebracht. Es ist das salzsaure Dimethylaminobenzoyldimethyläthylcarbinol und stellt kleine weiße, in Wasser leicht lösliche Kristallnadeln dar, deren Schmelzpunkt bei 175° C liegt. Die Lösungen reagieren schwach sauer und lassen sich leicht durch Kochen sterilisieren; eine Zersetzung tritt erst bei 120° ein.

Während in Frankreich das neue Anästhetikum auf allen Gebieten der Medizin angewandt worden ist und wird, hat man es in Deutschland bis jetzt fast nur in der Chirurgie (Sonnenburg, Bier, Tilmann, Löffler, Hildebrandt u. a.) und zwar besonders zur Lumbalanästhesie, wie es scheint, mit sehr gutem Erfolge angewendet. Auch in die Augenheilkunde hat sich das Mittel Eingang verschafft (Veröffentlichungen von Zwintz, Kugel, in Frankreich de Lapersonne, Barcones usw.). Systematische Untersuchungen hat Reuter (Diss. inaug. Würzburg 1906) angestellt und ist zu folgendem Ergebnis gekommen:

„Ueberblicken wir nun nochmals die Vorzüge und Nachteile des Stovain gegenüber dem Cocain:

Wesentlich geringere Mydriasis, keine Lidspaltenerweiterung, keine Akkommodations- und Tensionsbeeinflussung, geringere Giftigkeit, antiseptische Wirkung und Haltbarkeit der Lösung gegen starke Reizung und schmerzhafte Instillation, Gefäßerweiterung mit stärkerer Blutung bei Operationen, flüchtigere anästhetische Wirkung bei etwa gleicher oder unbedeutend geringerer Stärke —

so ergibt sich mir der Schluß für die praktische Verwendbarkeit:

1. Bei Hornhautfremdkörpern, namentlich bei infiltrierter Cornea;
2. bei schmerzhaften Eingriffen an infizierten Teilen des Auges, z. B. Kauterisation eines Hornhautgeschwüres oder Sondierung eines entzündeten Tränennasenkanals. Und zwar halte ich in diesem Fall Stovain für ganz besonders indiziert, einerseits wegen seiner antibakteriellen Wirkung, anderseits weil gerade hier die Möglichkeit einer Aufnahme der eingeführten Flüssigkeit durch Verschlucken besteht und in solchem Falle Stovain wegen seiner geringen Giftigkeit weit weniger schädlich ist als Cocain.

Dagegen möchte ich Iridektomien oder Linsenextraktionen unter Stovainanästhesie, wie sie Lapersonne ausgeführt hat, mit Rücksicht auf die Beunruhigung des Patienten bei der Instillation und mit Rücksicht auf die stärkere Blutung nicht riskieren.“ (Die Instillation einer 5 % igen Stovainlösung ist schmerzhaft und bewirkt ein ca. 3/4 Minuten anhaltendes Brennen; nach dieser Zeit ist allerdings kein so unangenehmes Gefühl wie etwa beim Cocain vorhanden. Die stärkere Blutung bei Stovainanästhesie beruht auf einer erheblichen gefäßdilatierenden Wirkung, die nach Braun auch durch Zusatz von Adrenalin, Suprarenin u. a. nicht aufgehoben wird.)

Die Stovainlösungen sind lange haltbar, ihre Giftigkeit nur etwa = 1/2 einer gleich konzentrierten Cocainlösung.

Das Stovain ist ein Nervengift, dessen Wirkung bei leichter toxischer Dosis sich zunächst durch Trismus, vorübergehende Nackenstarre und geringen Opisthotonus zeigt. Bei starker toxischer und letaler Dosis treten heftige tonische und klonische Konvulsionen, starke Dyspnoe, Herabsetzung des Blutdrucks einhergehend mit starker Gefäßerweiterung, erhebliche Temperaturverminderung ein. Der Tod erfolgt durch Asphyxie, die durch die Blutüberfüllung der Lunge bedingt ist. (Reuter.)

Ueber die Brauchbarkeit des Stovains in der oto-rhino-laryngologischen Praxis berichtet Dr. R. Fischer-Berlin in der Deutschen Medicinal-Zeitung 1906, Nr. 38. Nach den von Dubar, Meyer u. a. gemachten Erfahrungen bewährte sich das Stovain auch auf diesen Spezialgebieten ausgezeichnet. Zu Versuchszwecken verwandte z. B. Meyer Stovain bei Nasenoperationen.

„Es handelte sich um Kauterisation unterer Muscheln, Abtragung von Polypen, Hypertrophien, besonders der hinteren Muschelenden, sowie der mittleren Muschel ganz oder teilweise, Punktion der Kieferhöhle (fünfmal), Eröffnung des Siebbeins (fünfmal), Fensterresektion des Septums, Abtragung einer Crista, Eröffnung eines Septumabszesses. Ausnahmslos war die Anästhesie ausgezeichnet. Ueble Zufälle fehlten völlig; nur zweimal erfolgte auf Abtragung eines hinteren Muschelendes mit kalter Schlinge stärkere Blutung, die aber das eine Mal spontan, das andere Mal nach vorderer Tamponade stand und jedenfalls nicht stärker war, als sie auch sonst vorkommt.“

Verwendet wurden eine 5 % ige Lösung zur Pinselung und eine 0,5 % ige Lösung (mit 0,05 % Adrenalin) zur submukösen Injektion. Auch bei Kehlkopfoperationen, Adenotomieen, Incisionen in die Paralis usw. zeigte sich das Stovain von vortrefflicher Wirkung, ohne daß fatale Nebenerscheinungen jemals auftraten.

Es erscheinen im Handel (J. D. Riedel A.-G., Berlin) folgende Stovainlösungen, sterilisiert (für Injektion): 0,5 % per Karton à 1 Ampulle à 10 ccm; 1 % per Karton à 12 Ampullen à 2 ccm; 1 % per Karton à 6 Ampullen à 5 ccm; 10 % per Karton à 3 Ampullen à 1 ccm; 4 % Stovain cum Epirenan per Karton à 6 Ampullen à 2 ccm.

Zu Zahnextraktionen ist von L. Wolff-Berlin ein Anästhetikum angegeben und angewendet worden, das ein Gemisch von β-Eucain, Stovain und Adrenalin darstellt und gleichfalls von der Firma Riedel geliefert wird. Wolff berichtet über ausgezeichnete Erfolge mit dieser Mischung in der Allg. Med. Central-Zeitung 1906, Nr. 13. Ueber Zusammensetzung und Gebrauch ist daselbst folgendes angegeben.

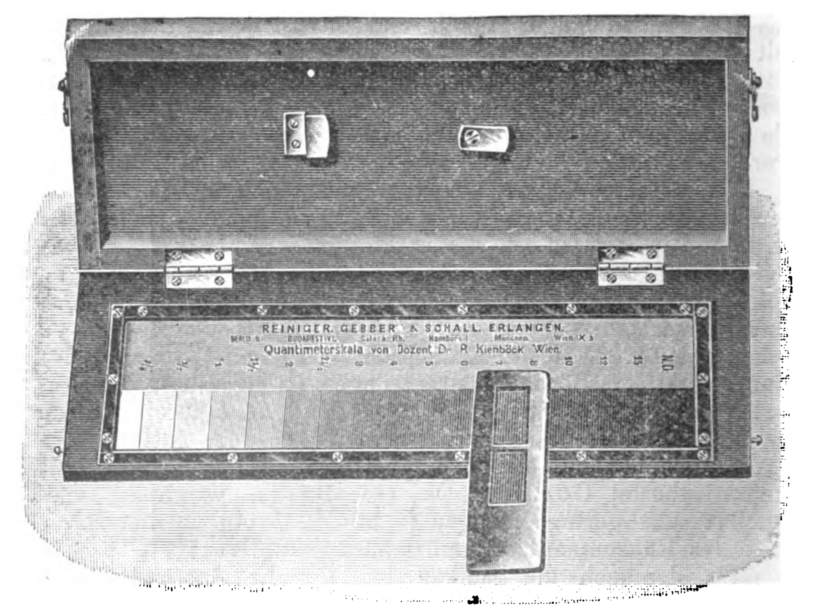
Die Herstellung geschieht in der Weise, daß eine 2 % ige β-Eucain- und eine 1 ‰ige Stovain-Kochsalzlösung im Verhältnis 3 : 1 gemischt und in Jenenser Ampullen gefüllt und gekocht werden. Von der 1 ‰igen Adrenalinlösung kommen dann zwei Tropfen = 0,1 g pro ccm auf die noch der Kochhitze nahe Mischung, dann werden die Ampullen verschmolzen, und die sterile und dauerhafte Mischung ist gebrauchsfertig. Das Adrenalin verträgt die Kochtemperatur nicht, man muß deshalb, um Zersetzungen dieses ohnehin schon diffizilen Präparates zu vermeiden, eine etwas niedrigere Temperatur wählen.

Bei der Anwendung bricht man die dünne Glasspitze mit dem durch ein wenig Watte geschützten Finger ab, führt die Canüle der Pravazspritze in die Ampulle und füllt die Spritze durch Anziehen des Kolbens, wobei die Oeffnung der Ampulle abwärts gehalten werden kann, ohne daß ein Tropfen herausfließt.

(Fortsetzung folgt.)

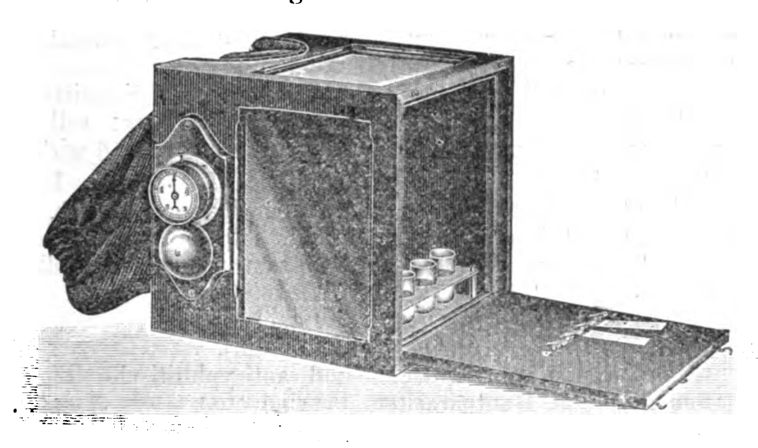
Ueber ein neues Messinstrument bei Röntgen-Bestrahlungen.

Von großer Wichtigkeit ist es für den Arzt, die Röntgenlichtmenge festzustellen, welche zur Hervorrufung bestimmter Reaktionen erforderlich ist. Da diese Reaktionen gewöhnlich erst nach mehreren Tagen deutlich hervortreten, so muß nach den ersten Bestrahlungen bereits festgestellt werden können, ob die Bestrahlungszeit und die Bestrahlungsintensität richtig bemessen waren, um einerseits ein gefährliches „Zuviel“, andererseits ein unwirksames „Zuwenig“ von vornherein zu vermeiden. An Versuchen, derartige Meßvorrichtungen zu schaffen, hat es nicht gefehlt, doch sind von diesen nur die Arbeiten von Holzknecht, sowie von Sabouraud und Noire näher bekannt geworden. Neuerdings hat Kienböck mit einem Instrument eingehende Versuche angestellt und ist dabei zu sehr günstigen Resultaten gelangt, welche eine weitere Verwendung wünschenswert erscheinen lassen. Das Instrument, welches die Bezeichnung „Quantimeter“ führt, wird von der Firma Reiniger, Gebbert & Schall in Erlangen hergestellt. Das Instrument besteht aus zwei Teilen: der Normalskala und den Reagenzkörpern. Die Normalskala enthält eine größere Anzahl grau bis schwarz gefärbter Felder.





Die einzelnen Färbungen dieser Felder sind durch verschiedene Strahlungsintensitäten hervorgerufen und zwar so, daß jedes Feld einer bestimmten Röntgenlichtmenge entspricht. Die Reagenzkörper sind lichtdicht umhüllte Papierstreifen, deren Schichtseite durch Röntgenstrahlen mehr oder weniger verändert wird. Ein solcher Reagenzstreifen wird mit dem Krankheitsherd gleichzeitig der Röntgenlichtquelle ausgesetzt. Je nach Röhrenabstand und Röhrencharakter, Strahlungsintensität und Bestrahlungsdauer wird die Schichtseite des Reagenzstreifens nach der Entwicklung, welche in dem Zentrum von einer Minute erfolgt und mit einem Normalentwickler von bestimmter Temperatur und Konzentration vorgenommen wird, eine helle oder dunkle



Graufärbung mit einem Felde der Normalskala aufweisen. Wird diese Graufärbung mit einem Felde der Normalskala verglichen, so entspricht die beigefügte Zahl einer bestimmten Röntgenlichtmenge, welche während der Bestrahlung in Anwendung kam. Als Einheit gilt dabei diejenige Röntgenlichtmenge, welche im Stande ist, die Graufärbung des Reagenzstreifens soweit hervorzurufen, daß diese mit dem Feld 1 der Normalskala Uebereinstimmung zeigt. Eine Graufärbung des Streifens, welche mit dem Feld 8 der Stromskala übereinstimmt, würde also einer Röntgenlichtmenge von 8 solcher Einheiten entsprechen. Auf diese Weise ist es möglich, mit dem Kienböckschen Quantimeter genauere und zahlenmäßige Angaben zu erzielen, auch ist die Handhabung des Instrumentes bei geringer Uebung mit keinen Schwierigkeiten verbunden.

Spucknapf

nach Dr. Veillard.

Der von Dr. Veillard angegebene Tisch Spucknapf wird jetzt von dem Schweizerischen Medicinal- und Sanitätsgeschäft in verbesserter Form in den Handel gebracht. Der neue Spucknapf entspricht, was die Einfachheit und leichte Reinigung betrifft, ganz dem ersten Modell. Er besteht aus demselben



dunkelblauen Glas mit glatten und konkav gewölbten Innenwänden und ist auch in der Größe dem alten Spucknapf analog.

Der einzige Unterschied besteht in der Metallgarnitur. Der vernickelte flache Metalldeckel ist auch diesmal wieder an dem Metall-Band, das als Henkel dient, festgemacht; doch hat der Henkel, wie aus beistehender Abbildung ersichtlich, eine andere Form und ist infolgedessen federnd, was von großem Vorteil ist. Die Enden des Henkels laufen oben und unten in zwei Streifen aus, jeweils zwei Häkchen bildend, die mittels eines Druckes auf den Henkel dank seiner großen Elastizität mit Leichtigkeit über den oberen und unteren Rand des Glasgefäßes geschoben werden können, und umgekehrt kann der Henkel zur gründlichen Reinigung des Glases ebenso leicht wieder weggenommen werden. Das lästige Abspringen von Glassplittern vom untern Rande des Glasgefäßes, das infolge der Steifheit des Henkels beim mehr oder weniger mühsamen Abnehmen und Anbringen desselben passieren konnte, fällt nun ganz weg, ebenso der Einschnitt am unteren Rand des Glases, was für eine gründliche Reinhaltung ebenfalls von großem Vorteil ist.

Periodische Literatur.

Beitrag zur operativen Therapie bei lebensgefährlichen profusen Magenblutungen. Von Hirschel, Heidelberg. (Münch. med. Wochenschrift Nr. 1, 1907.)

H. berichtet über eine mit Erfolg ausgeführte Resektion des blutenden Geschwürs bei einem Fall von profuser, das Leben bedrohender Magenblutung und stellt die in der Literatur publizierten Fälle zusammen. Wenn auch die Gastroenterostomie die dominierende Operation beim Ulcus ventriculi bleiben soll, so dürfte doch die Resektion bei chronischem, kallösem Ulcus, das schon karcinomverdächtig ist, sowie bei schweren akuten foudroyanten Blutungen, bei denen die einfache Gastroenterostomie von vornherein eine Rettung ausschließt, vorzunehmen sein.

Untersuchungen über die Wirkung des Atoxyls auf Trypanosomen und Spirochaeten. Von Uhlenhut, Gross, Bickel. (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 4, 1907.)

Die Untersuchungen erstreckten sich zunächst auf die Dourinekrankheit, eine durch Trypanosomen hervorgerufene Erkrankung der Pferde, die sich leicht auf kleine Versuchstiere, Mäuse und Ratten, durch Einimpfen trypanosomenhaltigen Materials übertragen läßt. Die ersten Versuche galten der Frage, ob sich bei den Versuchstieren der Ausbruch der Krankheit durch rechtzeitige Einspritzung verhüten läßt, und ergaben, daß dies möglich ist, wenn man zugleich mit der Injektion der infizierenden Dosis Dourineblut eine entsprechende Menge Atoxyl einspritzt; dagegen ergaben alle Versuche mit den gebräuchlichen Immunisierungsmethoden ein negatives Resultat. Die weitere Frage, wie es mit der Heilung dourinekranker Tiere steht, ließ sich dahin beantworten daß bei Ratten schon einmalige Injektion von 0,02—0,03 g Atoxyl die Trypanosomen prompt verschwinden läßt; die Heilung ist zwar hierbei noch keine dauernde, dürfte aber wohl durch eine „Etappenbehandlung“, erneute Injektionen in bestimmten Intervallen, zu erzielen sein. Bei Kaninchen zeigt die Dourinekrankheit ein ganz ähnliches Bild wie die Schlafkrankheit des Menschen; im Gange befindliche Versuche haben gezeigt, daß auch hier die Atoxylbehandlung wesentliche Besserung herbeiführen kann. Ausgehend von der Ansicht, daß gewisse Spirochaeten besondere Entwicklungsstadien der Trypanosomen darstellen, wurde das Atoxyl weiter bei der Spirillose der Hühner versucht mit dem Ergebnis, daß es auch hier eine schützende und heilende Wirkung entfaltet. Es erscheint nach den Versuchen angezeigt, die Dourine, die praktisch unter den Pferden Algiers und Nordamerikas eine große Rolle spielt, ebenso wie die in Brasilien vorkommende Hühnerseuche mit systematischen Atoxyleinspritzungen zu bekämpfen. Weitere Untersuchungen über eine Wirkung des Atoxyls bei anderen Sprotozenerkrankungen (Spiroplasmose, Malaria etc.) und bei anderen Spirochaeten (Rekurrens, Syphilis) sind im Gange.

Die Behandlung der Endocarditis. Klinischer Vortrag. Von Hoppe-Seyler, Kiel. (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 4, 1907.)

Es wird erörtert die Bekämpfung des Grundleidens, Gelenk-

rheumatismus, septisch-pyaemische Prozesse, Salicyltherapie, sonstige Antipyretica, Collargolinjektionen, Serotherapie. Für die Behandlung der Endocarditis selbst werden unterschieden die malignen, ulcerösen und die benignen, verrucösen Formen, die akuten und die chronischen, recidivierenden Endocarditiden. Die akute Endocarditis erfordert absolute Ruhe, Eisblase, eventuell Blutentziehungen, Behandlung mit Digitalis, Kampher, Coffein; von großer Wichtigkeit ist die Diät. Dasselbe gilt für die chronische Endocarditis; hierbei kommt weiter die Bekämpfung der Oedembildung in Frage; von Medikamenten werden besonders Theobromin und Theocin empfohlen, vor Schwitzprozeduren wird gewarnt. Die therapeutischen besonderen Erfordernisse bei den Klappenfehlern, Veränderungen an der Mitralis und am Aortenostium, werden eingehend besprochen. Zum Schluß werden die für die Nachbehandlung in Frage kommenden Faktoren erörtert, Gymnastik, Widerstandsübungen, Bäder, klimatische Kuren.

Neuere Arzneimittel.

Coryfin (Fabr.: Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co., Elberfeld). Coryfin ist ein neuer Mentholester, der zur Erzeugung einer andauernden Mentholwirkung dargestellt wurde, und soll bei Nervenkopfschmerzen, Katarrhen der Nase und des Rachens als äußerliches Linderungsmittel Anwendung finden. Zu diesem Zwecke soll es bei Neuralgien der Kopfnerven leicht auf die Stirn aufgestrichen oder aufgepinselt werden. Die Wirkung soll nach etwa 10 bis 15 Minuten eintreten und stundenlang anhalten; sie besteht in einem Kältegefühl, dem ähnlich, welches man empfindet, wenn man bei starkem Kopfschmerz durch Luftzug im Freien oder Auflegen eines kalten Gegenstandes auf die Stirn einen grösseren Temperaturunterschied erzeugt.

Bei starkem Schnupfen wird mittels eines mit Coryfin befeuchteten Wattebausches oder Pinsels die Nasenschleimhaut betupft, wodurch sofort ein Gefühl der Erleichterung des Atmens eintritt. Zweckmäßig läßt man ein mit Coryfin befeuchtetes Watteflöckchen in dem unteren Naseneingang und sucht möglichst durch die Nase zu atmen. Auch bei längeren Märschen auf staubigen Straßen empfiehlt sich die zeitweise Befeuchtung der Nasenschleimhaut mit Coryfin zur Erleichterung der Respiration und Verhinderung des bekannten Trockengefühls in Nase und Hals.

Bei Heiserkeit oder katarrhalischer Reizung des Rachens (für Sänger wichtig!) gurgelt man mit lauwarmem Wasser, in welches man einige Tropfen Coryfin gegeben hat, oder man läßt ein Stückchen Zucker, auf welches man 3—4 Tropfen Coryfin aufgetropft hat, im Munde zergehen. Das Hinunterschlucken des Coryfins ist unbedenklich, da Coryfin völlig unschädlich ist.

Das Coryfin ist im Handel in Pinselflacons und in Originalpackungen zu 10, 12, 15 g usw. (zum Nachfüllen der Pinselflacons) erhältlich.

Oleate der Firma Parke, Davis & Co., London. Vor einigen Jahren schlug Prof. Marshall vor, die Oelsäure als medikamentöses Vehikel zu benutzen. Die Oelsäure verbindet sich leicht mit Alkaloiden und den meisten Metallsalzen. Die so entstandenen Oleate werden entweder als solche oder mit bestimmten Oelen oder Fetten vermischt angewandt: sie durchdringen die animalen Gewebe mit besonderer Schnelligkeit und rufen eine rasche Wirkung in relativ kleinen Dosen hervor. Die Auftragung ist eine sehr reinliche, ein energisches Einreiben zur Beförderung der Resorption ist nicht nötig. Die metallischen Oleate konservieren auf Grund ihrer antiseptischen Eigenschaften die Salben, mit denen sie gemischt sind. Diese antiseptische Eigenschaft läßt ihren Gebrauch auch bei infizierten Hautwunden indiziert erscheinen.

Die bisher hergestellten Oleate sind folgende:

1. Wismuth-Oleat. Creamfarbige Paste von Salbenkonsistenz. Erweichend und leicht adstringierend. Wird verwandt bei Eczem, Sycosis, Erysipel, Erythem, Schrunden der Brustwarze und der Hände und bei Ulcerationen im Reizzustande, ferner zu Applikation auf entzündete Schleimhäute mit Hülfe von Bougies (Gonorrhoe, Leucorrhoe etc.).

2. Cocain-Oleat (5 %). Leicht resorbierbares Anaesthetikum. Es kann durch Hinzufügen von Oelsäure oder Mandelöl gelöst werden. Verwandt bei Herpes zoster, Haemorrhoiden, Rheumatismus, Neuralgie etc. In Lösung auch bei Rhinitis, Heufieber etc.

3. Kupfer-Oleat. Bläulich-grünes Pulver (12,7 %). Adstringierend und blutstillend. Mit Lanolin oder Paraffin vermischt (10—20 % des Oleates) regt es indolente Ulcerationen zur Granulation an, verringert Eiterungen und wirkt erweichend auf verhornte und verschorfte Hautstellen.

4. Mangan-Oleat. Von salbenähnlicher Konsistenz; das Präparat enthält 20 % des reinen Manganoleats; soll bei Einreibungen auf das Abdomen menstruationsbefördernd wirken.

5. Quecksilber-Oleat (Präzipitat). Rehfarbene Paste von Salbenkonsistenz; enthält Quecksilber in einer Menge, die 25 % des Quecksilberoxyds entspricht. Durch Vermischung mit Lanolin lassen sich folgende Konzentrationen herstellen:

20 % (8 Oleat : 2 Lanolin)
10 % (4 Oleat : 6 Lanolin)
5 % (2 Oleat : 8 Lanolin).

Stimulierende, antiseptische und antisyphilitische Eigenschaften (Syphilis, Hautparasiten, Prurigo etc.).

6. Zinn-Oleat. Graugelbes Adstringens und Kosmetikum von Salbenkonsistenz. Zur Behandlung erkrankter Fingernägel und zu deren Pflege.

7. Zink-Oleat. Feines, fettig sich anfühlendes, hellgraues Pulver. Stimulans und Adstringens. Als Streupulver bei Hautaffektionen verwandt, sowie vermengt mit gleichen Teilen Lanolin oder Paraffin an Stelle von Zinksalbe (Intertrigo, Impetigo, Hyperhidrosis etc.).

Bismutum bisalicylicum. (Fabr.: Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul bei Dresden.) Doppeltsalicylsaures Wismut ist eine unlösliche Verbindung von einem Atom Wismut mit zwei Molekülen Salicylsäure, von denen das eine Molekül unter Bildung des gewöhnlichen Bismutum salicylicum sehr leicht abgespalten wird. Die abgespaltene Salicylsäure wird in dem Maße, wie sie entsteht, sofort resorbiert. Die Abspaltung des anderen Moleküls Salicylsäure aus dem intermediär entstehenden gewöhnlichen Bismutum salicylicum erfolgt wesentlich schwerer. Das neue Bismutum bisalicylicum wirkt also mit der Hälfte seiner Salicylsäure sehr prompt, mit der anderen Hälfte dagegen, genau wie das bekannte Wismutsalicylat, allmählich. Es zeichnet sich daher durch die Vereinigung der Wirkung des salicylsauren Wismuts (Magendarmantiseptikum) und der Salicylate aus, ferner aber dadurch, daß es geschmacklos ist und leichter vertragen wird als die Salicylsäure, weil es neutral reagiert und die Salicylsäure ganz allmählich abspaltet.

Man verwendet es als Antirheumatikum, als Magen-Darmantiseptikum, als Prophylaktikum bei Salzsäuremangel, Meteorismus, Darmkolik u. s. f.

Die Originalpackung enthält 20 bezw. 10 Zeltchen zu je 0,75 g (1,50 Mark und 0,90 Mark).

Bismutum bitannicum. (Fabr.: Chem. Fabrik von Heyden, Radebeul bei Dresden.) Doppeltgerbsaures Wismut enthält zwei Tannin-Moleküle, von denen das eine leicht abspaltbar, das andere fest an Wismut gebunden ist. Es vereinigt also die Wirkungen des Tannins und Wismuts als Darmadstringentien. Eine Originalflasche enthält 25 g (0,90 Mark).

Orphol ist ein anderes, von der gleichen Firma hergestelltes Darmadstringens, ein nahezu geruch- und geschmackloses Pulver, das chemisch aus Naphtol und Wismut besteht. Dosis für Erwachsene: drei- bis fünfmal täglich 0,3 bis 0,6 g in Oblaten oder Tabletten; für Kinder 0,2 bis 0,3 g am besten in kaltem Wasser, zu wiederholen, so oft als erforderlich.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Köln a. Rh. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von Heynemann'sche Buchdruckerei Gebr. Wolff, Halle a. S.

Nr. 6. 1907. 8. April.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.



Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Lokalanästhesie.

(Schluß.)

Das zweite der Präparate, das hier besprochen werden soll, ist das von den Höchster Farbwerken Meister Lucius und Brüning hergestellte Novocain, das nach jahrelangen Bemühungen aufgefunden wurde. Es ist seiner chemischen Konstitution nach das Chlorhydrat des para-Amidobenzoyldiaethylaminoaethanols, eine chemische Substanz, die nach den eingehenden Untersuchungen des Prof. Einhorn in München unter mehreren hundert ähnlich konstituierten Körpern der einzige war, der den nach Braun an ein einwandfreies Ersatzpräparat für den Cocain zu stellenden Anforderungen vollkommen genügt.

Novocain stellt, aus Alkohol krystallisiert, farblose Nädelchen vom Schmelzpunkt 155° C. dar, welche, ohne Zersetzung zu erleiden, bis auf 120° C. erhitzt werden können. Es löst sich im kalten Wasser im Verhältnis von 1 : 1 zu einer neutral reagierenden Flüssigkeit, in kaltem Alkohol im Verhältnis von 1 : 30. Aetzende nnd kohlensaure Alkalien fällen aus wässerigen Lösungen die freie Base als farbloses, bald kristallinisch erstarrendes Oel aus; mit Natriumbikarbonat läßt sich dagegen die wässerige Lösung ohne Trübung mischen.

Die Novocain-Base (Novocain. basicum) schmilzt bei 61 bis 63° C. In Wasser ist sie unlöslich, leicht löslich in Alkohol, Aether und Benzol. In fetten Oelen, wie Mandel- und Olivenöl löst sie sich bei gelindem Erwärmen leicht auf und bleibt in den erkalteten Lösungen bis zu 10% gelöst.

Die im pharmakologischen Institut der Universität Breslau von Privatdozent Dr. Joh. Biberfeld (Medizinische Klinik Nr. 48, 1905) ausgeführte Prüfung des Novocains ergab folgende Resultate: Das Mittel besitzt dieselbe Wirkung auf periphere sensible Nerven wie das Kokain; die 0,25%ige Lösung reicht vollkommen aus, um selbst dicke Nervenstämme, wie z. B. den Nervus ischiadicus in zirka zehn Minuten zu anästhesieren. Lokal angewandt, zeigt das Novocain gar keine Nebenwirkung; insbesondere treten keinerlei Reizerscheinungen auf, selbst dann nicht, wenn das Mittel in stark konzentrierten Lösungen oder gar in Substanz mit den zartesten Geweben, wie z. B. der Kornea, in Berührung gebracht wird.

Die nach Resorption des Novocains beobachteten Allgemeinwirkungen sind kaum bemerkbar, weder die Zirkulation noch die Respiration werden beeinflußt. Die Herztätigkeit leidet nicht. So verursachen 0,15 bis 0,2 g, einem Kaninchen subkutan injiziert, fast gar keine Aenderung der am Kymographion aufgeschriebenen Blutdrucks- und Atmungskurve.

Das Novocain ruft keine Veränderung der Pupillenweite, keine Akkommodationsstörungen und keine Erhöhung des intraokularen Druckes hervor. Ebenso übt es keinerlei Einfluß auf die peripheren Gefässe aus.

Die Giftigkeit des Novocains ist äußerst gering und läßt sich leicht durch den Vergleich der tötlichen Dosis mit der des Kokains und Stovains pro Kilogramm Körpergewicht bei verschiedenen Tierarten erkennen.

Tötliche Dosis pro Kilogramm Körpergewicht (subkutan):

	Kokain	Stovain	Novocain
Kaninchen	0,05 – 0,1 g	0,15—0,17 g	0,35—0,4 g
Hund .	0,05—0,07 g	0,15 g	0,25 g (noch nicht tötlich).

Aehnlich liegt das Verhältnis nach eingehenden Versuchen bei Fröschen, Ratten und Katzen, und zwar nicht nur bei subkutaner, sondern auch bei intravenöser Applikation. Die Einspritzung von Novocain in den Rückenmarkskanal erwies ebenfalls die geringe Giftigkeit des Mittels. Bei dieser Art der Applikation beträgt die tötliche Dosis z. B. für Katzen: vom Cocain 0,018 g, Stovain 0,02—50,05 g, vom Novocain waren 0,15 g noch nicht tötlich.

Aus diesen Versuchen ergibt sich, daß das Novocain bei jeder Art der Anwendung zirka siebenmal weniger giftig wie Kokain und dreimal weniger giftig wie Stovain ist.

Man kann auf Grund der klinischen Erfahrung annehmen, daß das Novocain für den Menschen zehnmal weniger giftig als Kokain ist. Auch ist bis jetzt trotz bereits sehr ausgedehnter Verwendung des Novocains kein Fall von Idiosynkrasie gegen dieses Mittel beobachtet worden, während man bekanntlich beim Kokain nie ganz sicher ist, ob der betreffende Patient dieses Mittel verträgt. Als Maximaldosis des Novocains bei subkutaner Anwendung ist 0,5 g, bei Injektionen in den Medullarkanal 0,18 g zu betrachten.

Die pharmakologische und klinische Prüfung ergab ferner, daß Novocain die Wirkung des Suprarenins nicht nur nicht abschwächt, sondern sie im Gegenteil steigert, trotzdem es selbst keine Wirkung auf glatte Muskelfasern ausübt.

Dieses Verhalten des Novocains ist bemerkenswert, da durch die Arbeiten von Braun, Bier u. a. der Nachweis erbracht wurde, daß ein Zusatz von Suprarenin zu den Lösungen von Lokalanästheticis für ihre Wirkung von großer Bedeutung ist. Es muß daher verlangt werden, daß jedes Mittel, welches als Ersatz des Kokains in Frage kommen soll, die Wirkung des Suprarenins zum mindesten nicht beeinträchtigt.

Da nun, wie gesagt, das Novocain die Wirkung des Suprarenins erhöht, so reichen meist ganz minimale Zusätze von Suprarenin zu den Novocainlösungen aus, um das Operationsfeld anämisch zu machen. Das Novocain wird seiner absoluten Reizlosigkeit wegen leicht von den Geweben resorbiert und so vom Orte der Anwendung weggeführt. Es empfiehlt sich aus diesem Grunde jedesmal, wenn nicht gerade eine Kontraindikation besteht, den Novocainlösungen etwas Suprarenin zuzusetzen.

Ueber die Anwendungsweise des Novocains sei hier folgendes angeführt:

Zu Gewebsinjektionen in der Chirurgie bedient man sich am besten der von Braun angegebenen vier Novocain-Suprareninlösungen, und zwar zur Infiltrationsanästhesie und Anästhesierung dicker Gewebsschichten der Lösungen I und II.

Lösung I: Novocain 0,25 g — Physiologische Kochsalzlösung 100,0 — Solut. Suprarenin. boric. 1 : 1000 gtt V.

Lösung II: Novocain 0,25 — Physiologische Kochsalzlösung 50,0 — Solut. Suprarenin. boric. 1 : 1000 gtt V.

Lösung II, zur Häfte mit physiologischer Kochsalzlösung verdünnt, gibt Lösung I.

Zur zentralen Anästhesierung von Leitungsbahnen und größeren Nervenstämmen dienen die Lösungen III und IV.

Lösung III: Novocain 0,1 — Physiologische Kochsalzlösung 10,0 — Solut. Suprarenin. boric. 1 : 1000 gtt X.

Lösung IV: Novocain 0,1 — Physiologische Kochsalzlösung 5,0 — Solut. Suprarenin. boric. 1 : 1000 gtt X.

Lösung IV, zur Hälfte mit physiologischer Kochsalzlösung verdünnt, gibt Lösung III.

Zur Medullaranästhesie werden nach den vorliegenden klinischen Erfahrungen 2—3 ccm einer 5%igen oder 1,25—1,8 ccm einer 10%igen Novocainlösung angewandt und sind auf je 3 ccm der 5%igen oder auf je 2 ccm der 10%igen Novocainlösung 5 Tropfen der Solut. Suprarenin. boric. 1:1000 (= 0,000325 g Suprarenin. boric.) zuzusetzen.

In der Augenheilkunde finden 2—5—10%ige Novocainlösungen Verwendung, welche keine Pupillenerweiterung herbeiführen. Wird eine solche gewünscht, so sind die Lösungen auf je 10 ccm 6—8 Tropfen der Solut. Suprarenin. boric. 1 : 1000 zuzusetzen.

In der Oto-Rhino-Laryngologie werden zur Anästhesierung der Schleimhäute 5—10%ige, zur Anästhesierung des Larynx und Pharynx 10—20%ige Novocainlösungen angewandt, welchen gegebenen Falles pro 1 ccm 3 Tropfen der Solut. Suprarenin. boric. oder hydrochloric. 1 : 1000 zugesetzt werden.

In der Oto-Rhino-Laryngologie findet außerdem noch die Novocain-Base (Novocain. basicum), in Form von 10%igen Mandel- oder Olivenöllösungen, zu Inhalationen, Pinselungen, Einträufelungen etc. Anwendung.

In der Zahnheilkunde kommen 1—2%ige Novocainlösungen zur Anwendung, welchen zweckmäßig nur ganz minimale Mengen Suprarenin zuzusetzen sind. Für Extraktionen wendet man die 2%ige Novocainlösung an, welche pro 1 ccm 0,000075 g Suprarenin. boric., entsprechend 5 Tropfen einer Solutio Suprarenin. boric. 1 : 4000, enthält. Von dieser Lösung injiziert man 3/4 ccm in die Schleimhaut an der Außenseite und 1/4 ccm in die Schleimhaut an der Innenseite der Alveole. Nach spätestens 5 Minuten ist die Anästhesie soweit fortgeschritten, daß die Extraktion schmerzlos vorgenommen werden kann

In der Urologie empfiehlt es sich, den gebräuchlichen Fieberlösungen 3% Novocain-Nitrat als schmerzstillendes Mittel zuzusetzen.

Für die interne Medikation ist Novocain wegen seiner geringen Giftigkeit dem Kokain vorzuziehen und können Erwachsenen Dosen bis zu 0,5 g verabreicht werden.

Novocain wird in folgenden Formen in den Handel gebracht.

I. Novocain in Pulverform; in Fläschchen von 1, 5, 10 und 25 g.

II. Novocain-Suprarenintabletten A zur Infiltrationsanästhesie; in Röhrchen zu zehn Tabletten, jede Tablette enthält 0,125 g Novocain und 0,16 mg Suprarenin. boric.

III. Novocain-Suprarenintabletten B zur zentralen Leitungsanästhesie; in Röhrchen zu zehn Tabletten, jede Tablette enthält 0,1 g Novocain und 0,45 mg Suprarenin. boric.

IV. Novocain-Suprarenintabletten C zur Medullaranästhesie, in Röhrchen zu 20 Tabletten, jede Tablette enthält 0,05 g Novocain und 0,108 mg Suprarenin. boric.

V. Novocain-Tabletten D für zahnärztliche Zwecke; in Röhrchen zu zehn Tabletten, jede Tablette enthält 0,2 g Novocain und 0,09 g Kochsalz.

VI. Novocain - Suprarenintabletten E für zahnärztliche Zwecke; in Röhrchen zu 20 Tabletten, jede Tablette enthält 0,02 g Novocain, 0,075 mg Suprarenin. boric. und 9 mg Kochsalz.

VII. Novocain-Suprarenin-Lösung A 0,5% zur Infiltrationsanästhesie; in Fläschchen zu 25 ccm, die der oben angegebenen Braunschen Lösung II entsprechen; dieselbe Lösung läßt sich aus den Tabletten A herstellen.

VIII. Novocain-Suprarenin-Lösung B 2%ig zur zentralen Leitungsanästhesie; in Ampullen zu 5 ccm, die der Braunschen Lösung III (s. o.) entsprechen und zu deren Herstellung auch die Tabletten B benutzt werden können.

IX. Novocain-Suprarenin-Lösung C 5%ig zur Medullaranästhesie; in Ampullen zu 3 ccm, eine Lösung, die man auch aus den Tabletten C herstellen kann.

X. Novocain-Suprarenin-Lösung 10%ig zur Medullaranästhesie; in Ampullen zu 2 ccm. Von dieser Lösung und nach den auf der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Moabit gemachten Erfahrungen 1,25—1,8 ccm je nach der gewünschten Ausdehnung der Anästhesie zu injizieren.

XI. Novocain-Suprarenin-Lösung E 2%ig für zahnärztliche Zwecke; in Ampullen zu 1 ccm, eine Lösung, die man auch durch Auflösen einer Tablette E in 1 ccm destilliertem Wasser erhält.

Novocainlösungen können durch Kochen sterilisiert werden, ohne daß sie sich zersetzen oder an Wirksamkeit einbüßen. Ist den Novocain-Lösungen bereits Suprarenin zugesetzt, so dürfen sie nicht mehr, oder höchstens ganz kurze Zeit aufgekocht werden, da die wirksame Substanz der Nebennieren durch länger anhaltendes Kochen an Wirksamkeit verliert.

Mit Sodalösung sterilisierte Injektionsspritzen müssen, bevor man die Novocain-Lösungen einzieht, mit sterilem Wasser oder physiologischer Kochsalzlösung ausgespült werden, da Soda das Novocain ausfällt. — Novocain ist zwei- bis dreimal billiger wie Kokain, Stovain etc. Der Verkaufspreis des Novocains in den Apotheken beträgt 50 Pfennige pro Gramm; für ein Röhrchen jeder Tablettensorte 1,30 Mk.

Literatur: Prof. Braun, Deutsche Med. Woch. 1904, 42; Dr. Danielsen, Münch. Med. Woch. 1905, 46; Dr. Schmidt, 16; Dr. Liebl ibid. 16, 1906, 5; Prof. Sonnenburg, v. Leuthold-Gedenkschrift II, 1906; Dr. Stieda, Münch. Med. Woch. 1906, 30; Prof. Best, Med. Woche 1906, 10; Dr. Duhot, Ann. de la Policl. Centr. de Bruxelles 1905, 12; Dr. Lucke, Monatsschrift f. Harnkrankh. und sex. Hyg. 1906, 3; Dr. Mayer, Dermat. Zeitschr. 1906, XIII, 3; Prof. Haug, Arch. f. Ohrenheilkunde 1906, 69 usw. usw.

Der Grossmannsche Warmwasserfilter.

Von der Erfahrung ausgehend, daß sich bei den Warmwasserbereitungen infolge des ständigen Trinkwasserwechsels mehr oder weniger schnell die Entnahmeleitung verstopft, bei Verwendung dieses Wassers in Wäschereien (z. B. in Irrenanstalten, Kliniken usw.) größere Mengen Seife und Soda gebraucht werden und bei Verwendung zum Speisen von Dampfkesseln zeitraubende und lästige Betriebsstörungen vorkommen, konstruierte C. Großmann, Maschinenmeister der Provinzial-Irrenanstalt Neustadt i. Holstein, trichterförmige Filterelemente, die wegen ihrer Einfachheit in alte wie neue Anlagen ohne

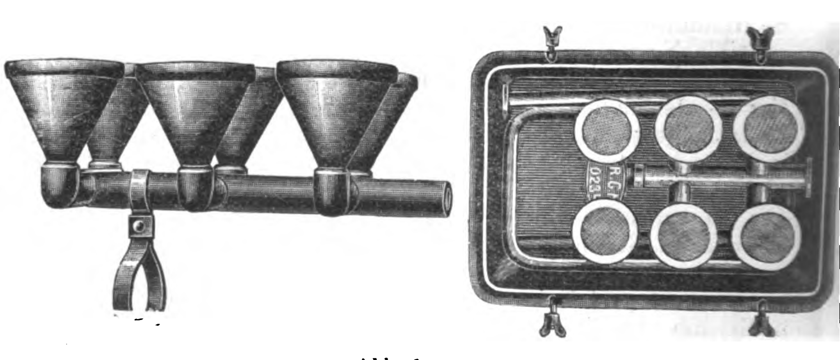


Abb. 1.



Schwierigkeiten einzubauen sind und ihren Zweck nach dem Gutachten des Kieler hygienischen Institutes gut erfüllen.

Der Filterapparat wird so angelegt, daß an die bis ins Warmwasserbereitungsgefäß hineingeführte Warmwasserentnahmeleitung je nach dem Wasserbedarf und dem Gehalt des Wassers an mitgeführten festen Bestandteilen zwei bis sechs oder mehr Trichter (Abb. 1) angeschlossen werden; diese Trichter bestehen aus starkem, verzinnten Eisen-, Kupfer- oder Messingblech, sind 300 mm hoch und haben den gleichen Durchmesser am oberen Rande. Dieser wird mit Verstärkungsring und Preßbügel aus Winkeleisen versehen, welch letzterer die als Filtermasse fest eingelegte (aber leicht ersetzbare) entsäuerte Holzwolle in der gewünschten Lage hält. Die einzelnen Trichter werden durch Rohre mit der gemeinsamen Entnahmeleitung verbunden.

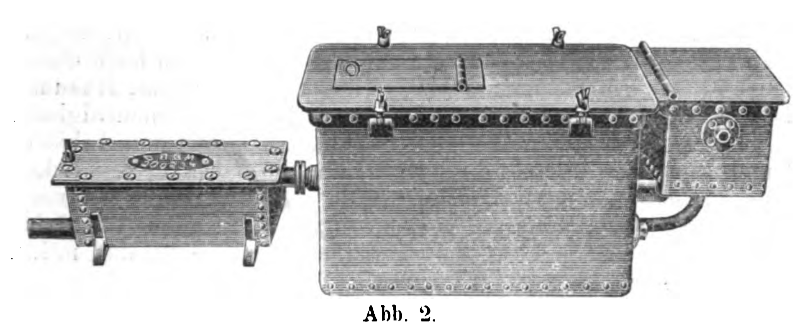


Abb. 2.

Auch außerhalb des Warmwassergefäßes kann ein Filterapparat angebracht werden, der eine längliche Form hat und durch Scheidewände in gleiche, mit entsäuerter Holzwolle als Filtermasse angefüllte Teile getrennt ist (Abb. 2). Dieser Filter ist ca. 1 m lang, 50 cm hoch und 45 cm breit, der Deckel fest aufgeschraubt. Die übrige Anordnung ist dieselbe wie oben. Das zwischen Deckel und Preßbügel eintretende Wasser gelangt durch das auf seitlichen Ansätzen ruhende, die Holzwolle festhaltende Drahtgeflecht in die Entnahmeleitung.

Periodische Literatur.

Die Impotenz und ihre Behandlung. Von Dr. Dammann, Berlin. (Med. Klinik, 1906, Nr. 52.)

Für die Behandlung kommen in Betracht nur die psychische Impotenz sowie die funktionelle Impotenz und eventuell noch die Ejakulationsstörungen. In der Praxis wird man die psychische und die funktionelle Impotenz sehr häufig miteinander vermischt finden und sich bei der Behandlung danach richten müssen. Zu der Behandlung der Impotenz hat man seit alter Zeit alle möglichen Medikamente (die sogenannten Aphrodisiaka) und auch Heilmethoden empfohlen. Von allen diesen Mitteln scheint sich am besten das Yohimbin bewährt zu haben, welches von der chemischen Fabrik J. D. Riedel, Aktiengesellschaft, hergestellt wird und von zahlreichen Autoren mit Erfolg angewendet worden ist. Trotzdem ist Verfasser, durch Fehlerfolge mit anderen Mitteln entmutigt, mit großem Mißtrauen an die Verordnung des Yohimbin gegangen und daher über die hervorragend günstige Wirkung des Mittels erstaunt gewesen. Zur Unterstützung des Yohimbin ist eine geeignete psychische Behandlung, sowie die Angabe entsprechender allgemeiner Vorschriften sehr zu empfehlen. Besonders die Neurastheniker und Hypochonder bedürfen einer gewissen psychischen Behandlung. Die Allgemeinbehandlung besteht in guter kräftiger Ernährung, nicht zu heißen Bädern, körperlicher Bewegung. Zu vermeiden ist nach Möglichkeit der Alkohol. Lokal sind tägliche kalte Waschungen der Geschlechtsteile von Nutzen. Das Yohimbin gebe man am besten in nicht allzu kleinen Dosen, mindestens dreimal täglich eine Tablette von 0,005 g, eventuell steigend auf zwei Tabletten dreimal täglich. Eine ausgiebige Wirkung kann man natürlich erst nach mehrwöchiger Behandlung erwarten, wenn auch in einigen Fällen Erfolge schon nach wenigen Tagen beobachtet worden sind. Das Ergebnis seiner Versuche, die Verfasser bei 6 Männern und 2 Frauen anstellte, ist folgendes: Bei 5 Männern trat eine deutliche Zunahme der geschwächten Geschlechtsfähigkeit auf. Im 6. Falle versagte die Yohimbinbehandlung; allerdings liegt in diesem Falle der Verdacht nahe, daß es sich um eine beginnende Tabes handelte. Was die beiden Frauen betrifft, so ist bei der einen durch die Yohimbinbehandlung ein vollständiger Erfolg erzielt worden; im zweiten Falle, in dem es sich um eine junge hysterische Frau handelte, die stets in sexueller Beziehung frigide gewesen sein soll, hat Verfasser mit dem Yohimbin einen wesentlichen Erfolg nicht zu erzielen vermocht, was auch ganz natürlich ist, da es sich um eine psychiopathische Persönlichkeit handelte. Alles in allem hält Verfasser nach der bisher erschienenen Literatur, sowie nach dem Ergebnis seiner eigenen Versuche, das Yohimbin-Riedel für ein ganz vorzügliches Mittel — gewissermaßen für ein Spezifikum — bei Verminderung der männlichen Geschlechtsfähigkeit. Die Darreichung in den Tabletten zu 0,005 hält Verfasser für ausserordentlich praktisch. Irgend welche schädliche Nebenwirkungen hat er niemals beobachtet. — Bezüglich der Wirkungsweise des Yohimbin glaubt Verfasser demselben eine direkt erregende Wirkung auf das Erektionszentrum zuschreiben zu müssen. Wenn auch das Yohimbin ein Aphrodisiakum im eigentlichen Sinne des Wortes — also ein Mittel zur Erregung des Geschlechtstriebes — nicht sein soll, so wird aber in der Praxis durch den Blutdrang nach den Genitalien indirekt auch die Libido sexualis gesteigert.

Neuere Arzneimittel.

Novaspirin.[1] (Fabr.: Farbenfabriken vorm. Friedrich Bayer & Co., Elberfeld.) Daß das Aspirin eines unserer besten Präparate im Arzneischatze ist, darüber sind sich alle einig, die Gelegenheit hatten, die weitgehende Anwendungsbreite und vortreffliche Wirksamkeit dieses Medikamentes praktisch zu erproben. Mit vollem Rechte verdient es, in aller Welt eine so umfangreiche Verwendung zu finden, wie sie nur wenige Arzneistoffe zu verzeichnen haben. Schwere Schädigungen — und wegen der schädlichen Nebenwirkungen ist der Stab schon über so manches zu hohen Hoffnungen berechtigendes Medikament gebrochen worden — wird selbst bei jahrelanger Darreichung von Aspirin nicht beobachtet werden; weder eine Störung der Verdauungsfunktionen noch eine nachhaltige Beeinflussung des Gehörorganes noch eine Alteration der Nerven und des Herzens (letzteres ist wegen der häufigen Kombination von Rheumatismus mit Herzaffektionen besonders wichtig) hat sich konstatieren lassen, dabei aber eine Wirksamkeit, die in vielen Beziehungen die der übrigen Salizylpräparate übertrifft. Dennoch ist das Aspirin nicht ganz einwandsfrei, und wenn auch nicht häufig, so hört man doch von dem und jenen Patienten über profuse Schweißsekretion, über störendes Ohrensausen, über Erscheinungen seitens des Magendarmtraktus (Magendrücken, Uebelkeit, saures Aufstoßen, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Verstopfung u. dergl.) nach dem Gebrauche des Aspirins klagen, Angaben, die, wenn sie auch zum guten Teil auf einer Idiosynkrasie beruhen, doch Beachtung erfordern. Es war daher ein Problem, dessen Lösung zu schönen Erfolgen zu führen versprach, ein Präparat darzustellen, dem die trefflichen Aspirinwirkungen ohne diese gelegentlichen Nebenwirkungen zu eigen sind. Dies ist der Firma Bayer & Co. in Elberfeld gelungen; sie bringt in dem Novaspirin ein Präparat in den Handel, welches sich nach den bisherigen Erfahrungen als vollkommener Ersatz für das Aspirin bewährt hat.

Das Novaspirin ist ein weißes, geruchloses Krystallmehl, das noch besser (schwach säuerlich) schmeckt, als das Aspirin, in Wasser fast unlöslich, in Alkohol leicht löslich ist. Es wird gewonnen, wenn man Methylenzitronensäuredichlorid auf Salizylsäure einwirken läßt, wobei Chlorwasserstoff frei wird und der Disalizylsäureester der Methylenzitronensäure sich bildet. Während das Aspirin, das sich bei 37° C. zu 1% in Wasser löst, leicht in seine Komponenten, Salizylsäure und Essigsäure, gespalten werden kann, vollzieht sich der Verseifungsprozeß des



Novaspirins erst bei Zusatz von Natronlauge; Wasser und sauren Flüssigkeiten gegenüber verhält sich Novaspirin indifferent. Eine Zerlegung in die Komponenten kann also erst im Darm eintreten, da sich nur da das nötige Alkali vorfindet.

Es vollzieht sich demnach im Organismus nach den Untersuchungen von Dr. J. Ruhemann in Berlin (Med. Klin. 1907, No. 5) die Spaltung und Eliminierung des Novaspirins bedeutend langsamer als die des Aspirins; während 0,5 g Aspirin bei 60 kg Körpergewicht in 20 Stunden, Salol (nach Decker, Berl. klin. Woch. 1889, No. 45) in 22 bis 27 Stunden ausgeschieden wird, konstatierte Ruhemann bei Darreichung von 0,75 g Aspirin eine Ausscheidungszeit von 48 bis 72 Stunden.

Von wesentlicher Bedeutung ist ferner die Tatsache, daß das Novaspirin im Magen weder gelöst noch gespalten wird, was daraus erhellt, daß die Salizylurreaktion im Harn erst $1^1/_2$ Stunden nach der Darreichung positiv ausfällt, und aus dem Verhalten in vitro zu schließen ist. Die alsbald nach dem Einnehmen gelegentlich auftretenden unangenehmen Einwirkungen des Aspirins auf den Magen sind wohl auf eine — wenigstens teilweise — Lösung oder Spaltung unter dem Einflusse des Magensaftes zurückzuführen, und es war schon theoretisch vorauszusehen, was praktisch erwiesen wurde, daß Personen, die Aspirin schlecht vertragen, von Novaspirin keinerlei Beschwerden zu erwarten haben. Von nachhaltigen oder später (d. h. durch Wiederausscheidung der Salizylsäure aus dem Blute in den Magen) auftretenden Störungen der Magentätigkeit ließ sich, wie Ruhemann loco citato ausdrücklich anführt, selbst bei wochenlanger Anwendung des Mittels nichts wahrnehmen. Bei Karzinosen trug dasselbe sogar zur Aufbesserung des Appetites bei.

Die Wirkung des Novaspirins macht sich freilich entsprechend seiner allmählichen Ausnutzung im Organismus später, aber auch anhaltender geltend, als die des Aspirins. So berichtet Ruhemann (l. c.) von einem Karzinomfalle, bei dem eine einmalige Gabe von 2 Tabletten Novaspirin zu je 0,5 g das Allgemeinbefinden und die Schmerzen immer auf drei volle Tage günstig beeinflußte, so daß die Verabreichung des Medikamentes nur jeden vierten Tag nötig war.

Ohrensausen hat sich nach Novaspirin bisher nicht konstatieren lassen. Kommt Schweißbildung überhaupt vor, so ist sie milder und viel weniger lästig als die Schweiße bei Salizylsäuregebrauch. In der Regel bleibt eine lebhaftere Schweißsekretion aus. Da Herz und Nieren vom Novaspirin intakt gelassen werden, geht Ruhemann sogar so weit, eine vorsichtige Novaspirinmedikation selbst bei Albuminurie, Nephritis und Herzaffektionen gut zu heißen.

Auch in der Kinderpraxis hat sich das Medikament bewährt. Kinder im ersten und zweiten Lebensjahr bekommen es bei allerhand fieberhaften, infektiösen, rheumatischen Krankheiten, bei katarrhalischem Ikterus, Chorea usw. mit bestem Erfolg. An weiteren Indikationen nennt Ruhemann noch cholecystitische Affektionen, Pyelocystitis, Cystitis, Gicht, Rheumatosen der verschiedensten Art, neuralgiforme und neuralgische Schmerzen, Menstrualkoliken, Cephalaegie, Migräne, tabische und karzinöse Schmerzen, weiterhin die Gruppe der Erkältungsaffektionen und Grippen. Will man eine rapide Schmerzlinderung bei akuten Affektionen erzielen, so empfiehlt Ruhemann zunächst mit Aspirin vorzugehen und dann das milde, reizlose Novaspirin zu ordinieren.

Zu gleich günstigen Ergebnissen wie Ruhemann kommt Witthauer in Halle a. S. (Berl. Klin. Woch. 1907, No. 3.). Er faßt seine Anschauungen über das neue Präparat, die er durch eine größere Versuchsreihe gewonnen hat, folgendermaßen zusammen:

„1. Das Novaspirin greift den Magen nicht an und macht selbst dann keine Magenbeschwerden, wenn Aspirin solche hervorgerufen hatte.

2. Das Novaspirin wirkt schwächer als Aspirin und ist deshalb längere Zeit und vielleicht in größeren Dosen zu geben.

3. Die antipyretische Wirkung ist gut, die schweißtreibende und schmerzstillende geringer.

4. Das Mittel ist besonders gegen Influenza zu empfehlen.“

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Köln a. Rh. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von Heynemann'sche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.





Nr. 7. 1907. 15. April.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.



Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Ueber einen neuen Schalldämpfer „Fridolin“.

Von Dr. Küppers.

Der Dämpfer*) ist ein Bügel aus feinem, biegsamem, nicht rostendem Draht, um dessen passend geformte (mit lufthaltigem Stoff zur Erhöhung der Schallhemmung und Vergrößerung der Haftfläche umgebene) Enden eine besonders zusammengesetzte, hautfarbene Wachsart in Kugelform gegossen wurde. Das Instrument wird in zwei Größen hergestellt, die den Größenverhältnissen bei Männern und Frauen entsprechen.

Das bekannte Metallantiphon hat sich aus mehreren Gründen nicht recht einbürgern können. Es ist teuer, unangenehm kalt beim Einführen, drückt bei Seitenlage, reizt den Gehörgang, weitet ihn, schließt bald nicht mehr gut ab, fällt wegen seiner glatten Oberfläche leicht heraus und ist auffallend.

Demgegenüber sind die Vorzüge des neuen Dämpfers:

1. Billigkeit,
2. nicht kalt beim Einführen,
3. kein Druck bei Seitenlage, da sich formend,
4. nicht reizend, da Wachs sozusagen kein Fremdkörper, sondern mit dem Ohrenschmalz verwandt ist,
5. es weitet den Gehörgang nicht, da es in ihm erweicht,
6. der Bügel läßt sich vom Träger selbst genau nach Gestalt der Ohrmuschel biegen.
7. er hebelt die gut haftende Kugel nicht heraus, da er leicht ist,
8. Herausnehmen ist im Gegensatze zum Metallantiphon bequem, da die Fingerkuppe in den Bügel greift,
9. das Tragen wird wegen Zartheit des Bügels und Hautfarbe der Kugel kaum bemerkt.

Während sechsjähriger Erprobung des Dämpfers hat sich gezeigt, daß seine ausgesprochene Schallhemmung nicht dem einfachen Verschlusse, sondern vorwiegend einer Luftdruckdifferenz zu danken ist, zu deren Herstellung grade Wachs das geeignete Material ist.

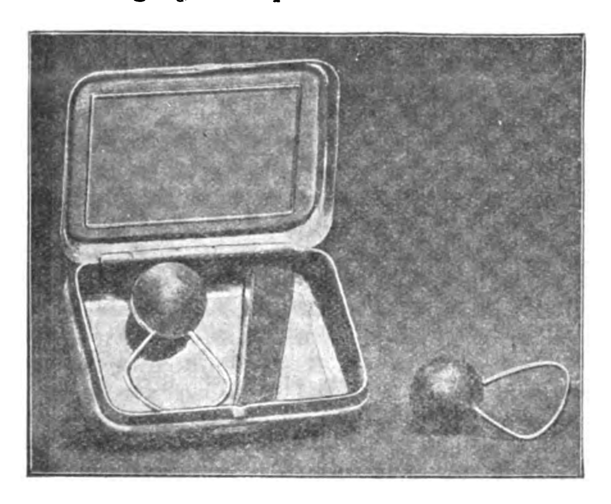
Diese Hilfeleistung der Druckdifferenz ist allgemein bekannt, wird sie doch auch vom Fingerverschluß zur Vervollständigung der Wirkung verwertet. Während aber die Einführung des Fingers immer nur eine Belastung des Trommelfells (stärkere Spannung, erschwerte Blutzirkulation, Vertiefung seiner Trichterform) ergeben kann, läßt sich bei Anwendung des vorliegenden Dämpfers sozusagen eine Entlastung desselben (geringere Spannung, gute Blutzirkulation, Verminderung der Trichtertiefe) erzielen.

Hierdurch werden die vom Metallantiphon her bekannten Belästigungen (Sausen, Kopfschmerz) vermieden.

Ebensowenig wie Metall eignet sich Gummi, da es den Gehörgang weitet. Bei Verwendung der von mir angegebenen Wachsart fällt dieser Uebelstand fort, indem die formende Kraft des Gehörganges (in letzter Linie der Blutdruck) stärker ist als der Widerstand der im Gehörgange erweichenden Kugel. Sehr selten, und nicht ungenügenden Abschlusses, sondern der Beschmutzung wegen bedarf deshalb die Kugel der Erneuerung.

Ein Schalldämpfer wird wegen seiner Kleinheit leicht verloren, deshalb empfiehlt sich ein einfaches, möglichst billiges Instrument in solider Kapsel (für Westentasche).

Zweck des Schalldämpfers ist: Ausschaltung der Luftleitung. Seine Wirkung hat Grenzen, da die Knochenleitung durch kein Mittel herabgesetzt werden kann. Der Fingerverschluß des Gehörganges entspricht dieser Grenze in etwa.



Die Verpassung ist wesentlich. Sie geschieht durch den Träger selbst. Die Kugel muß nach Größe und Form dem Gehörgange, der Bügel der Höhlung der Ohrmuschel entsprechen. Die Kugel wird nach mehrmaligem Fingerdruck gut formbar und, wenn nötig, durch Hineindrücken eines Stückchens Reservewachs vergrößert; der Bügel läßt sich nach Entfernung des Wachses in jeder Weise biegen, sowie vergrößern und verkleinern.

Bei Anwendung wird die Kugel mit leichter Hand unter schraubenförmigen, sich erst mit der Zeit ergebenden, schwer zu beschreibenden, gleichsam ansaugenden Bewegungen in den knorpeligen Teil des Gehörganges so eingeführt, daß sie vom knöchernen Gehörgange etwas zurückfedert, was wegen des leicht klebenden Wachses ohne Lockerung der Kugel angeht. Erst nach einiger Uebung gelingt es, den Abschluß so zu gestalten, daß eine laut tickende Taschenuhr dicht am Ohre nicht gehört wird. (Bei der geringsten Berührung des Bügels durch die Uhr wird natürlich das Ticken infolge direkter Leitung außerordentlich stark hörbar). Diese volle Leistung wird je des

*) Im In- und Auslande gesetzlich geschützt.

mal nicht gleich, sondern erst nach Erwärmung des Wachses im Ohr erreicht (Vergrößerung durch Wärme, Eindringen in die kleinsten Falten und in die durch vielfach vorhandene Haare gebildeten Rinnen). Hieraus ergibt sich, daß es ratsam ist, vor dem eigentlichen Verschließen die sich durch Aufhören des Kältegefühls verratende Erwärmung der äußeren Wachsschicht abzuwarten (je nach Haut- und Lufttemperatur $^1/_2$—1 Minute), ferner daß reichlich vorhandener Haarwuchs wie auch eine von der Kugelform abweichende Knorpelhöhle den Abschluß erschwert. Auch liefert jenes völlige Verfilzen des Wachses mit der Gehörgangswand eine Erklärung dafür, daß die gute Leistung des Dämpfers beim Herausnehmen auffallender ist als beim Einführen. Es empfiehlt sich, nach dem Herausnehmen die Kugelform wieder herzustellen, da das Wachs jetzt weich ist. Zur Vermeidung von Schmerz bei Seitenlage oder beim Umlegen im Schlaf muß der Bügel flach in die Höhlung der Ohrmuschel gelegt werden, während er sich sonst in beliebiger Stellung befinden kann.

Der Dämpfer mag immerhin geistig regsamen, mehr oder weniger nervösen Personen als eine Wohltat zu empfehlen sein (ungestörte geistige Arbeit, auch im Stimmengewirr des Restaurants; Schlaf zu jeder Tageszeit, wesentlich für Offiziere während der Herbstübungen), seine Hauptaufgabe ist und bleibt aber die, unser Fabrikpersonal (z. B. in Webereien, Schleifereien, Walz- und Sägewerken) vor dem oft betäubenden, krankmachenden Getöse ihrer Umgebung zu schützen. Der nicht seltene Trommelfellriß bei unserer Geschützbedienung (namentlich der Kriegsschiffe) und jene zu Beginn der Badezeit unsere Lazarette füllende Mittelohreiterung kann durch ihn vermieden werden; andererseits gereicht er jedem kunstsinnigen Auge und empfindsamen Gemüte beim Besuch von Museen, Ausstellungen und stimmungsvollen Kirchen zum Vorteil durch Ausschaltung oder doch Abschwächung aller seine weltabgewandte innere Betrachtung störenden Geräusche.

Wer eine nicht gerade erstklassige Musik hören, oder einem Bläserchor gar zu nahe sitzen muß, wird seinem Dämpfer Dank wissen.

Gewisse Unannehmlichkeiten bleiben dem Träger nicht erspart, wie die Erlebnisse eines Offiziers zeigen, der sich mehrfachen Tadel zuzog, da er bald starkes Anklopfen der Untergebenen, bald sporenklirrendes Eintreten der Vorgesetzten nicht hörte, bald im gemeinsamen Manöverzelte erst erwachte, als dieses nach Aufbruch seiner Kameraden unter ganz besonderem Lärme niedergelegt wurde.

Es sei erwähnt, daß noch vieles zur Empfehlung des kleinen Instrumentes gesagt werden könnte. Man denke nur an die Telefonisten, an das häßliche Geräusch der Schreibmaschine, die gegenseitige Störung in unseren Bureaus, das oft lästige Gerede der Mitreisenden in der Bahn, den Lärm der Straße, das Kinderspiel der Höfe, das Geklimper der Nachbarn, an die Störung unseres Studiums und Schlafes. Erinnert sei auch an das Badeverbot bei Trommelfelldefekt, wie er nach Masern und Scharlach so häufig auftritt. Zahllosen Kindern und Erwachsenen ermöglicht der beschriebene Dämpfer das Baden im Freien. Ohrenleidenden sei empfohlen, vor Anschaffung mit ihrem Arzte Rücksprache zu nehmen.

Anmerkung: Lieferung nebst Gebrauchsanweisung durch Gesellschaft Müggelheim in Friedrichshagen bei Berlin nach Einsendung von 1.10 Mk. (deutliche Bestellung auf Abschnitt der Postanweisung, nebst Vorname. Bestellgeld nicht erforderlich). Kostenfreie Proben werden nicht abgegeben. Vertreter im Auslande (außer Oesterreich-Ungarn, wohin Versand erfolgt) werden den dortigen Interessenten durch die Gesellschaft namhaft gemacht (Karte mit Rückantwort erbeten).

Pharyngeale Ohrluftdouche nach Dr. M. Saenger.

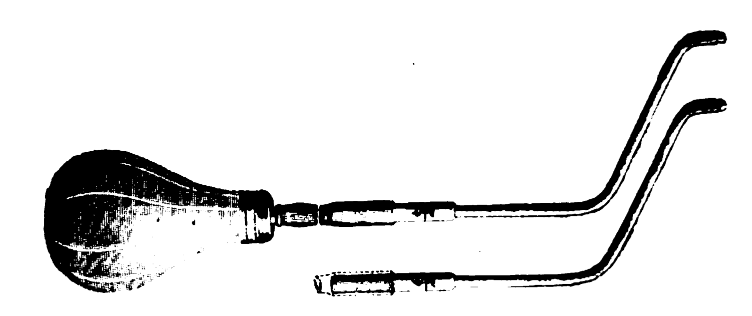
Der Apparat, der durch beistehende Abbildung veranschaulicht wird, dient zur Lufteintreibung in das Mittelohr vom Rachen oder Nasenrachenraum aus und wird in folgender Weise gehandhabt:

Während man mittels Spatels die Zunge nach unten drückt, führt man bei geöffnetem Munde den obersten senkrechten Teil des Instrumentes hinter das Velum und dann etwas nach oben.

Hierbei hebt sich reflektorisch das Velum, es sei denn, daß einer der seltenen Fälle von Gaumenlähmung vorliegt, in denen übrigens auch das Politzersche Verfahren unausführbar ist.

Läßt man nun den Patienten den Naseneingang zwischen Daumen und Zeigefinger zusammendrücken und preßt, nachdem man den Spatel schnell aus der Hand gelegt, auf den Gummiball, so vermag die eingetriebene Luft weder unter dem Velum hervor, noch durch die Nasenhöhlen zu entweichen, sondern gelangt in das Innere des Ohrs bezw. der Ohren. Die Verbindung zwischen Instrument und Ball findet in der bei Benutzung des Ohrkatheters üblichen Weise statt.

Das Instrument wird in zwei Ausführungen — mit rechtsseitiger Ausflußöffnung für das rechte Ohr und mit linksseitiger für das linke Ohr — hergestellt, damit man nach Erfordern



das rechte oder das linke Ohr für sich behandeln kann. Häufig genügt es, das dem zu behandelnden Ohr entsprechende Instrument zu wählen und dem Ohr zu nähern, um nur in dieses eine Lufteintreibung zu bewirken. Gelingt dies nicht ohne weiteres, so gelangt man oft noch zum Ziel, wenn man nur das dem erkrankten Ohr entsprechende Nasenloch verschließen läßt und dann ganz besonders kräftig auf den Ball drückt.

Als Vorzüge dieses Verfahrens werden folgende Punkte geltend gemacht:

Es ist nicht nur überall da anwendbar, wo man sich des Politzerschen Verfahrens bedient, sondern auch in den Fällen, wo eine Lufteintreibung auf dem Wege der Nase wegen Undurchlässigkeit derselben unmöglich oder wegen des Vorhandenseins von krankhaftem Sekret in ihr unratsam ist.

Ein Mißlingen der Lufteintreibung, wie es beim Politzerschen Verfahren infolge der Aengstlichkeit des Patienten oder aus anderen Ursachen gar häufig vorkommt, ist bei Beachtung der sehr einfachen Gebrauchsvorschriften völlig ausgeschlossen.

Der Kranke braucht kein Wasser zu schlucken, wie bei dem allgemein üblichen Verfahren nach Politzer, der Arzt bedarf keiner besonderen Uebung, um den richtigen Moment, in dem der Patient schluckt, abzupassen. Das Verfahren selbst ist für den Patienten wesentlich angenehmer als das Politzersche.

Die Instrumente gestatten auch häufig eine Lufteintreibung nach Belieben nur in das rechte oder nur in das linke Ohr zu bewirken. Die Anwendung des Ohrkatheters wird somit vielfach entbehrlich, ein Vorteil, der bei Kindern nicht gering anzuschlagen ist.

In geeigneten Fällen kann man das Instrument unbedenklich dem Patienten in die Hand geben; es ist nur darauf aufmerksam zu machen, daß vor der Lufteintreibung die Nasenlöcher durch Wattetampons fest verschlossen werden müssen, da dem Patienten außer den zum Halten des Instrumentes und zum Drücken des Balles benutzten Händen eine dritte Hand nicht zur Verfügung steht.

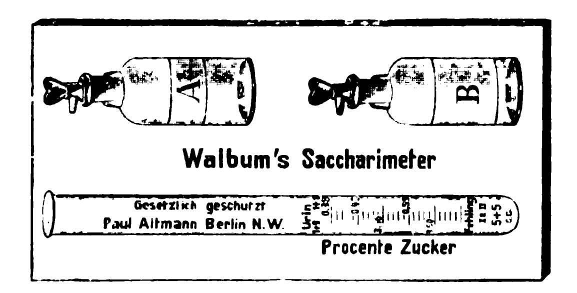
Das Instrument wird von der Firma Otto Gentsch in Magdeburg hergestellt.

Walbums Saccharimeter.

Die Firma Paul Altmann, Berlin N. W. 6, Luisenstr. 47, bringt einen von E. L. Walbum angegebenen neuen Apparat zur quantitativen Zuckerbestimmung im Harn in den Handel. (Preis 7,50 Mk.)

Die Konstruktion vorliegenden Apparates beruht auf der bekannten Tatsache, daß alkalische Kupferlösung — Fehlingsche Lösung — durch zuckerhaltigen Harn reduziert wird. Auf dem Apparat, einer Glasröhre aus bestem, widerstandsfähigem Apparatenglas, sind die Prozente des im Harn befindlichen Zuckers direkt ablesbar. Ein Hauptvorzug des neuen Apparates ist, daß die ganze Analyse höchstens 10 Minuten, und mit einiger Uebung nur 5 Minuten in Anspruch nimmt, wodurch derselbe besonders für praktische Aerzte empfehlenswert ist. Auch zeichnet sich der Apparat durch seinen geringen Preis und überaus einfache Handhabung vor allen bekannten besseren Saccharimetern aus.

Ein bestimmtes Quantum Fehlingscher Lösung wird im Apparat durch allmählichen Zusatz von verdünntem Harn zersetzt, der Endpunkt der Reaktion wird durch leichtes Neigen



des Glases gegen eine weiße Fläche äußerst leicht erkannt. Auf dem Apparat sind die durch E. L. Walbum auf Grund genauer Berechnung festgestellten Prozentzahlen des Zuckers der im Harn enthalten ist, eingeätzt.

Der zu untersuchende Harn wird in der Tropfflasche A mit dem gleichen Volumen Wasser (wenn möglich destilliertem) verdünnt, indem man bis zur untersten Marke Urin und dazu bis zur oberen Marke Wasser gießt.

In das kalibrierte Rohr — das eigentliche Saccharimeter — wird mit der beigegebenen Pipette genau 5 ccm der Fehlingschen Lösung I (Kupfersulfatlösung) eingegossen, wonach von der Fehlingschen Lösung II bis zum untersten Teilungsstrich aufgefüllt wird.

Es sei hierbei bemerkt, daß die Teilungsstriche stets als Tangente des unteren Bogens der Oberfläche der Flüssigkeit angebracht worden sind und demgemäß der untere Meniscus abzulesen ist.

Die so zubereitete Mischung Fehlingscher Lösung I und II wird jetzt bis zum Sieden erhitzt und darauf von dem verdünnten Harn (1+1) aus der Tropfflasche A ungefähr 1 ccm hinzugefügt, was dem Raum zwischen 2 Teilungsstrichen entspricht. Jetzt wird die Mischung nochmals zum Sieden erhitzt.

Man läßt nun die entstandene rote Fällung sich ein wenig absetzen und beobachtet bei schräger Haltung des Glases gegen das Licht oder gegen weißes Papier, ob die Flüssigkeit noch blau ist. Ist dies der Fall, wird nochmals 1 ccm verdünnter Harn aus der Tropfflasche A hinzugefügt, wieder bis zum Sieden erhitzt und beobachtet. Mit dem Zusetzen und Erhitzen fährt man so lange fort, bis die blaue Farbe vollkommen verschwunden ist und durch eine gewöhnliche schwach gelbliche Farbe ersetzt worden ist.

Man läßt das Glas dann unter dem Wasserstrahl erkalten und liest direkt den Zuckerprozentgehalt in dem unverdünnten Harn ab auf der Skala rechts von der Teilung. Enthält der Harn nach dieser Analyse mehr als ca. 30 % Zucker, und wünscht man genauere Angaben von dem Zuckergehalt, dann wird das Glas gereinigt (event. mit verdünnter Salzsäure) und man unternimmt eine neue Analyse auf vollkommen gleiche Weise, nur mit dem Unterschiede, daß man hierzu eine Harnverdünnung von 1+9 verwendet.

Diese Verdünnung bereitet man in der Weise, daß man die Flasche B mit dem schon einmal verdünnten Harn (1+1) aus der Flasche A bis zur unteren Marke füllt und dann Wasser bis zur oberen Marke hinzufügt.

Das Resultat wird jetzt auf der Skala links von der Teilung abgelesen. Die Zahlen geben direkt den Zuckerprozentgehalt in dem unverdünnten Harn an.

Beim Kochen muß man vorsichtig das Rohr schütteln und seitwärts halten, weil die stark alkalische Flüssigkeit eine große Neigung zum Stoßen hat.

Bezüglich der Sedimentierung des Kupferoxyds muß bemerkt werden, daß sie im Beginn der Reaktion gewöhnlich ziemlich langsam vor sich geht, aber gegen den Schluß der Reaktion fast unmittelbar nach dem Erhitzen zum Sieden erfolgt, welcher Umstand sehr die Arbeit erleichtert.

Die Fehlingsche Lösung, die in allen Apotheken erhältlich ist, hat folgende Zusammensetzung:

Lösung No. I (die blaue)	Rein kryst. Kupfersulfat	34,639 g,
	Destill. Wasser	ad 500 ccm,
Lösung No. II (die weiße)	Seignettesalz	173 g.
	Destill. Wasser	ad 500 ccm.

Periodische Literatur.

Ueber Stovain. Von Privatdozent W. P. Serenin. (Medizinische Obosrenie 1906, November.)

Verfasser hat das Stovain hauptsächlich lokal bei den verschiedensten kleineren Operationen und nur in 10 Fällen in Form von cerebrospinaler Stovainisation angewendet. Die Gesamtzahl seiner Beobachtungen beträgt über 180.

Im allgemeinen ist Verfasser auf Grund seiner Erfahrungen zu der Ueberzeugung gelangt, daß das Stovain, eben weil es sterilisierbar und dreimal weniger giftig als das Kokain ist, diesem letzteren vorgezogen zu werden verdient und in einigen Fällen das Kokain vollständig verdrängt, umsomehr, als man bei der Anwendung des Stovains nicht zu befürchten braucht, die Injektion von der Injektionsstelle aus weiter zu tragen, und Injektionen auf größere Strecken und längere Zeit hindurch machen kann, ohne Intoxikationserscheinungen zu befürchten. Desgleichen kann man das Stovain, eben weil es sterilisierbar ist, mit weniger Gefahr und infolgedessen sicherer zum Zwecke der cerebrospinalen Anaesthesie anwenden. Ein Mangel des Stovains besteht darin, daß das Präparat eine vasodilatatorische Wirkung auf die Gefäße ausübt; allerdings wird diese Eigenschaft dem Stovain von manchen Aerzten gerade als Verdienst angerechnet. Jedenfalls hat die vasodilatatorische Eigenschaft des Stovains auf den Ausgang der Operation selbst gar keinen Einfluß. Der zweite Nachteil des Stovains besteht darin, daß es etwas teurer ist als das Kokain.

In einer Nachschrift teilt Verfasser mit, daß seit der Niederlegung der vorstehenden Beobachtungen inzwischen ein Jahr vergangen sei, daß er während dieser Zeit die Wirkung des Stovains an einer nicht geringeren Anzahl von Fällen als im Vorstehenden mitgeteilt ist, beobachtet hat und überall wohltuende Wirkung des Mittels konstatierte. Das inkonstante Resultat, welches er bei der cerebrospinalen Stovainisation erzielt hat, glaubt Verfasser auf nichts anderes zurückführen zu müssen, als nur darauf, daß er zu schwache Stovainlösungen, nämlich 1—5—8 % ige statt 10 % ige angewendet hat.

Zweiter Bericht über die Behandlung des endemischen Kretinismus mit Schilddrüsensubstanz. Von Wagner v. Jauregg. (Wiener klin. Wochenschrift Nr. 2, 1907.)

Verfasser berichtet über eine große Anzahl von Fällen, die zum Teil 3 Jahre und länger in Behandlung stehen; er kommt zu folgenden Schlüssen: Der Kretinismus wird in allen Graden und auch im vorgeschrittenen Alter (27 Jahre) durch die Behandlung mit Schilddrüsensubstanz günstig beeinflußt. Der Erfolg ist um so besser, je früher die Behandlung beginnt. In den leichteren Fällen (wohl meist erworbenen), ohne beträchtliche Schädigung des Gehörorganes kann volle Heilung erzielt werden,



wenn die Behandlung frühzeitig zwischen dem zweiten und dritten Lebensjahr beginnt. Der Erfolg ist bleibend, auch wenn die Darreichung von Schilddrüsensubstanz ausgesetzt wird. Bei schweren Fällen von Kretinismus (angeborenem) ist selbst mit frühester Behandlung (ein bis drei Jahren) kein voller Reinerfolg zu erzielen. Ob eine noch früher einsetzende Behandlung (etwa mit 6 Wochen) dazu führen wird, ist noch nicht zu entscheiden. Was speziell die Störung der Gehörsfunktion anbelangt, ist zu bemerken, daß sowohl die auf Mittelohrerkrankung infolge spezifischer adenoider Wucherungen, die im kausalen Zusammenhang mit dem Kretinismus stehen, als auch die auf Labyrintherkrankung beruhende Schwerhörigkeit des Kretins durch die Behandlung gebessert wird. Dies Symptom ist widerspenstiger als die übrigen. Schwerere Störungsgrade können auch bei Beginn der Behandlung im zweiten und dritten Lebensjahr nicht behoben werden. Ob ein noch früherer Beginn bessere Resultate bringt, ist zweifelhaft. Die Frühdiagnose des angeborenen Kretinismus in den ersten Lebensjahren ist schwierig. Makroglossie und angeborener Kropf sichern die Diagnose „angeborener Kretinismus". Abflachung der Nasenwurzel und Kürze der Nase ist weniger charakteristisch und kommt anderen Erkrankungen auch zu. Auf die Beschaffenheit der Weichteile und die blasse Gesichtsfarbe als Kriterien für die Frühdiagnose legt Verfasser im Gegensatz zu anderen Autoren kein großes Gewicht, da nach seinen Erfahrungen diese erst am Ende des ersten Lebensjahres aufzutreten pflegen. Noch schwieriger ist die Frühdiagnose des Kretinismus, da die Symptome sich allmählich und unmerklich einstellen. Das Ausbleiben des Gehen- und Sprechenlernens gibt einen Anhaltspunkt. Wenn die charakteristische bleiche Gesichtsfarbe, Hautschwellungen, Apathie dazukommen, der Schluß der Fontanelle, Durchbruch der Zähne nicht erfolgt, die charakteristische Nasenbildung auftritt und das Wachstum nicht recht fortschreitet, ist die Diagnose leicht.

Beitrag zur modernen Eisentherapie. Von Spitzer, Graz. (Aerztliche Rundschau, Nr. 3, 1907.)

Alboferin (chemische Fabrik Fritz & Sachsse, Wien) ist eine Kombination von Eisen, Phosphor, Eiweiß, wobei erstere vollkommen organisch an letzteres gebunden erscheinen. Die Dosierung beträgt für Erwachsene 4—5 g täglich (zwei bis drei Teelöffel oder fünfzehn bis zwanzig Pastillen), für Kinder die Hälfte. Verf. hat es bei einer größeren Zahl von Anaemien, Chlorosen, Schulanaemien, Rhachitis mit gutem Erfolg erprobt. Wegen seiner Phosphorkomponente übt es speziell auf das Nervensystem einen günstigen Einfluß aus, infolge des hohen Eiweißgehaltes, noch mehr aber wegen seiner appetitanregenden, eine gesteigerte Nahrungsaufnahme befördernden Wirkung kommt es als Nährmittel in Betracht. Vor allem eignet sich deshalb Alboferin für die Fälle von Anaemie, die in ihrem Ernährungszustand zurückgeblieben sind und bei denen die nervösen Beschwerden stark in den Vordergrund treten.

Beta-Sulfopyrin bei der Behandlung des Jodismus und des akuten Schnupfens. Von Rosenthal, Weimar. (Aerztliche Rundschau, Nr. 5, 1907.)

Beta-Sulfopyrin (von der Firma Ebert & Meincke, Bremen) besteht aus za. 50% Antipyrin und ebensoviel Acid. sulfanilicum. Verf. hat das Mittel bei den lästigen Erscheinungen des Jodismus mit günstigstem Erfolg verwandt. Abgesehen von einem Fall mit hochgradiger Idiosynkrasie gegen jede Jodmedikation, blieb der Jodismus bei allen Patienten, die früher auf das heftigste gegen Jod reagiert hatten, aus oder wurde auf ein Minimum beschränkt, so daß die betr. Patienten längere Zeit Jodkali ohne besondere Belästigungen nehmen konnten. Auch bei akutem Schnupfen bewährte sich Beta-Sulfopyrin aufs beste. Das Mittel kommt in Tablettenform (à 1,0 g) in den Handel; drei bis vier Tabletten sollen täglich gegeben werden.

Ueber Asthmabehandlung. Von Siegel, Reichenhall. (Wiener klin. Wochenschr., Nr. 4, 1907.)

Die Meinungen über die Ursache des Asthmaanfalls, über die zu Grunde liegenden Veränderungen im Respirationsgebiet waren von jeher geteilt. Die Theorie vom Zwerchfellkrampf ist völlig aufgegeben. Der Krampf der Bronchialmuskulatur erklärt nicht einwandsfrei alle Anfalle, der experimentelle Beweis dieser Annahme ist ebenfalls bisher nicht gelungen. Eine andere Theorie erklärt die Atemnot als Folge einer akuten Schwellung und Hyperaemie der Bronchialschleimhaut, durch welche es zu einer hochgradigen Verengerung der Lumina, sowie zur Ansammlung zähen Sekretes komme, eine andere spricht von einem fluxionären Element, eine andere von einem Catarrhus acutissimus infolge vasomotorischer Einflüsse. Von verschiedenen Forschern war beobachtet, daß nicht nur Gesunde und Asthmatiker durch Imitierung des im Anfall einsetzenden Atemtypus den Krampf auslösen, einen Anfall hervorrufen konnten, sondern daß auch viele Asthmatiker imstande seien, den Krampf während des Anfalles, aber sicher in den Remissionsperioden zu unterdrücken. Sänger sah in der Steigerung der Blähung der Lunge die Quelle des Leidens; daher sei es für die Therapie wichtig, die Inspiration zu verflachen resp. abzukürzen, die Exspiration aber im Verhältnis zur Inspiration zu verlängern, keinesfalls aber zu vertiefen. Darauf gründete er seine „Ausatmungsgymnastik" als Therapie. S. hat diese Methode nachgeprüft; er teilt seine Patienten in zwei Gruppen. Die erste besteht aus zwei Fällen, bei denen in der anfallsfreien Zeit nicht der geringste Befund zu erheben war. Die Anfälle traten unberechenbar auf und unabhängig von äußeren Einflüssen, Intensität und Dauer wechselten, aetiologische Anhaltspunkte fehlen. In einem Fall versagte die Methode dabei ganz, der andere wurde sichtlich beeinflußt. Bei der zweiten Gruppe besteht chronischer Bronchialkatarrh mit Emphysem. In Rechnung zu ziehen ist bei der Beurteilung der Methode, daß die Patienten unter sehr günstigen hygienischen Bedingungen standen; sie machten alle Inhalationskuren, resp. pneumatische oder hydropathische Kuren durch. Die Patienten selbst drücken sich über den Wert der Methode sehr skeptisch aus, ihre Umgebung sah gute Erfolge, wenn es gelang, die im Anfall der Methode widerstrebenden Patienten zum rechtzeitigen und konsequenten Zählen zu veranlassen. S. selbst hat gute Erfolge gesehen, teilt aber nicht den Optimismus Sängers u. a., sondern ist der Ansicht, daß dies Verfahren nicht in allen Fällen gleichwertig ist, da es auf den Willen des Patienten oft sehr ankommt; ein fernerer Uebelstand besteht darin, daß eine zweite Person resp. ein Arzt dabei notwendig ist, ein Vorteil aber darin, daß oft die gewöhnlichen Asthmamittel entbehrlich sind. :+.

Uviolbehandlung und Augenkrankheiten. Von Axmann, Erfurt. (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 5, 1907.)

A. empfiehlt die von ihm ausgebildete Uviolbehandlung (Münch. med. W., Nr. 36, 1905, Deutsche med. W., Nr. 15, 1906) auch für chronische Erkrankungen der Bindehäute des Auges; während der Bestrahlung der ectropionierten Conjunctiven wird die Pupille mit dem oberen oder unteren Lide geschützt. Bei einem Lupusfalle mit hochgradiger Trübung der Cornea wurde dies unterlassen; dabei stellte sich im Laufe der Bestrahlungsbehandlung eine bemerkenswerte Aufhellung der Corneae mit wesentlicher Besserung der Sehfähigkeit ein.

Ueber Lumbalanaesthesie mit Tropacocain. Von Bosse, Weimar. (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 5, 1907.)

Bericht über sechzig Operationen, die unter Rückenmarksanaesthesie vorgenommen wurden; verwandt wurde ausschließlich Tropacocain mit einem Zusatz von 0,6 NaCl; am meisten empfiehlt sich die 5%ige Lösung, da diese dem Liquor cerebrospinalis isotonisch ist. Immer war eine Tube der 5%igen Lösung, in der 1,2—1,25 ccm (= 0,06—0,0625 Tropacocain) enthalten ist, ausreichend. Die Injektion wurde stets in der Mittellinie zwischen drittem und viertem oder zweitem und drittem Lendenwirbel an dem in gebeugter Haltung auf dem Operationstisch sitzenden Patienten ohne Verwendung von Lokalanaestheticis für den Einstich vorgenommen. Wert ist darauf zu legen, daß der Liquor im Strudel hervorströmt, da man nur dann sicher ist, daß die ganze Spitze der Nadel sich innerhalb des Arachnoidealsackes befindet. Bei Operationen am Damm wurden 0,04 Tropacocain nach Verdünnen mit 2 ccm Liquor, bei Operationen an den Beinen mit 3—4 ccm Liquor injiziert; bei Operationen in der Leistengegend wurde 0,05 Tropacocain verdünnt mit 4—6 ccm Liquor verwandt; bei Laparotomien unterhalb des Nabels wurden 10 ccm Liquor angesaugt, bei solchen oberhalb des Nabels 0,06—0,07 Tropacocain mit 10 ccm Liquor gemischt und dann steile Kadersche Beckenhochlagerung

vorgenommen. Eine halbe bis eine Stunde vor der Operation erhielten die Patienten je nach Alter und Geschlecht 0,01 — 0,02 Morphium subkutan. Ueble Zufälle während der Operation, unwillkürlicher Abgang von Urin, Flatus, Kot, Verfärbung des Gesichts, Unregelmäßigkeiten des Pulses und der Atmung, Auftreten von Schweiß, wurden nie beobachtet. Als Nacherscheinungen kamen öfters vorübergehende Temperatursteigerungen vor und leichte Kopfschmerzen gelegentlich; einige Tage anhaltende Appetitlosigkeit zeigte etwa ein Viertel der Fälle, während die Mehrzahl der Patienten unmittelbar nach der Operation mit gutem Appetit aß. Unter den sechzig Fällen waren vier Versager, die aber wohl auf technische Fehler im Anfang zurückzuführen sind. Das Operationsmaterial umfaßt Laparotomien, Bruch- und Alexander-Adam-Operationen, Amputationen des Rektum, Wandernierenoperationen, Prostatektomien, Amputationen des Ober- und Unterschenkels, Kniegelenksresektionen, Patellarnaht und kleinere Eingriffe an den unteren Extremitäten und am Damm. Bei den günstigen Ergebnissen bezüglich der üblen Zufälle, der Nach- und Nebenerscheinungen, und bei der ausgezeichneten Wirkung verdient das Tropacocain entschieden den Vorzug vor den anderen Injektionsflüssigkeiten Stovain, Alypin etc.

Neuere Arzneimittel.

Sophol. Seine Erfahrungen über die Prophylaxe der Blennorrhoea neonatorum durch Anwendung von Silberpräparaten teilt Prof. Dr. von Herff in dem „Bericht über das Jahr 1905; aus dem Frauenspital Basel (Basel 1906)“ mit.

„Die Vorbeugungsmaßregeln gegen die Ophthalmoblennorrhoea gonorrhoica haben sich im Berichtsjahr 1905 weiterhin bewährt. Allerdings wurde von dem Protargol, das bei 3009 Fällen 0% Frühinfektionen und 0,06% Spätinfektionen ergeben hatte, aus Gründen, die bei anderer Gelegenheit näher dargelegt werden sollen, abgesehen. Statt dessen wurde bis zum Juni 1905 Argyrol und dann späterhin ein anderes organisches Silberpräparat, Formonucleinsilber, „Sophol“ (Bayer & Co., Elberfeld) im Handel genannt, angewendet. Beide Mittel haben gegen Protargol den Vorzug einer erheblich geringeren Reizwirkung, was namentlich bei „Sophol“ zutrifft. Es sei daher hier nur erwähnt, daß im Laufe des Jahres 1905 1222 und bis heute 1500 Kinder mit diesen Präparaten gegen Gonorrhoe geschützt wurden. Ein einziges Mal kam es zu einer Frühinfektion am zweiten Tage des Lebens des Kindes. Es handelt sich um eine Frau mit frischer Gonorrhoe, bei welcher ich eine vorgefallene Nabelschnur entlang dem Gesichte des Kindes mit Erfolg zurückgebracht habe. Nicht unwahrscheinlich, daß ich selbst dabei das Auge infiziert habe, oder daß es zu einem Auskeimen der Gonokokken im Fruchtwasser gekommen ist. Die Mutter erkrankte schon im Frühwochenbett an schwerer Peleoperitonitis gonorrhoica. Eine Spätinfektion wurde nicht beobachtet. Zählt man zu diesen Fällen die Reihe der mit Protargol geschützten hinzu, so ergibt sich als bisheriges Ergebnis des Fallenlassens der Argentum nitricum-Vorbeugung, daß bei 4709 geschützten Kindern eine Frühinfektion und zwei Spätinfektionen beobachtet wurden gleich 0,06% Erkrankungen an Gonorrhoe.

Wie schon früher berichtet wurde, zeigte Argentum nitricum im Frauenspital 0,2% Erkrankungen gegenüber einem Prozentsatz von 0,6 bis 0,7% in der Stadt. Ich kann daher mit dem Erfolge des Protargols und der beiden neuen Mittel sehr zufrieden sein. Inwiefern sich das neue organische Silberpräparat Formonuclein, d. h. Sophol, in der Schutzwirkung dem Protargol überlegen sich darstellen wird, können erst die Erfahrungen der nächsten Jahre zeigen. Jedenfalls verdient Sophol schon wegen seiner viel geringeren Reizwirkung den Vorzug vor Protargol.

Die Anwendung des Sophols ist denkbar einfach. Man bereitet sich eine fünfprozentige Lösung in kaltem, sterilisiertem, destilliertem Wasser, die in dunklen Flaschen aufzubewahren ist. Mit Hilfe einer kleinen Glaspipette werden zwei bis drei Tropfen in jedes Auge eingeträufelt. Der Ueberschuß wird mit einem Wattebäuschchen weggetupft. Irgend welche Kontrolle der Hebammen, sie und Hebammenschülerinnen führen die Einträufelungen aus, findet nicht statt.

Wie in früheren Jahren wurden auch die geringsten Sekretmengen der Augen regelmäßig auf Gonokokken untersucht, um die Frage der Latenz zu klären. Zumeist wurden Ausstrichpräparate vielfach auch Kulturen angelegt. Solcher Konjunktivitiden, häufig leichtester Art, die zunächst nur wenige Tage andauerten, wurden 41 untersucht. Am häufigsten fanden sich Diplokokkus flavus vor, der wohl nur der Staphylokokkus aureus ist, seltener der albus, Streptokokken, vereinzelt Bazillen usw. Die Zahl dieser leichten Augenentzündungen läßt sich durch Uebertragung der Spaltpilze von der Warze, wo die gleichen Arten regelmäßig vorgefunden werden, erklären.“

Patentnachrichten.

Patent-Anmeldungen.

292468. Künstlicher Holzfuss mit Doppelanschlag und Federung. Johann Rohr, Hilden.

292480. Gürtelförmige Leibbinde mit hosenbeinartigen Fortsätzen an der Hinterseite. Frau Anna Beier, Zürich.

292528. Vorrichtung zur Verhütung des Schnarchens. Adolf Butz, Wiesbaden.

292728. Zweimal der Quere nach zusammengelegte, kompendiös gepackte Damenbinde (Menstruationsbinde). Paul E. Dropp, Chemnitz.

292776 Künstliches Trommelfell aus dünnem Material (z. B. Seidenpapier). D r Eduard Richter, Plauen i. V.

292576. Bettunterlage mit Luftschlaucheinfassung. Hermann Taeger und Auguste Kirchner, geb. Mädicke, Halle a. S.

292609. Kranken-Sitzmöbel mit zurückklappbaren Armlehnen. Wilhelm van Galen, Rees.

292339. Streckapparat für medicinische Behandlung, mit am Tragejoch angelenktem Kinntragband, stellbarem Hinterkopftragstreifen, stellbarem Rückenband und mit einem Kraftmesser verbundenen Fussbügeln. Cartilage Company, Rochester.

292476 Apparat für Heilgymnastik, bei welchem ein von zwei Handgriffen ausgehendes Seil über einen Rollenzug zu einem mit verstellbaren Haltern für den Kopf, den Rumpf und die Schenkel versehenen Bügel führt. Alfred Brockel, Berlin

292757. Selbsttätiger Wasser-Frottierapparat mit einer durch den Wasserdruck in Drehung versetzten Sprühtrommel mit Frottierkörpern. Dr. Hans Croneberg, München.

292765. Saugflasche mit Luftzutrittsöffnung. Oswald Günther, Kottbus.

292729. Apparat zur Herstellung kohlensäurehaltiger Bäder mit selbsttätiger Regulierung des Zu- und Abflusses. Franz Heuser & Co., Hannover.

292401. Injektionsspritze mit einem durch einen abschraubbaren Kopf gehaltenen, dem Kolben als Anschlag dienenden Stöpsel. Dr. E. Grosheintz, Basel.

292479. Spritzkork mit oxydiertem Aufsatz aus unedlem Metall. Gebrüder Seidel, Marburg

292517. An einer Injektionsspritze angebrachte Verschlussteile für ein zur Aufnahme der Spritze geeignetes Getäss. Dr. Heinrich Schweitzer, Cassel.

292521. Aus Ballon und Mundstück bestehendes Instrument zum Oelen oder Bespülen des Afters und Mastdarmendes mit nur seitlich am Mundstück angeordneten Austrittsöffnungen. Rudolf Klemmer, Krumbach, Schwaben.

292530. Luftdruckregulier-Vorrichtung für medicinische Apparate. Georg Haertel, Breslau.

292583. Injektionsspritze mit eingeschliffenem Kolben und auf den Zylinder aussen aufgeschliffener Kappe, die den Nadelkonus trägt. Steinmetz und Knetsch, Kassel.

Gebrauchsmuster.

30f. 294949. Drehvorrichtung mit Schleuderstreifen zur mechanischen Anreizung von Hautstellen. Dr. Ludwig Vorstaedter, Bialystok, Rußland; Vertr.: J. Leman, Pat.-Anw., Berlin SO. 26.

30f. 294950. Drehvorrichtung mit Schleuderstreifen zur elektrischen Anreizung von Hautstellen. Dr. Ludwig Vorstaedter, Bialystok, Rußland; Vertr.: J. Leman, Pat.-Anw., Berlin SO. 26.

42l. 295795. Zur Untersuchung von Milch und Milchprodukten dienendes, an dem äußeren Skalenrohrende mit Haltezapfen zur Aufnahme von Verschlüssen ausgerüstetes Butyrometer. Dr. N. Gerbers Co. m. b. H., Leipzig.

42l. 295796. Skala für Butyrometer zur Untersuchung von Milchprodukten, bestehend aus durch Kugel getrennten Skalenhalsteilen verschiedenen Lumens, von denen der obere Ablesungsteil mit einer Halsöffnung versehen ist. Dr. N. Gerbers Co m. b. H., Leipzig.

42l. 295797. Zur Untersuchung von Voll- und Magermilch dienendes Butyrometer mit nach beiden Enden in eine Halsöffnung auslaufender Skalenröhre. Dr. N. Gerbers Co. m. b. H., Leipzig.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Köln a. Rh. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von Heynemann'sche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Bekanntmachung.

Das Diphtherie-Heilserum a) mit der Kontrollnummer 209, geschrieben: „zweihundertundneun aus der Fabrik vorm. F. Schering in Berlin; b) 101 und 102, geschrieben: Einhundertundeins und Einhundertundzwei, aus dem Serumlaboratorium von Rüte-Enoch in Hamburg; c) 102, 103 und 104, geschrieben: Einhundertundzwei, Einhundertunddrei und Einhundertundvier, aus der Merckschen Fabrik in Darmstadt; d) 859 und 863, geschrieben: Achthundertneunundfünfzig und Achthundertdreiundsechzig, aus den Höchster Farbwerken ist wegen Abschwächung zur Einziehung bestimmt.

Flaschen mit diesen Kontrollnummern dürfen hinfort nicht mehr in den Apotheken abgegeben werden und können nach der Vereinbarung mit den betreffenden Laboratorien bei kostenfreier Einsendung kostenlos gegen einwandfreies Serum eingetauscht werden.

Berlin, den 17. März 1907. (I. A. 1453. 07.)

Der Polizei-Präsident.
Im Auftrage: Lewald.

Nr. 8. 1907. 22. April.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.



Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Ueber das Heufieber und seine Behandlung mit Pollantin.

Da die kritische Zeit, in der das Heufieber sein Unwesen alljährlich zu treiben pflegt, immer näher kommt, ist es wohl angebracht, diesem Leiden einige Betrachtungen zu widmen, das zwar eine der quälendsten, aber doch der harmlosesten Krankheiten ist und das für uns besonderes Interesse hat, weil, wie es scheint, die Zahl der dafür empfänglichen Menschen in rapider Weise zunimmt und dann, weil es unserm jungen Jahrhundert geglückt ist, das Chaos der Meinungen über die Aetiologie und Therapie dieser Erkrankung in vollkommener Weise zu sichten und zu klären.

Trotzdem bekanntlich Bostock, nach dem ja die Krankheit auch benannt wird, schon vor etwa 100 Jahren seine Erfahrungen über das Heufieber veröffentlicht hat, muß man doch diese Affektion als eine relativ jugendliche Erscheinung ansprechen; denn einer großen Verbreitung scheint sie sich vor einem Jahrhundert — wenigstens bei uns — noch nicht erfreut zu haben, wie u. a. auch aus den statistischen Erhebungen von Möbius hervorgeht. Ja, erst in der jüngsten Zeit scheint die Disposition zur Heufiebererkrankung über weitere Kreise Ausdehnung zu gewinnen; so ist es nicht übertrieben, die Zahl der Disponierten auf Hunderttausende abzuschätzen und in Nordamerika, wo die Krankheit erst im Herbst aufzutreten pflegt, soll die Zahl der Opfer sogar mindestens eine Million betragen.

Es erübrigt sich wohl, auf die Symptomatologie einzugehen, da jeder Arzt sicherlich in seiner Klientel Heufieberkranke zu verzeichnen hat. Dunbar beschreibt den Verlauf in folgender Weise (cf. Vortrag in der Hufelandischen Gesellschaft zu Berlin, 9. März 1905):

„Bekanntlich tritt der Heufieberanfall im Frühjahr nicht plötzlich mit voller Intensität auf. Erst fühlt man ein prickelndes Jucken in einem oder in beiden Augenwinkeln, das sich vergleichen läßt mit dem Gefühl, das man hat, wenn man Brennesseln berührt. Gelegentlich tritt dann in einem oder in beiden Nasengängen ein ähnliches Gefühl auf. Dann fängt die Augenschleimheit an, sich zu injizieren und zu tränen. Es treten Niesanfälle auf, und die Nasenschleimhaut beginnt, fortgesetzt zu sezernieren. Das Niesen kann sich unter Umständen bis hundertmal hintereinander wiederholen. Darauf beginnt die Nase für Luft undurchgängig zu werden infolge Schwellung der Schleimhaut. Entsprechend entwickelt sich im Auge Chemosis bis zum Hervorquellen der Mukosa aus der Lidspalte. Der Patient kann nicht mehr durch die Nase atmen. Nicht allein beim Essen und Schlafen macht sich das im höchsten Maße quälend bemerkbar, sondern es stellt sich das prickelnde, juckende Gefühl nunmehr auch im Gaumen ein bis weit in den Rachen hinunter. Der Patient wird heiser, es entwickelt sich Bronchitis und bei vielen Patienten im Anschlusse daran Asthma. Andere Patienten leiden an migräneartigen Störungen. Der Patient wird hinfällig, er kann kaum noch auf dem Stuhl sitzen; irgend welche geistige Tätigkeit ist so gut wie ausgeschlossen. Kaum kann er noch die Zeitung mit Interesse verfolgen, zumal die Augensymptome das Lesen sehr erschweren.“

Das Krankheitsbild gleicht also fast genau dem einer schweren Erkältung, eines tüchtigen Nasenrachenkatarrhs, besonders wenn die asthmatischen Beschwerden ausbleiben, und da die Patienten nach einiger Zeit wieder wohl und munter sind, ohne irgend welche Krankheitsfolgen zu zeigen, so nimmt gemeinhin weder Arzt noch Laie das Heufieber allzu tragisch, obwohl die Leidenszeit quälend und lästig genug ist, zumal für Personen, deren Lebensberuf die Verrichtung geistiger Arbeit ist und die durch diese Erkrankung auf längere Zeit völlig arbeitsunfähig werden, gerade solche Personen werden aber mit Vorliebe vom Heufieber ergriffen.

Die Jahreszeit, in der die Krankheit einsetzt, ist nach Dunbars Erfahrungen in den verschiedenen Zonen verschieden: während in Italien der April und Mai die bevorzugtesten Monate sind, tritt das Heufieber bei uns im Juni und Juli auf, in England noch später und in Amerika erst im Herbst. Die Dauer beläuft sich überall auf etwa 4 bis 6 Wochen.

Enthielt diese Periodizität schon einen Hinweis auf gewisse aetiologische Faktoren, so war es doch schwer, den oder die richtigen ausfindig zu machen — so schwer, daß es erst der neuesten Zeit gelungen ist, die Aetiologie völlig sicher zu stellen. Nachdem man nacheinander die erste Sommerhitze, dann den Staub verantwortlich gemacht hatte, wies Elliotson 1831 auf die Gräserblüte als Ursache hin, und Blackley zeigte auf experimentellem Wege, daß zur Heufieberperiode die Luft mit Gräserpollen stark verunreinigt sei. Helmholtz war es, der, selbst Heufieberpatient, diese Theorie, die vielfach Anerkennung gefunden hatte, verwarf und das Leiden auf bakterielle Einflüsse zurückführte, eine Hypothese, die in der Epoche der Bakteriologie zum Dogma erhoben wurde und das Genie dieses Geistesheros noch bewundernswürdiger erscheinen ließ, zumal im Anfall bestimmte Bakterienarten auf den befallenen Schleimhäuten in Reinkultur nachzuweisen sind, die weder vorher noch nachher isoliert werden können. Bekanntlich gab Helmholtz auch die Chinintherapie an. Die Beobachtung nun, daß die erwähnten Bakterien niemals künstlich einen Anfall von Heufieber hervorriefen, veranlaßte Prof. Dunbar in Hamburg, der selbst längere Zeit Anhänger der Helmholtzschen Theorie war, nach anderen aetiologischen Momenten zu suchen, und er fand sie in der Tat in unbezweifelbarer Weise in den von altersher verdächtigen Gräserpollen.

Am überzeugendsten wirkt (außer den therapeutischen Erfolgen, auf die wir später zu sprechen kommen) das Experimentum crucis, welches Dunbar so anstellte, daß er eine kleine,

kaum sichtbare Menge von Gramineenpollen auf die Augen- und Nasenschleimhaut von Heufieberpatienten brachte; die Wirkung war, daß im Auge binnen kurzer Zeit das charakteristische, prickelnde, brennende Jucken einsetzte, worauf alsbald Gefäßinjektion, Tränensekretion, Chemosis folgten, und daß auch in der Nase die dem Heufieberanfall in seinen einzelnen Stadien eigentümlichen Symptome genau entsprechend sich entwickelten. Nicht zum Heufieber disponierte Personen zeigten auf das Einbringen von Gramineenpollen keine Reaktion. Den gleichen Erfolg hatte die subkutane Applikation von Gräserpollenextrakten, ein Beweis dafür, daß von einer mechanischen Reizung der Augen- und Nasenschleimhaut durch die Pollen nicht die Rede sein kann, zumal ja die wirksamen Pollen zum Teil eine völlig glatte Oberfläche haben und das Einbringen von bloßen Ruß- oder Staubteilchen in den Conjunktivalsack oder in die Nase noch nie einen Heufieberanfall hervorgerufen hat. Ebenso widerlegt werden durch diese Experimente die Erklärungsversuche, die als die den Anfall auslösenden Faktoren die Empfindlichkeit gewisser Nervenendigungen oder gar eine grobmechanische Verstopfung der Nase ansehen wollen. Vielmehr muß es sich dabei um chemische Agentien handeln, die, verschiedenen Klassen (Kohlehydrate, wachsartige Stoffe, ätherische Oele, Wasser, Mineralstoffe, Antin, Suberin, Eiweißkörper und N-haltige nicht eiweißartige Substanzen, Enzyme) angehörig, das Pollenkorn zu einem komplizierten Körper machen und von Dunbar isoliert worden sind. Indes sind weder Riechstoffe noch ätherische Oele noch die Stärkestäbchen, die sich in der sogenannten Fovilla, dem Inhalte des Pollenkorns, in großer Zahl vorfinden, die für das Heufieber verantwortlich zu machenden Agentien, sondern ein Eiweißkörper, ein Toxalbumin, welches Dunbar darzustellen gelang, indem er die Pollen zertrümmerte, mit Kochsalzlösung auszog, das Ganze nach längerem Stehen zentrifugierte, die Flüssigkeit vom Bodensatz trennte und mit Alkohol versetzte; dabei fällt die wirksame Substanz quantitativ heraus. Zu identifizieren ist der Niederschlag leicht, da er sämtliche Eiweißreaktionen zeigt; daß dies Toxalbumin das wirksame Prinzip ist, dafür liegt der Beweis darin, daß bei empfindlichen Personen schon $^{1}/_{40000}$ mg, auf die Schleimhaut des Auges oder der Nase appliziert, genügt, um eine objektiv erkennbare Reaktion zu zeitigen, während normale Personen sich auch gegen große Dosen wie gegen das in der Natur verstreute Heufiebervirus indifferent verhalten.

Die Wirkung des Pollentoxins bleibt beim Erhitzen auf 56 ° C in seiner Wirkung völlig unverändert, büßt bei weiterem Erhitzen auf 75° C ein Viertel, auf 100° C die Hälfte seiner Energie ein und wird (**Prausnitz** und **Kammann**) bei 150° völlig zerstört. Durch Applikation dieses Virus kann natürlich zu jeder Jahreszeit das typische Heufieber erzeugt werden. Gleichzeitig wird durch die geringe Quantität des zur Erzeugung der Reaktion nötigen Virus bewiesen, daß schon ein einziges Pollenkorn Toxin genug enthält, um einen Anfall herbeizuführen, und so der Einwand widerlegt, es könnten die Pollen nicht verantwortlich gemacht werden, da ihrer viel zu wenige in der Luft enthalten seien — ein Einwand, der übrigens nach **Liefmanns** Untersuchungen schon deshalb nicht stichhaltig ist, da zur Zeit der Gräserblüte ungeheure Scharen von Pollen die Luft erfüllen.

In den angeführten Tatsachen sind alle Vorbedingungen gegeben, die dazu berechtigen, in dem Pollentoxin Dunbars den Erreger des Heufiebers zu erblicken. Beweisend dafür ist fernerhin der Umstand, daß das Toxin in fast allen Kulturländern auf seine Wirksamkeit geprüft worden ist mit dem Resultate, daß überall eine spezifische Empfindlichkeit der Heufieberpatienten für das Virus zu konstatieren war. (Publikationen von **Thost**, **Semon**, **Mc. Bride**, **E. Mayer** u. s. f. Welche Rolle auch der Geruch von Katzen und Pferden als veranlassendes Moment in der Phantasie der Patienten und in der Literatur spielen mag, so viel steht fest, daß das in den verschiedenen Kulturländern vorkommende Heufieber eine aetiologisch einheitliche Affektion darstellt, und daß der Erreger das von Dunbar gefundene Pollentoxin ist. Auch der Herbstkatarrh der Nordamerikaner wird durch ein solches Protein erzeugt, wenn auch nicht die Pollen der Gräser, sondern der im Herbste blühenden Solidago-, Ambrosia-, Astern- und Chrysanthemumarten den Anfall veranlassen. (Schluß folgt.)

Über einen neuen automatischen Verschluss an Kystoskopen.

D. R. G. M.

Diese Neuerung der Firma **Reiniger, Gebbert & Schall, Erlangen,** betrifft ein Verschlußstück für Kystoskope, bei welchen das die Optik tragende Rohr aus dem Schaftrohr herausziehbar ist. Um ein Ausfließen des Blaseninhaltes zu verhindern, benutzte man bisher zum Abschluß des Schaftrohres einen quer zu dem oberen Ende des Rohres gerichteten Schieber oder ein Rückschlagventil mit Ventilklappe. Bei Anwendung des Schiebers ist ein Umstellen desselben von der Hand erforderlich. Diese Maßnahme ist umständlich, sie erfordert besondere Aufmerksamkeit und bietet trotzdem keine ausreichende Sicherheit gegen das Ausfließen des Blaseninhaltes aus dem Schaftrohr, da der Schieber erst nach vollständigem Herausziehen der Optik aus dem Schaftrohr verschoben werden kann.

Die Anordnung von Ventilklappen zeigt den Nachteil, daß die Gelenke derselben leicht schadhaft werden, da sie häufig mit den zur Behandlung verwendeten Oxyd bildenden Flüssigkeiten in Berührung kommen, der Defekt jedoch nur von einem geschickten Mechaniker behoben werden kann.

Alle diese Uebelstände werden beseitigt durch die neue Anordnung eines mit Kugelventil versehenen Verschlußstückes. Das Kugelventil ist so ausgebildet, daß der Ventilkörper (die Kugel) durch die Wirkung einer Feder in Absperrstellung gehalten und beim Einführen des die Optik tragenden Rohres in das Schaftrohr der Federkraft entgegen in Oeffnungsstellung gebracht wird. Da der kugelförmige Ventilkörper beim Herausziehen des die Optik tragenden Rohres gegen die Wandung der letzteren durch die Federwirkung angedrückt wird und infolgedessen der Abschluß des Schaftrohres durch den Ventilkörper sofort erfolgt, nachdem das Ende des Schaftrohres durch die Ventilöffnung hindurchgetreten ist, so wird ein Ausfluß aus dem Schaftrohre mit voller Sicherheit verhindert. Der Ventilkörper und die mit demselben zusammenwirkende Feder können in leichter und bequemer Weise ausgewechselt und zwecks Reinigung herausgenommen oder bei etwaiger Beschädigung durch neue Teile ersetzt werden.

Jedem Instrument sind einige dieser Teile zur Reserve beigegeben.

Zusammenklappbarer Liegestuhl mit abnehmbarem Tisch- und Fussgestell.

(System Fissmer.)

Die vorliegende als D. R. G. M. eingetragene Neuerung besteht darin, daß an den allgemein bekannten Liege- und Ruhestühlen außer einer Fußbank zur bequemen Benutzung für die ruhende Person ein abnehmbarer Tisch angebracht ist, der in jeder gewünschten Lage eingestellt werden kann. Der Tisch dient in wagerechter Einstellung als Arbeits-, Spiel-, Eßtisch usw., während er in schräger Richtung als Lesepult der ruhenden Person vorteilhafte Dienste leistet, da das Buch in gemessene Augenweite gerückt werden kann, somit ein Vorbeugen des Oberkörpers nicht notwendig ist und jegliche Körperanstrengung unterbleibt. Der Stuhl ist mit Gewebe überzogen, das sich dem Körper leicht anpaßt und die Bequemlichkeit des Sitzens oder Liegens erhöht. Die Fußbank ist mittels Scharniers abnehmbar mit dem Liegestuhl verbunden; der Tisch, der ebenfalls verstellt und abgenommen werden kann, wird durch Hülsen an den Armlehnen und den Holmen der Fußbank befestigt. Das Ganze kann mit Leichtigkeit zusammengeklappt und aufgestellt werden. Wie aus der kurzen Beschreibung ersichtlich, bietet der Stuhl erhebliche Bequemlichkeit, und seine Ein-

führung in Kranken- und Erholungshäusern, Lazaretten würde den Patienten sehr willkommen sein. Wegen seiner leichten Transportfähigkeit kann der Stuhl auch als Gartenstuhl, Feldbett u. dergl. vorteilhafte Verwendung finden.

Auskunft über Preis erteilt Bernhard Fissmer in Brackwede.

Periodische Literatur.

Zur Therapie der diabetischen Phthise. Von Thorspecken, Badenweiler. (Münch. med. Wochenschr., Nr. 7, 1907.)

Bei einer selbst mit leichtem Diabetes komplizierten tuberkulösen Erkrankung sollte die erste und wichtigste Aufgabe die sein, die Hyperglykaemie durch Festsetzung und Einhaltung assimilierbarer Kohlehydratmengen zu beseitigen. Wenn auch in der Literatur diese Forderung aufgestellt wird, so wird doch in der Praxis meist nach dem Satze verfahren, bei Vereinigung von Diabetes und Tuberkulose auf ersteren keine Rücksicht zu nehmen, da der Kranke durch größere diätetische Eingriffe in seiner Ernährung zu schwer geschädigt werde. Verf. hat eine Reihe lungenkranker Diabetiker behandelt und sich davon überzeugt, daß es sich verlohnt, die nicht unerheblichen Schwierigkeiten einer exakten Assimilationsgrenzenbestimmung auch in ambulanter Behandlung zu überwinden und dem Kranken die Beibehaltung der quantitativ und qualitativ festgelegten Nahrung zuzumuten. Er gibt kurz die Krankengeschichte eines Patienten, bei dem es gelang, eine ausgedehnte tuberkulöse Affektion zur Vernarbung zu bringen und zugleich die Assimilationsgrenze, allerdings unter fortwährender Einhaltung der Diät, um fast das Dreifache zu steigern, und bei dem dieser therapeutische Erfolg bereits durch mehrere Jahre fixiert ist.

Ein Beitrag zur Sykosisbehandlung. Von Berliner, Breslau. (Therapeut. Monatshefte, Januar 1907.)

B. hat bei einem Fall von Sykosis der Oberlippe, die infolge von Uebergreifens auf den einen Nasenflügel zur reflektorischen Absonderung eines stark ätzenden Sekrets aus der Nase geführt, und die im Laufe von vier Jahren jeder Behandlung von seiten der verschiedensten Autoritäten getrotzt hatte, mit Jodthion behandelt. Eine 10%ige Salbe, Jodthion 1,5, Vaselin flav. ad. 15,0, wurde täglich mittels einer mit Watte armierten Doppelschraube gründlich an den erkrankten Partieen eingerieben; die Prozedur war anfangs schmerzhaft und führte zu einer heftigen, fast eine Stunde dauernden Reaktion. Aber schon nach fünf Tagen erklärte der Patient, daß die Lippe seit vier Jahren nicht so gut ausgesehen habe, und innerhalb von vierzehn Tagen wurde ein vollständig glattes, vom Normalen nicht mehr abweichendes Aussehen erzielt, und bisher ist die Heilung von Dauer geblieben. Bei der Aehnlichkeit des hier vorhandenen Prozesses in Bezug auf Aussehen, anatomisches Substrat und Chronicität des Verlaufs mit gewissen Formen der Blepharitis hat B. die Jodthionbehandlung auch bei einem Patienten versucht, der neunundzwanzig Jahre an Blepharitis ciliaris litt und den ganzen therapeutischen Apparat erschöpft hatte. Er verwandte eine 1%ige Salbe, die bei geschlossenen Lidern mittels Glasstäbchen in den Ciliarrand aufgetragen und so verrieben wird, daß das untere Lid etwas herabgezogen wird; nach zwei Minuten wird die Salbe mit Watte entfernt Der Erfolg war auch hier ein sehr günstiger.

Behandlung von zwölf Mastitiden mit Saugapparaten. Von Hartmann, Berlin-Wilmersdorf. (Münch. med. Wochenschr., Nr. 6, 1907.)

Verf. resumiert seine Erfahrungen an der Hand der eingehend wiedergegebenen Krankengeschichten folgendermaßen: Die Saugbehandlung wirkt schmerzlindernd. Frische Mastitiden können in wenigen Tagen ohne Inzision coupiert werden. Frische, schon abscedirte Mastitiden heilen mit kurzen Inzisionen event. in vier bis sieben Tagen, alle anderen in der zweiten bis dritten Woche, also schneller als bei allen früheren chirurgischen Methoden. Kosmetisch wie funktionell leistet die Saugbehandlung Großartiges. Ungeeignet für die Saugbehandlung sind die subakuten, knotigen Formen der Mastitis. Die längste Heilungsdauer erfordern die älteren Fälle mit vorher erfolgtem Spontandurchbruch. Abscesse kommen unter der Saugbehandlung schnell an die Oberfläche; entzündliche „heiße“ Prozesse werden bald zu „kalten“. Abscesse sind sobald als möglich mit kleinen Schnitten, 1—3 cm lang, zu inzidieren. Drainage mit Gummidrains oder Gaze ist, abgesehen vielleicht vom ersten Verband, meist unnötig. Als Verband ist dem trockenen ein feuchter mit essigsaurer Tonerde vorzuziehen. Ausdrücken der Wunden zwecklos; das Ansaugen befördert Eiter besser und ohne Schmerzen hervor. Die eitrige Sekretion hört unter dem Ansaugen bald auf, wird serös. Die Saugapparate dürfen mit dem Rand nicht auf entzündete Partieen drücken; deshalb sollen bei Mastitis nur Saugglocken von 10—15 cm Lichtungsdurchmesser gebraucht werden. Die Saugbehandlung ist, um Rezidive zu verhüten, sorgfältig bis über das Abklingen der entzündlichen Erscheinungen hinaus fortzusetzen.

Neuere Arzneimittel.

Eusulfinseife. Während in den bisher gebräuchlichen Schwefelseifen und -Salben etc. der Schwefel stets, sei es von vornherein, sei es durch Oxydation von Schwefelalkali an der Luft als metallischer, also inaktiver Schwefel enthalten war und dadurch doch nur eine recht beschränkte Wirksamkeit enthalten konnte — denn nicht der Schwefel als solcher, sondern erst der aus ihm in kleinen Mengen entstehende Schwefelwasserstoff stellt das wirksame Prinzip der Schwefeltherapie dar — besitzen wir in der neuerdings dem Arzneischatz einverleibten Eusulfinseife ein Mittel, das Schwefelalkali, also den Schwefel in seiner wirksamen Form und zwar reichlich und beim Gebrauch immer von neuem abgibt. Hierdurch repräsentiert die Eusulfinseife eine ganz besondere Art von Schwefelmittel mit sofort wirksamem Schwefelwasserstoff, der ein kräftiges und dabei reizloses Reduktionsmittel darstellt. Die klinischen Beobachtungen haben nach den Ausführungen des „Aerztl. Central-Anzeigers“ dementsprechend eine außerordentliche Wirksamkeit der Eusulfinseife ergeben: speziell schuppende Hautaffektionen (Ekzem etc.), abnorme Pigmentierungen (die sogenannten Leberflecken), Akne, besonders auch die Bromakne verschwanden bei Gebrauch der Seife rasch und dabei reizlos für die Haut. — Die Seife wird von der Fabrik mit einem Paraffinüberzug in einem Seifenbehälter geliefert. Vor dem Gebrauch muß natürlich der Ueberzug entfernt werden. Die dann zu Tage tretende Seife hat nur einen ganz schwachen Geruch nach Schwefelwasserstoff; wird sie nicht täglich oder nicht wenigstens in Intervallen von einigen Tagen benutzt, so legt man am besten die Seife vor der Benutzung einige Minuten in Wasser ein, damit sich die oberste Schicht aus der Tiefe wieder ergänzen kann. Aufmerksam muß übrigens darauf gemacht werden, daß nicht gleichzeitig oder selbst kurz hintereinander metallische Arzneien, bleihaltige Lösungen oder Salben, Wismuthpräparate etc. zur Verwendung kommen, da sonst die Haut durch sich bildende Schwefelmetalle für einige Tage dunkel gefärbt werden könnte.

Dr. Goliner in Erfurt hat u. a. die Eusulfinseife praktisch erprobt und gibt in den „Medicinischen Blättern“, 29. Jahrg. No. 27 kund, daß seine und einiger Kollegen Erfahrungen mit dieser Seife die gehegten Erwartungen nach den meisten Richtungen hin vollauf bestätigt hätten. Er schließt mit folgenden Worten:

„Ich fasse mein Urteil über die Eusulfinseife dahin zusammen, daß sie eine milde Seife mit sehr beachtenswerten therapeutischen Eigenschaften darstellt und daß sie vielleicht das wirksamste Bekämpfungsmittel des Ekzema seborrhoicum, vieler Formen von Akne vulgaris und bestimmter Pigmentanomalien („Leberflecken“) der Haut darstellt. Die Anwendungsweise der Eusulfinseife ist einfach: Man entfernt ihren Paraffinüberzug und reibt nur mit Wasser und Schwamm oder Watte die Seife tüchtig ab. Eine direkte Abreibung der Haut mit dem Seifenstück ist nicht ratsam; hingegen eignet sich die Auftragung mittels Schwamm und Watte sehr gut. Ein längeres

Einwirken der Seife auf die Haut ist unnötig und soll unterbleiben, damit keine Reizung eintritt. Ein- bis zweimalige Waschung am Tage ist vollkommen ausreichend."

Gaudanin ist eine sorgfältig bereitete Lösung von feinstem Paragummi in Benzin und Aether, die durch einen Zusatz von ca. 1% Formalin steril und bakterizid wird. Auf die Haut aufgetragen, bildet es nach Verdunsten seiner Lösungsmittel eine dünne elastische Decke.

Ueber die Vorzüge und die Anwendung des Gaudanin gibt Prof. Dr. Döderlein im „Zentralblatt für Gynaekologie" 1906 No. 49 und in der „Deutschen medicinischen Wochenschrift" 1906 No. 45 ausführliche Auskunft.

Bei Maßnahmen zur Erzielung eines vollständig sterilen Operationsfeldes wird Gaudanin als Schutzdecke gegen die Unsterilisierbarkeit der Haut verwendet. Es wird dabei folgendermaßen verfahren. Nach sorgfältiger Reinigung der Haut und nachherigem Abreiben mit Jodbenzin und Aufpinseln von Jodtinktur, wodurch die Haut quasi gegerbt und die Epidermiszellen möglichst fest zusammengefügt werden, wird mittels sterilen Pinsels oder eines extra konstruierten Auftrageapparates das Gaudanin auf der Haut verteilt. Die Lösungsmittel Benzin und Aether verdunsten in kurzer Zeit und auf der Haut bleibt eine dünne, klebrige Gummischicht zurück, die mit sterilem Talk oder Mehl bepudert wird. Es entsteht dadurch eine glatte, glänzende, trockene und innig mit der Haut verbundene Gummimembran, deren Elastizität so lange ein Abblättern verhindert, als Schweißsekretion vermieden werden kann. Die Gaudanin-Schutzdecke hat sich sowohl bei Laparotomien wie bei vaginalen Operationen bewährt. Es wird durch sie eine erhöhte operative Asepsis erzielt und die Heilung verläuft durch den Wegfall jeder postoperativen Wundstörung wesentlich rascher. Döderlein konnte z. B. seinen Laparotomierten schon am 3.—4. Tage das Aufstehen erlauben.

Das Gaudanin findet ferner Verwendung in solchen Fällen, wo die Haut vor ätzenden Sekreten geschützt werden soll, wie z. B. bei Blasen-, Scheidenfisteln, Darmfisteln, tuberkulösen Fisteln etc.

Besondere Aufmerksamkeit verdient das Gaudanin in der Geburtshilfe, wo es sich zum Schutze der Brustwarzenhaut beim Stillen bewährt. Da es selten vorkommt, daß bei einer Frau, die längere Zeit stillt, Schrunden und Fissuren ausbleiben und diese Verletzung der Brustwarzenhaut, abgesehen von der Schmerzhaftigkeit, nahezu die alleinige Quelle der puerperalen Mastitis sind, so ist es sehr zu begrüßen, daß durch die Anwendung des Gaudanin diesem Uebelstand mit seinen Folgen abgeholfen werden kann. Die Erfahrungen Döderleins erstrecken sich auf 200 Fälle, in denen die Gummierung der Brustwarzenhaut die Schrunden und Fissuren, sowie die Mastitis beinahe vollkommen sicher vermieden hat. Das sterile Gaudanin wird in 50,0 haltenden Glasfläschchen geliefert, in deren Glasstöpsel ein bis auf den Boden des Fläschchens reichender Pinsel eingekittet ist. Die Anwendung des Mittels ist sehr einfach. Die Brustwarze und ihre weitere Umgebung wird abgewaschen, beliebig desinfiziert und hernach mittels des Pinsels mit Gaudanin überzogen, das nach Aufstreuen von sterilem Talk oder Mehl zu einem dünnen feinen Häutchen eintrocknet. Beim Stillen wird durch einfaches Ansaugen des Kindes die dünne Gummimembran, die sich auch über den Milchausführungsgängen gebildet hat, gesprengt, so daß die Milch austreten kann. Die Reinigung der Brust kann nach dem Stillen mit Wasser oder Alkohol geschehen, da sich das Gummihäutchen nur in Aether, Benzin oder Chloroform löst. Da die Gummilösung ca. 1% Formalin enthält, so ist auch keine Gefahr vorhanden, wenn mit dem Pinsel etwa Bakterien in die Lösung gelangen, da dieselben bis zum Wiedergebrauch durch das im Gaudanin enthaltene Formalin unschädlich gemacht werden. Die Gummimembran wird je nach Bedürfnis alle 2—3 Tage neu aufgetragen, die alte Schicht braucht vorher nicht entfernt zu werden. Manche Frau, die wegen großer Empfindlichkeit der Brustwarze auf das Stillen verzichten mußte, wird dank der Gaudanin-Schutzdecke nun zur Ernährung ihres Kindes befähigt sein.

Zur Entfernung des Gaudanins nach der Operation genügt einfaches Abwaschen mit Benzin, das jedoch nicht zu ausgiebig gebraucht werden soll, damit es an den unbedeckten Körperstellen nicht Verbrennungen hervorruft. Doch blättert die Gandanindecke nach einigen Tagen auch von selbst ab, besonders wenn die Kranken schwitzen.

Verdickt sich das Gaudanin durch längeres Stehen, so kann es durch Beimengung von Gaudanin-Benzin in jedem gewünschten Grade verdünnt werden.

Preis: Gaudanin in Originalflaçon 1,00 Mk.

Patentnachrichten.

Gebrauchsmuster.

421. 295798. Zur Untersuchung von Milch dienendes Butyrometer mit Flaschenverschluß. Dr. N. Gerbers Co. m. b. H., Leipzig. 3. 12. 06. G. 16545.

421. 295799. Magermilchbutyrometer mit an beiden Enden in eine Halsöffnung auslaufender Skalenröhre. Dr. N. Gerbers Co. m. b. H., Leipzig. 3. 12. 06. G. 16546.

421. 295800. Zur Untersuchung von Voll- und Magermilch dienendes Präzisionsbutyrometer mit nach beiden Enden in eine Halsöffnung auslaufender Skalenröhre. Dr. N. Gerbers Co. m. b. H., Leipzig. 3. 12. 06 G. 16547.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Köln a. Rh. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von Heynemann'sche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Nr. 9. 1907. 29. April.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.



Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Ueber das Heufieber und seine Behandlung mit Pollantin.

(Fortsetzung.)

Nachdem Dunbar die Aetiologie des Heufiebers einwandsfrei klargelegt hatte, bemühte er sich, ein spezifisches Gegengift zu gewinnen, eine Bemühung, die von wahrhaft glänzendem Erfolge gekrönt ist. Zur Darstellung seines Gegengiftes, des sogen. Pollantins, ging Dunbar von dem Prinzip aus, daß der befallene Organismus wie bei allen Vergiftungen so auch bei der Heufieberaffektion seine natürlichen Schutzkräfte in Gestalt von spezifischen Antitoxinen aufbietet, mit deren Hilfe eine Neutralisation des eingedrungenen Giftstoffes zu erzielen sich bemüht und uns damit ein physiologisches Musterbeispiel kausaler Therapie vorführt. Dieses Antitoxin zu isolieren und therapeutisch zu verwerten, war Dunbars Plan. Freilich war es notwendig, diesem Antitoxin eine möglichst hohe giftbindende Fähigkeit zu eigen zu machen, was nach bekanntem Muster durch fortgesetzte subkutane oder intravenöse Verabreichung steigender Toxinmengen an die Versuchstiere (es eignen sich am besten Pferde dazu) bis zu einem gewissen Grade erreicht werden kann. Indes reicht ein geringwertiges Serum für prophylaktische Zwecke aus; die Prophylaxe muß allerdings systematisch ausgeführt werden, und das ist von den wenigsten Patienten zu erwarten. Bei den geringsten Reizerscheinungen dagegen muß ein viel höherwertiges Serum angewendet werden, und es ist Dunbar im Laufe von Jahren auch gelungen, den Titer des Serums über zwanzig, ja bis dreißig und vierzig emporzutreiben.

Die Darstellung des Antitoxinserums, die seit dem Frühjahr 1904 die bekannte Firma Schimmel & Co. in Miltitz bei Leipzig übernommen hat, geht so vor sich, daß Pferden, die sich als giftempfindlich erwiesen haben, unter steter Kontrolle des tierärztlichen Universitätsinstituts in Leipzig steigende Giftdosen subkutan verabreicht werden. Die fachmännische Inspektion hat natürlich sehr großen Wert; Injektionen wie Blutentziehungen werden ausschließlich durch Sachverständige ausgeführt und die weitgehendsten Fürsorgemaßregeln getroffen, damit nur gesunde Tiere zur Lieferung des Serums herangezogen werden. Die Antitoxinbildung beginnt in der Regel erst nach 2 bis 3 Monate dauernder Behandlung und erreicht ihr Maximum in einer erst rasch, dann langsam steigenden Kurve in einigen Monaten.

Die Bestimmung der Wertigkeit des Serums geschieht in der Weise, daß eine gewisse Quantität der zu den verschiedenen Zeiten entnommenen Sera mit einer gleichfalls bestimmten Menge einer Pollentoxinlösung von gleichbleibender Stärke gemengt und die neutralisierende Wirkung der Sera an einem sich zur Verfügung stellenden Heufieberpatienten erprobt wird. Eine Giftmenge, die eben ausreicht, um im Conjunktivalsack nach wenigen Minuten eine objektiv wahrnehmbare Reaktion hervorzurufen, ist die Ausgangsdosis, die Dosis toxica minima; diejenige Antitoxinmenge, die diese Giftdosis gerade neutralisiert, so daß ein Tropfen eben keine Reizung im Auge des Patienten mehr hervorruft, wird als Antitoxineinheit bezeichnet; ein Serum, von dem 1 ccm eben 1 ccm einer Viruslösung, von welcher ein Tropfen = $^1/_{30}$ ccm gerade noch eine Conjunktivalreizung hervorruft, neutralisiert, gilt als einwertig. Sättigt $^1/_2$ ccm Antitoxinserum 1 ccm Toxinlösung, so ist es zweiwertig usw. Die Wertigkeit des Serums wird also bestimmt durch den Grad der Verdünnung, bei dem die einfache Toxindosis eben noch neutralisiert wird.

Das sterile Serum wird in flüssiger Form oder als ein im Vacuum hergestelltes Pulver in den Handel gebracht. Die Anwendungsweise ist die denkbar einfachste: man appliziert Serum wie Pulver auf die gefährdeten Schleimhäute. Eine subkutane Anwendung ist weder wünschenswert — es sei denn, daß hierdurch die Patienten auf längere Zeit immun würden, was aber nicht der Fall ist — noch vorteilhaft, noch bequem.

Dem flüssigen Serum haften gewisse Uebelstände an. Zunächst ist es nicht lange haltbar; es muß, um diesem Uebelstand vorzubeugen, ein Konservierungsmittel zugesetzt werden, und zwar wurde Karbolsäure in einer Konzentration von 0,25 % gewählt. Dieser Karbolsäuregehalt, der doch eine längerdauernde Sterilität des Serums nicht garantiert, zumal wenn die Fläschchen in der Westentasche herumgetragen werden, ist aber wiederum für eine Reihe von Patienten störend. Das Verderben des Serums, d. h. also ein die Verwendung des Serums ausschließender Bakteriengehalt gibt sich durch eine gleichmäßige Trübung und gelegentlich durch üblen Geruch zu erkennen. Ein dritter Nachteil des flüssigen Pollantins ist die unbequeme Handhabung (s. u.).

Daß es also durch Trocknen des Serums bei 45° C. im Vakuum, durch feinstes Verreiben des Rückstandes und Mischen mit sterilem Milchzucker (zur Vermeidung einer mechanischen Reizwirkung auf die Schleimhäute) gelungen ist, ein staubfeines, geruchloses gelbliches Pulver von gleicher Wirksamkeit wie das flüssige Antitoxinserum herzustellen, ist als bedeutender Fortschritt anzusehen. Das Pulver wird einfach in die Nase aufgeschnupft oder eingeblasen und in die Konjunktiva mit einem feinem Pinsel eingebracht. Es gibt freilich Patienten, die den Gebrauch des flüssigen Pollantins vorziehen, da sie nach häufig wiederholter Einstäubung unangenehme Reizerscheinungen verspürten.

Das Pulver ist unbegrenzt haltbar; es wird mit einer kleinen Schaufel in den Handel gebracht, die am Stopfen des Fläschchens befestigt ist, und ist in folgender Weise anzuwenden:

1. Man bringt eine etwa linsengroße Menge des Pulvers in die kleine Schaufel, hält dann die Schaufel unter das eine Nasenloch, drückt das andere zu, schnauft das Pulver auf und verteilt es dadurch in der Nase, daß man unter Fortsetzen des Auf-

schnaufens mehrfach leicht auf den Flügel der behandelten Nasenseite aufklopft.

2. Solche Patienten, welche auch für die Augenbehandlung das pulverförmige Pollantin verwenden wollen, sollten den beigegebenen Haarpinsel in das Pulver eintauchen und dann mit dem Pinsel die Innenfläche des abgehobenen unteren Augenlides berühren oder eine Spur Pulver mittels des Pinsels einstäuben. Man hat darauf zu achten, daß nur ein eben sichtbares weißes Pünktchen auf dem Lide liegen bleibt. Bringt man zuviel in den Konjunktivalsack, so reagiert er mit einer mehr oder weniger starken Reizung.

3. Heufieberpatienten sollen in der Heufieberzeit bei geschlossenen Fenstern schlafen.

4. Das Pollantin ist regelmäßig morgens einige Minuten vor dem Aufstehen in beide Augen und in beide Nasengänge zu bringen. Macht sich dabei Niesreiz geltend oder tritt Rötung der Augenschleimheit auf, so ist das Präparat nach Ablauf von ein bis zwei Minuten nochmals anzuwenden und, wenn das Niesen bezw. die Rötung dann noch nicht schwindet, ein drittes oder viertes Mal zu gebrauchen. Durch diese Morgenkur wird der Patient erfahrungsgemäß auf einige Stunden, oft sogar für den ganzen Tag, dem Heufiebergift gegenüber unempfindlich.

5. Diejenigen Patienten, welche sich von Anfällen nicht ganz frei halten können, selbst wenn sie mit dem Gebrauch des Pollantins vor Eintritt der Heufieberzeit beginnen, stets bei geschlossenen Fenstern schlafen und die eben beschriebene Morgenkur regelmäßig durchführen, sollen das Pollantin stets bei sich tragen und es auch während des Tages in der eben beschriebenen Weise anwenden, sobald die geringsten Reizerscheinungen auftreten. Läßt man es zu starken Niesanfällen und dazu kommen, daß die Nase ganz zugeschwollen und luftundurchgängig geworden ist, so kann man das Pollantin nicht mehr so gut auf der Nasenschleimhaut verteilen, es wird dann auch von der erkrankten Schleimhaut weniger gut aufgenommen.

6. Hat man versäumt, das Pollantin rechtzeitig anzuwenden, so kann man es kurz nach Beginn eines Anfalls häufig noch mit Erfolg gebrauchen und das Brennen, Tränen und Niesen zum Stillstand bringen. War aber schon so viel Gift in den Körper aufgenommen, daß die Augen stark entzündet sind und die Nase dicht zugeschwollen oder Asthma aufgetreten ist, so sollte man sich in Räumen bei geschlossenen Fenstern und Türen so lange aufhalten, bis die Erscheinungen zurückgegangen sind. Durch Anwendung des Serums, anfänglich alle 10 Minuten, später in längeren Zwischenräumen, kann man die Besserung beschleunigen. Es empfiehlt sich aber in geschlossenen Räumen zu bleiben, bis alle Reizerscheinungen vollständig beseitigt sind. Darauf versuche man, durch rechtzeitige Anwendung des Serums in der oben beschriebenen Weise weiteren Anfällen vorzubeugen.

Das lästige Gaumen- und Rachenjucken, das sich durch einfaches Aufschnupfen des Pulvers nicht immer beseitigen läßt, wird durch Applikation einer geringen Menge des Pulvers mittels eines Bläsers (Apparat von Dr. Goldstein in St. Louis) oder eines Fingers direkt auf die Gaumen- und Rachenwandung aufgehoben.

(Schluß folgt.)

Eine neue Verbandstasche.

Die Gesellschaft „Secours“ in Zürich bringt eine patentierte Verbandstasche „Klappsystem“ in den Handel, die ebenso einfach wie praktisch und zweckmäßig ist und dazu berufen zu sein scheint, eine allgemeine Verwendung zu finden. In der Schweiz wenigstens, in der die interessierten Kreise zur Prüfung der Neuheit Gelegenheit hatten, hat die Verbandstasche weitgehende Anerkennung gefunden und ist z. B. vom Schweizer Zentralverein vom Roten Kreuz, unterdes wohl auch noch von anderen Verbänden offiziell eingeführt worden. Wie uns die Gesellschaft mitteilt, bringt man auch in militärischen Kreisen der Sanitätstasche viel Sympathie entgegen. Die Brauchbarkeit der Tasche geht ohne viel Erläuterungen aus beistehenden Abbildungen hervor. Fig. 1 zeigt die Tasche verschlossen; der Verschluß, von dessen Zweckmäßigkeit wir uns selbst überzeugt haben, schützt vor Staub und verhindert Verunreinigungen des Verbandmateriales. Fig. 2 stellt die Tasche aufgeklappt dar; es präsentiert sich ein tischartiges Gerät, das in entsprechender Weise benutzbar ist. Nimmt man den Deckel ab, der wie alle Metallteile aus Aluminium besteht, so



Fig. 1.

findet man auf einer gelenkig verbundenen Metallplatte die für den Notfall erforderlichen Instrumente (Fig. 3). Der Deckel kann entweder als Tischchen zum Ablegen von Instrumenten

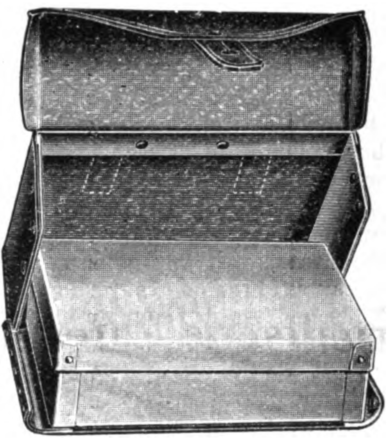


Fig. 2.

usw. benutzt werden oder, indem man ihn umdreht, als ein Becken, das zur Aufnahme einer desinfizierenden Flüssigkeit u. dgl. dienen kann. Klappt man endlich die mit den Instru-

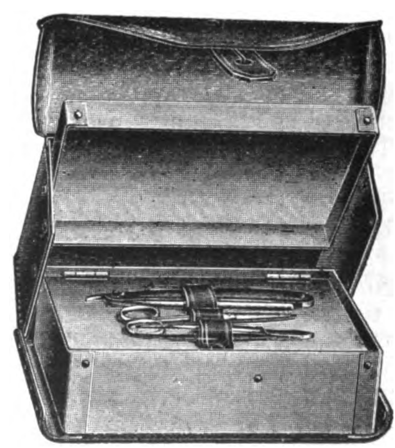


Fig. 3.

menten armierte Platte auf, so hat man den gesamten Vorrat an Verbandmaterialien vor sich (Fig. 4). Die ganze Tasche hat leer ein Gewicht von nur 1 kg; die Maße sind 25 : 12 : 8 cm. [Preis: ohne Inhalt 14,80 M.; mit Inhalt (nach Angabe des Roten Kreuzes) 26,— M.]

Ebenso praktisch wie die Verbandstasche scheint uns eine gleichfalls durch Patent geschützte Labeflasche zu sein. Sie besteht aus Aluminium, das mit Filz überzogen ist. Der Filzüberzug verhütet das rasche Warmwerden der im Becher be-

findlichen Flüssigkeit und ermöglicht anderseits, den Inhalt, wenn er nach langer Zeit durch intensive Sonnenbestrahlung usw. warm geworden ist, schnell abzukühlen, indem man die Flasche ins Wasser taucht und das in den Filzüberzug aufgenommene Wasser verdunsten läßt, was man durch Schwingen

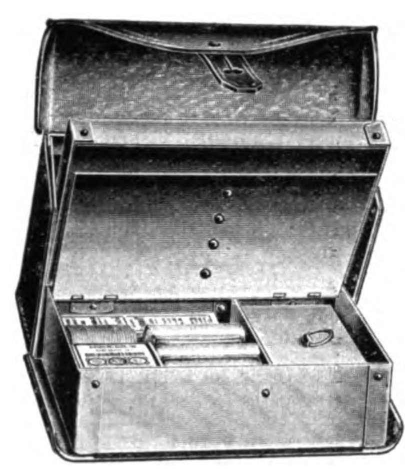


Fig. 4.

der Flasche durch die Luft leicht erreicht. Auf die Flasche ist ein Aluminiumbecher aufgeschnallt.

Leider werden die Verbandstasche und Labeflasche bisher in Deutschland noch nicht fabriziert, so daß der Preis infolge der Zollspesen erheblich höher wird. Es wäre zu wünschen, daß sich bald eine geeignete Firma zur Fabrikation bereit erklärte; denn die beiden Sanitätsartikel verdienen es in der Tat auch in Deutschland eingeführt zu werden.

Periodische Literatur.

Zur Frage der Serotherapie bei Dysenterie. Von Skschivan und Stefansky, Odessa. (Berliner klin. Wochenschr., Nr. 6, 1907.)

Nach einer Uebersicht über die bisher in der Literatur mitgeteilten Erfahrungen über Serotherapie bei Dysenterie berichten Verff. über ihre Versuche, die sie bei fünfzehn Fällen anstellen konnten. Das Serum stammte von einem Pferde, welches ein Jahr lang mit dem Dysenterietoxin aus Filtraten dreiwöchiger Bouillonkulturen des Bazillus Shiga immunisiert wurde. Nach Art der Gewinnung war das Serum also ein antitoxisches. Die Prüfung der antitoxischen Kraft der Serums ergab, daß 0,01 ccm Serum mit einer zehnfachen Dosis Toxin vermiecht und nach einer Stunde intravenös einem Kaninchen von 1500 g eingeführt, nicht den Tod zur Folge hatte. Die Kranken standen in einem Alter von neunzehn bis sechsundvierzig Jahren; die Therapie konnte bei allen im akuten Stadium der Dysenterie, meist zwei bis zehn Tage nach Auftreten der ersten Symptome eingeleitet werden. Der Bazillus von Shiga-Kruse war bei zehn der Fälle in den Entleerungen nachgewiesen. Nach der Schwere der Erkrankungen gehörten acht Patienten zur mittelschweren Form, sieben zur schweren; bei dieser Klassifikation wurde nicht irgend ein Symptom allein, z. B. die Zahl der Entleerungen, sondern der ganze Symptomenkomplex in Betracht gezogen, und zur schweren Form nicht nur Patienten mit schwerer, ausgedehnter Darmaffektion, sondern auch solche mit stark ausgeprägten Erscheinungen der Intoxikation, mit kleinem und schwachem Puls, Schlaflosigkeit, Kräfteverfall und schwerem apathischem Allgemeinzustand gerechnet. Die Versuche der Serotherapie wurden in möglichst reiner Form angestellt; außer Tct. Valerian. und etwas Wein erhielten die Kranken keine Medikamente; selbst Klysmen wurden nur ganz ausnahmsweise angewandt. Das Serum wurde subkutan auf Brust oder Rücken injiziert, in mittelschweren Fällen gleich 40 ccm, in schweren 50 bis 60 ccm, mit eventueller Wiederholung ähnlicher Dosen nach zwei bis drei Tagen; die größte Menge, die ein Kranker während der Behandlung erhielt, betrug 160 ccm. Einige Krankengeschichten werden angeführt, die den Gang der Behandlung und die Erfolge der Serotherapie zeigen. Die Wirkung des Serums zeigt sich schon sehr evident nach zwei bis drei Tagen, wo deutlich ein Abnehmen der Krankheitserscheinungen zu beobachten ist: rapide Verminderung der Schmerzen und Tenesmen, schnelles, fast kritisches Abfallen der Kurve der Entleerungen, deren Charakter sich gleichfalls bessert, indem Blutbeimengungen in demselben ab- und Kotmassen zunehmen; die Besserung des Allgemeinbefindens hält damit Schritt; es tritt Appetit auf, die Schlaflosigkeit schwindet. Die Gesamtkrankheitsdauer wurde durch die Serotherapie in bemerkenswerter Weise verkürzt und nie ein Uebergang in chronische Form beobachtet. Die Besserung des Appetits trat in einzelnen Fällen so schnell und in so heftiger Art ein, daß die Durchführung einer strengen Diät besonders bei unintelligenten Kranken sehr erschwert wurde. Charakteristisch erscheint weiter, daß das Serum einen gut regulierenden Einfluß auf die Peristaltik ausübte. Abgesehen von Erythem, Urticaria, leichten Gelenkschmerzen bei einzelnen Kranken wurden keine unangenehmen Nebenerscheinungen beobachtet.

Neuere Arzneimittel.

Estoral (Fabr.: Firma Zimmer & Co., Frankfurt a. M.). Das Estoral ist ein Borsäure-Mentholester von der Formel $B(C_{10}H_{19}O)_3$ und bildet ein weißes, krystallinisches, geschmackloses Pulver, das schwach nach Menthol riecht. Während es in trockenem Zustande beständig ist, zerfällt es in Berührung mit den Schleimhäuten ziemlich rasch in seine Komponenten; Borsäure und Menthol wirken also in statu nascendi. Das Medikament ist völlig ungefährlich. Professor Seifert in Würzburg hat das Mittel klinisch erprobt und beurteilt es in der Heilmittel-Revue (1906, 2) wie folgt:

„Bei den leichten Formen akuter Rhinitis bedingt Estoral bei 2 bis 3maliger Anwendung pro die eine auffallende Erleichterung der Beschwerden, scheint sogar in einzelnen Fällen eine koupierende Wirkung zu äußern. Bei schwerer akuter Rhinitis dagegen ist die Wirkung eine ungenügende und rasch vorübergehende.

Bei der Ozaena ist von einer eigentlichen Wirkung nichts zu sehen.

Außerordentlich günstig dagegen ist die Wirkung des Estoral bei der Rhinitis sicca, bei der Rhinitis atrophica simplex, hier wirkt es außerordentlich reizmildernd und zugleich etwas Sekretion anregend. Ich habe seit Februar 1905 einige Fälle von Rhinitis sicca in Behandlung, welche Estoral jedem anderen Schnupfmittel, auch dem sonst so vortrefflich wirkenden Menthol-Jodol vorziehen und sich unglücklich fühlten, als die mir mehrmals zu Versuchszwecken von der Firma Zimmer & Co. zugeschickten Versuchsproben ausgegangen waren. Diese Patienten haben nun mit geringen Unterbrechungen nahezu ein Jahr lang Estoral regelmäßig gebraucht, ohne daß die Wirkung dieses Mittels eine Abnahme erfahren hätte.

Ich kann demnach Estoral als ein vortreffliches Schnupfenmittel zur Behandlung der leichteren akuten Rhinitiden und vor allem zur Milderung der Beschwerden bei Rhinitis sicca empfehlen.“

Patentnachrichten.

Gebrauchsmuster.

61 a. 295310. Rettungsvorrichtung bei Feuersgefahr, bestehend aus einem auf Trommel gerollten Seil mit Handgriff und einer Spiralfeder zum selbsttätigen Aufrollen des Seiles. Ferdinand Krebel, Köln a. Rh., Ursulastraße 39. 26. 11. 06. K. 29536.

85 e. 295679. Knieförmiger Geruchverschluß für Abwasserleitungen. Hugo Schauwecker, Charlottenburg, Leibnizstr. 33. 13. 11. 06. Sch. 24364.

85 e. 295680. Flaschenartiger Geruchverschluß für Abwasserleitungen. Hugo Schauwecker, Charlottenburg, Leibnizstr. 33. 13. 11. 06. Sch. 24365.

30 k. 296019. Kolben aus Glas für Injektionsspritzen, mit welchem eine Kolbenstange aus Metall lösbar verbunden ist. Hermann Reuß, Gräfenroda. 12. 11. 06 R. 18246.

30 d. 296024. Brille mit feststehendem Scharnier aus Metall oder

Stoff und vier spitzen Gläsern. Gebrüder Merz, Roedelheim. 16. 11. 06. M. 23025.

30 i. 296069. Sterilisierdose für Verbandbinden mit Aufspulvorrichtung. Fa. Ludwig Dröll, Frankfurt a. M. 20. 11. 06. D. 12023.

30 d. 296245. Aus Schnallengurten bestehende unten durch Gewichte beschwerte Leibbinde. Dr. Alexander Heermann, Posen, Neue Gartenstr. 60. 8 12. 06. H 31842.

30 d. 296246. Aus unelastischen Schnallengurten bestehende Bandage für Arme und Beine. Dr. Alexander Heermann, Posen, Neue Gartenstr. 60. 8. 12. 06. H. 31843.

30 d. 296400. Als Thermophor ausgebildete elastische Kopfdruckkappe. Dr. Ludwig Groß, Liegnitz, Jochmannstr. 3. 8. 6. 06. G. 15752.

30 d. 296408. Pflastertäschchen mit Schere. Hermann Heigl, Freyung, Niederbayern. 10. 11. 06. H. 31526.

30 e. 296410. Tragbahre, bei welcher die einzelnen Teile der mehrteiligen Holme je mit den an diesen Holmenteilen angebrachten Bahrenteilen zu einem von einem Mann zu tragenden Ganzen zusammenlegbar sind. Ferdinand Gauterin, Velbert, Rhld. 20. 11. 06. G. 16477.

30 g. 296201. Storchschnabel-Schaufel. E. Doering, Leopoldshöhe, Lippe. 13. 11. 06. D. 11989.

30 k. 296234. Inhalationsapparat mit Tropfvorrichtung zur Einatmung ätherischer Oele, gleichzeitig für wässerige Arzneilösungen verwendbar. Dr. Eduard Knopf, Berlin, Danzigerstr. 7. 6. 12. 06. K. 29612.

30 k. 296243. Scheidenspüler, bei dem die Spülflüssigkeit in kegelförmigem und geradem Strahle herausgepreßt wird. Bartns Cammlade, Hannover, Windhorststr. 14. 8. 12. 06. C. 5597.

30 k. 296412. Prostataspritze. Heinrich Karl, München, Königinstraße 91. 22. 11. 06. K. 29495.

34 i. 296416. An den Tisch odgl. zu befestigender Schreibgeradhalter, dessen beweglicher Schenkel sowohl senkrecht als auch schräg festgestellt werden kann. Heinrich Abel, Höchst a. M. 3. 12. 06. A. 9577.

34 k. 296676. Trockenklosett aus Steingut mit leicht auswechselbarem kappenartig auf dem Unterteil aufsitzenden Einsatz. Joh. Peppler, Obertürkheim b. Stuttgart. 15. 11. 06. P. 11742.

42 h. 296315. Am Mikroskopstativ abnehmbar befestigtes Spektroskop. Franz Schmidt & Haensch, Berlin. 29. 11. 06. Sch. 24491.

42 h. 296523. Mikroskopierschornstein mit im Schornstein befindlicher elektrischer Glühlichtlampe für direkten elektrischen Anschluß. Fa. B. B Cassel, Frankfurt a. M. 1. 12. 06. M. 23168.

30 a. 296768. Elastischer Obturator für Tuben, die in Hohlräume des menschlichen oder tierischen Körpers eingeführt werden. Georg Haertel, Breslau, Albrechtstr. 42. 17. 11. 06. H. 31591.

30 a. 296990. Sperrzange mit einhängbaren Klemmen. Georg Haertel, Breslau, Albrechtstr. 42. 24 11. 06. H. 31705.

30 a 297017. Wundklammerhalterbefestigung auf der Pinzette. Hermann Jook, Cöln-Nippes, Nievenheimerstr. 14. 12. 12. 06. I. 6847.

30 d. 296769. Redressionsapparat für Klump-, Spitz- und Hohlfuß. Franz Stamm, Ohligs. 19. 11. 06. St. 8962.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Köln a. Rh. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von Heynemann'sche Buchdruckerei. Gebr. Wolff. Halle a. S.





Nr. 10. 1907. 6. Mai.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.



Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Apparate zur Therapie mittels Hyperaemie nach Bier.

Seitdem durch die bekannten Bierschen Arbeiten die Hyperaemie der Heilfaktor geworden ist, der zu sein sie verdient, sind eine ganze Reihe von Apparaten zur Erzeugung aktiver und passiver Hyperaemie angegeben worden. An erster Stelle verdienen die von Prof. Fedor Krause konstruierten Apparate genannt zu werden, welche zur Erzeugung aktiver Hyperaemie



Abb. 1. Apparat für die Schulter.

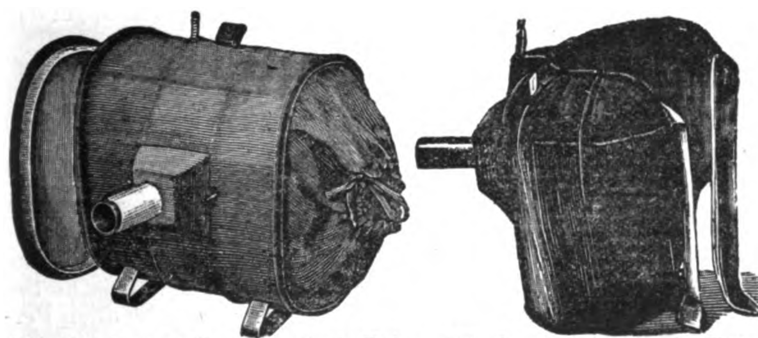


Abb. 2. Apparat für Fuß, Hand, Knie, Ellbogen. Abb. 3. Apparat für die Hüfte.

durch lokale Applikation heißer Luft verwendet werden. Dieselben sind praktisch und preiswert und bieten unter anderem auch den Vorteil, daß sie im Hause des Patienten angewendet werden können.

Nachstehend bringen wir eine Auswahl dieser Heißluftapparate, welche durch Anwendung einzelner Apparate oder durch Zusammensetzen mehrerer für alle Körperteile geeignet sind.

Die Apparate bestehen aus einem innen mit Asbestplatte überkleideten Metallgerippe mit äußerem Filzstoff-Ueberzug, Heißluft-Eintrittsrohr mit Verteiler, Ventilationsklappe, Thermometer und Heizofen mit Spirituslampe.

Der Heißluft-Erzeuger ist für jeden einzelnen Apparat verstellbar eingerichtet und besitzt als Heizquelle eine Spirituslampe mit Regulierung. Das Thermometer zeigt bis 200° C. Es

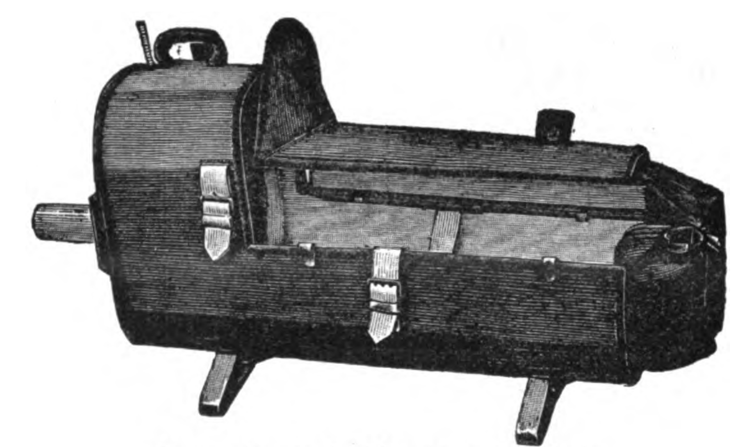


Abb. 4. Apparat für Unterarm und Ellbogen.

steckt schräg im Apparat, um ein gutes Ablesen der Temperatur zu ermöglichen.

Für die Extremitäten, Gelenkpartien und andere Körperteile sind eine Reihe dem Bedürfnis entsprechend geformte

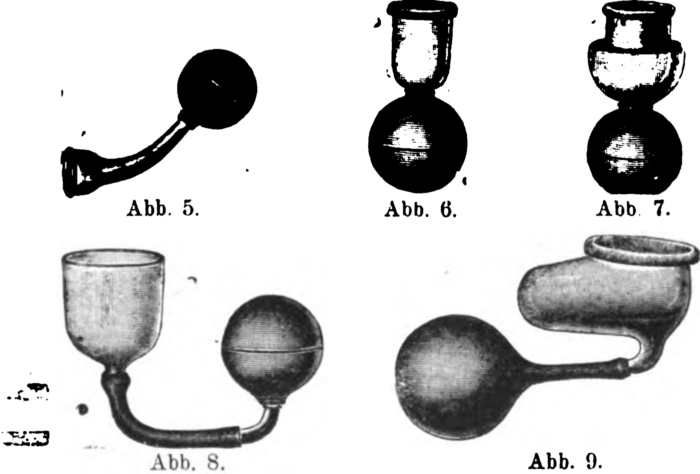


Abb. 5. Abb. 6. Abb. 7. Abb. 8. Abb. 9.
Abb. 5—9. Saugglocken für Furunkel, Abscesse usw.

Ansatz-Apparate angegeben worden.

Die von Prof. Bier inaugurierte und ausgebildete Behandlungsweise entzündlicher Erkrankungen durch Stauungshyperaemie (passive oder venöse Hyperaemie) ist wohl schon All-

gemeingut der Aerzte geworden. Ausführliches hierüber findet sich u. a. in der Medicinischen Woche, 1906, Nr. 39, 40 und 41. Als Konstrukteur zweckmäßiger Stau- und Saug-Apparate hat sich besonders hervorgetan Biers Assistent, Prof. Klapp.

Ueber die Applikationsweise sei in aller Kürze folgendes wiederholt. Die Anwendung der Apparate soll in ganz schonender Weise geschehen; sie soll für die Patienten durchaus nicht quälend sein. Die Saugglocke wird so aufgesetzt, daß

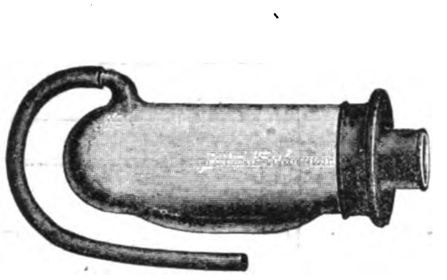



Abb. 10. Saugglocke für Panaritien.

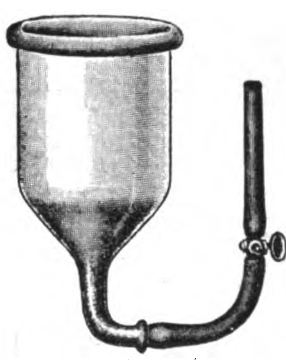


Abb. 11. Saugglocke für Mastitis.

sie eben haften bleibt; nach etwa 5—10 Minuten nimmt man sie auf 2—3 Minuten ab und fährt in gleicher Weise bis zur Dauer von etwa einer Stunde fort. Bei zu starker Spannung lassen sich die Apparate mit Gummiballon durch einen Druck auf diesen leicht abnehmen. Bei den mit Saugpumpe versehenen Apparaten wird durch die seitliche Oeffnung im Dreiweghahn Luft zugeführt.

Bei Entzündungen, die bereits zu Eiteransammlungen geführt haben, erfolgt vor dem Saugakt, nach vorhergehender Anaesthesierung, eine kleine Stichinzision, bei Mastitiden eine Inzision in radiärer Richtung zur Mamille von etwa 1 cm Länge.

Die beistehend abgebildeten Apparate sind vom Medicinischen Warenhaus, Aktien-Gesellschaft, Berlin N. W. 6, Karlstraße 31, zu beziehen.

Ueber das Heufieber und seine Behandlung mit Pollantin.

(Schluß.)

Über die Anwendung des flüssigen Pollantins ist noch folgendes zu bemerken.

1. Etwa ein Drittel von dem Inhalte des Serumgläschens ist in das mit Tropfpipette versehene Gläschen überzugießen. Das Gläschen mit der Tropfpipette kommt in einer Holzhülse zum Versand, welche in der Tasche aufrecht zu tragen ist.

2. Das flüssige Pollantin wird in der Weise verwendet, daß man die Pipette mit einem Tropfen Pollantin an den äußeren Augenwinkel bringt und den Tropfen in das untere, abzuhebende Augenlid mit Hilfe des Gummihütchens ausdrückt. Wenn das Serum dabei richtig auf die Augenbindehaut gebracht ist, so macht sich alsbald ein Gefühl erfrischender Abkühlung geltend.

Will man das flüssige Pollantin auch für die Nase verwenden, so beugt man den Kopf etwas zurück, führt die Pipette etwa einen Zentimeter in jeden Nasengang ein und drückt einen bis zwei Tropfen Pollantin aus. Man muß aber das Gummihütchen zusammengedrückt halten, bis man die Pipette wieder aus der Nase entfernt hat, sonst saugt man das Pollantin wieder in die Pipette auf. Nachdem man das Pollantin in einen Nasengang eingespritzt hat, hält man das andere Nasenloch zu und schnauft das Serum auf, indem man gleichzeitig wiederholt auf den Nasenflügel der behandelten Seite klopft.

3. Es empfiehlt sich, die Pipette nebst Gummihütchen täglich wenigstens einmal zu säubern und eine Minute lang in kochendem Wasser liegen zu lassen.

Außerdem kommen noch die unter den Ziffern 3 bis 6 ausgeführten Maßregeln für den Gebrauch des pulverförmigen Serums auch für den des flüssigen in Betracht.

Am vorteilhaftesten für den zum Heufieber Disponierten ist es natürlich, wenn er mit peinlicher Gewissenhaftigkeit eine rationelle Prophylaxe während der kritischen Zeit durchführt. Diese Prophylaxe besteht nach den Ausführungen von Dr. A. Lübbert, Abteilungsvorsteher an Dunbars Institut in Hamburg, in den Therapeutischen Monatsheften (Dezember 1904) darin, „daß der Körper im Schlafe, wo alle die Pollen entfernenden Reflexe (Niesen, Husten, Tränensekretion) mehr oder weniger unterdrückt sind, vor diesen Eindringlingen bewahrt wird: Fenster und Türen des Schlafzimmers sind während der Heufieberzeit soviel wie möglich geschlossen zu halten, ebenso die Fenster auf der Windseite der Wohnung, die auf dem Rasen gebleichte Wäsche muß vor der Verwendung ausgeklopft werden, die Kleidung ist vor dem Betreten der Wohnung aufs gründlichste zu reinigen. Selbstverständlich dürfen auch keine blühenden Pflanzen, deren Pollen Heufieber erzeugen können, in der Wohnung geduldet werden. Auf die noch nicht gereizte Schleimhaut appliziert man nun möglichst früh am Tage, am besten gleich beim Erwachen das Pollantin. Die Behandlung ist dann mehrfach am Tage zu wiederholen und zwar jedesmal, ehe ein zu erwartender stärkerer Reiz einwirkt, also vor jedem Ausgang ins Freie, vor jeder Ausfahrt zu Wagen oder zu Rad etc., vor allem aber sofort beim Auftreten der leisesten Reizerscheinungen. Die letzte Applikation am Tage wird zweckmäßigerweise nicht beim Schlafengehen, son- 1—2 Stunden vorher ausgeführt, da sonst zuweilen im Schlafe das Serum auf der Schleimhaut zu einer klebrigen Kruste eintrocknet. In der Regel werden drei bis fünf Anwendungen am Tage genügen, um die Patienten reizfrei zu halten."

Durch eine sorgfältige prophylaktische Behandlung der Nasenschleimhaut mit Serum läßt sich auch das außerordentlich lästige Heuasthma vermeiden, welches bei Heufieberpatienten ohne Behandlung infolge endonasaler Toxinresorption nach einer mehrstündigen Latenzperiode (meistens nachts) aufzutreten pflegt. Hat man die Prophylaxe versäumt und treten bronchitische Erscheinungen auf, so vermag die nasale Applikation von Pollantin häufig einer Verschlimmerung der Symptome vorzubeugen. Die günstigsten Erfolge werden erzielt, wenn sich die Kranken genau beobachten und im gegebenen Moment die ihrer Individualität adäquate Art der Applikation prompt ausführen gelernt haben; ein gewisses Geschick und Verständnis wird bei den Patienten vorausgesetzt. Abgesehen davon empfiehlt es sich dringend, die dem Medikament beigegebene Gebrauchsanweisung genau zu befolgen.

Um auch die Statistik zu Worte kommen zu lassen, mögen die von Dr. Lübbert zusammengestellten Zahlen hier angeführt werden, welche besagen, daß von 505 Patienten 299 (59,20%) Pollantin mit absolut günstigem Ergebnis gebraucht hatten, d. h. während der ganzen Periode von Anfällen ganz verschont blieben, 143 (28,30%) Pollantin mit teilweisem Erfolg, 63 (12,5%) ohne Erfolg benutzten.

Zu der Gruppe von Patienten mit negativem Erfolg sind diejenigen gerechnet worden, die das Medikament zu selten oder zu ungeschickt (so daß es überhaupt nicht in die Atmungswege gelangte) oder irgendwie unrationell anwandten, sowie diejenigen, deren Schleimhäute durch vorhergehende galvanokaustische Behandlung usw. resorptionsunfähig geworden waren, endlich Personen, die zwar das Serum richtig anwandten, aber aus Unkenntnis der die gefährlichen Pollen tragenden und ausstäubenden Pflanzen (z. B. Maiglöckchen) immer wieder Anfälle heraufbeschworen. Nach Lübbert sind also von diesen 12,5% Mißerfolgen noch zirka 9% abzuziehen, so daß eine verschwindend geringe Zahl übrig bleibt, die auf das Pollantin vermöge ihrer eigentümlichen Konstitution nicht reagieren, wie es ja auch Personen gibt, auf die andere Sera und andere Medikamente keinerlei Einfluß auszuüben vermögen.

Literatur.

1. Alberts J. E. „Medisch Weekblad", 1903, No. 12. 2. Alberts J. E. „Het Pollen-Asthma", Amsterdam, 1903. 3. Bazzicalupo G. „Gazz. internaz. di Medicina", März 1906. 4. Blackley C. H. „Experimental



Researches on the Causes and Nature of Catarrhus Aestivus", London, 1873. 5. Borrowman P. G. „Scottish Medical and Surgical Journal", 1903, September. 6. Bouman. „North Western Lancet", 1904, No. 21. 7. Dunbar W. P. „Zur Ursache und spezifischen Heilung des Heufiebers", München und Berlin 1903. 8. Dunbar W. P. „Deutsche Med. Wochenschrift", 1903, No. 9. 9. Dunbar W. P. „Berliner Klin. Wochenschrift", 1903, No. 24—26, No. 28. 10. Glegg A. „Journal of Hygiene", 1904, No. 3. 11. Halbertsma J. J. „Geneeskundige Courant" 1903, No. 28. 12. Heindl A. „Wiener Klin. Wochenschrift", 18, 1905, No. 23. 13. Immerwahr R. „Berliner Klin. Wochenschrift", 1903, No. 28; 1904, No. 26. 14. Joachim. „New. Orleans Med. and Surg. Journ.", 1904, No. 10. 15. Kuttner. „Zeitschr. f. ärztl. Fortbildg.", 1904, No. 20. 16. Loeb H. W. „Annals of otology, rhinology and laryngology", June 1905. 17. Lübbert A. und Prausnitz C. „Berliner Klin. Wochenschrift", 1904, No. 11 u. 12. 18. Lübbert A. „Therapeutische Monatshefte", 1904, No. 12. 19. Mayer E. „New. York Medical Journal", 1903, No. 6. 20. Mc Bride P. „Edin. Medical Journal", 1903, July. 21. Mc Coy. „New York Medical Journal", 1903, No. 21. 22. Prausnitz C. „M. med. Wochenschr." v. 6. Juni 1905. 23. Rosenberg. „Archives internat. de Laryngologie", 1904, No. 6. 24. Semon, Sir Felix. „British Medical Journal", 1903, No. 2204; 1904, No. 2263. 25 Somers L. S. „Proceedings of the Philadelphia County Med. Society", Vol. 24, S. 287. 26. Stein O. J. „Chicago Medical Recorder", 1905, No. 3. 27. Thost A. „Münchener Med. Wochenschritt", 1903, No 23. 28. Zarniko C. „Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachens." 1905. 2. Aufl., II. Hälfte, S. 348. 29. Dunbar W. P. „Ursache und Behandlung des Heufiebers", Vortrag gehalten in der Hufelandischen Gesellschaft in Berlin am 9. März 1905, erschienen bei J. J. Weber, Leipzig. (75 Pf.)

Periodische Literatur.

Die Behandlung der penetrierenden Bauchschüsse im Felde. Von Hildebrandt, Berlin. (Berliner klin. Wochenschr., Nr. 5, 1907.)

Der für Friedensverhältnisse geltende Satz, das Abdomen zu eröffnen überall, wo nach Richtung des Schußkanals eine Eröffnung der Bauchhöhle anzunehmen ist, kann nach den Erfahrungen der letzten Feldzüge, wo die Laparotomie vollständig Fiasko gemacht hat, im Felde nicht mehr gelten. Aktives Eingreifen bei Verwundeten, die Symptome einer penetrierenden Bauchverletzung zeigen, verbietet sich, wenn sie noch im Shock liegen oder mit Erscheinungen einer septischen Peritonitis in Behandlung kommen; dahin gehört das Gros der Verletzungen durch Shrapnells, Querschläger, Kleinkalibergeschosse aus nahen Distanzen. Sind ausgesprochene Symptome eines penetrierenden Bauchschusses vorhanden, ohne daß der Allgemeinzustand einen Eingriff aussichtslos erscheinen läßt, so kann eine Laparotomie vorgenommen werden, wenn Zeit und Umstände es gestatten. Eine absolute Indikation für die Laparotomie bilden zunehmende intraabdominale Blutungen. Der eitrigen, progredienten Peritonitis gegenüber verhalten sich viele Kriegschirurgen ablehnend. Kleinere chirurgische Eingriffe kommen oft in Frage, Reposition vorgefallener Darmteile, Eröffnung lokaler Abscesse, Erweiterung und Drainage von Wunden, aus denen sich Kot entleert. Im Ganzen ist die Behandlung penetrierender Bauchschüsse im Felde wesentlich vereinfacht und stellt keine besonders hohen Anforderungen an die technische Fertigkeit des Arztes. Viel ist zu erreichen, wenn alle Schädlichkeiten von dem Verwundeten fern gehalten werden, wenn alles vermieden wird, was dem Streben der Natur nach Spontanheilung zuwiderläuft. Dies muß die Richtschnur alles Handelns sein. Besonders wichtig ist das Verhalten des Verletzten nach dem Schuß noch auf dem Schlachtfelde. Größte Ruhe, Vermeidung jeglicher Nahrung und aller Getränke sind das Wesentlichste. Möglichst schonender Transport und nachher baldigste Unterbringung und möglichst lange Belassung in einem Feldlazarett die weiter wichtigsten Erfordernisse.

Neuere Arzneimittel.

Sulfogenol (Fabrikant: Lüdy & Co., Burgdorf i. d. Schweiz). Das Ichthyol wäre ein einwandsfreies Medikament, wenn ihm nicht ein unangenehmer Geruch anhaftete und wenn es nicht die Wäsche mit kaum entfernbaren Flecken beschmutzte. Diese Nachteile vermeidet man, wenn man statt Ichthyol Sulfogenol anwendet; der therapeutische Effekt beider ist nach den Erfahrungen von Dr. James Silberstein (Die Heilkunde 1906 Heft 11) der gleiche. Wie das Ichthyol ein schwefelhaltiges Produkt der trockenen Destination bituminöser Gesteine darstellt, das von braunroter Farbe und sirupartiger Konsistenz ist und sich in Wasser, Alkohol und Aether löst, so ist auch das Ausgangsmaterial zur Darstellung des Sulfogenols ein aus bituminösem Schiefer hergestelltes Rohöl von natürlichem Schwefelgehalt, das auf künstlichem Wege mit Schwefel gesättigt, sodann in die Sulfoverbindung übergeführt, durch einen ausgedehnten Reinigungsprozeß von Geruch und Geschmack befreit und endlich mit Ammoniak behandelt wird, ein Verfahren, welches zu einer sirupdicken, klaren, rötlichbraunen Flüssigkeit führt, die ähnliche Löslichkeitsverhältnisse zeigt wie das Ichthyol, vor diesem aber die sehr schätzenswerten Vorzüge besitzt, von unangenehmem Geruch und Geschmack frei zu sein und in der Wäsche keine dauernd bleibenden Flecke zu hinterlassen. Der Schwefelgehalt beträgt 12—13%. Beim Trocknen bei 100° C. bleibt ein Rückstand von 40%. Durch längeres Lagern kann das Sulfogenol, das unbegrenzt haltbar ist, einen Teil seines Wassergehaltes verlieren, ein Verlust, der sich durch entsprechenden Zusatz von destilliertem Wasser leicht ausgleichen läßt. Die Sirupkonsistenz gestattet ein bequemes Dispensieren und Verarbeiten zu Salben, Lösungen, Suppositorien, Pillen usw. Auf die Haut gebracht hinterläßt Sulfogenol pur oder in Alkohol oder Aether gelöst alsbald eine trockene, nicht klebrige Schicht, die sich mit Wasser leicht entfernen läßt.

Der therapeutische Wirkungskreis erstreckt sich — nach den bisherigen Erfahrungen mit völlig gleichem Erfolge — auf dieselben Gebiete wie der des Ichthyols. Z. B. hat Dr. Silberstein-Wien (l. c.) das Sulfogenol bei Erysipel, Psoriasis, Favus, Pityriasis versicolor, Herpes tonsurans u. a., Hautmycosen, Scabies, akutem und chronischem Ekzem, Acne vulgaris, Ulcus cruris mit günstigem Erfolge angewendet und rühmt die vorzügliche antiparasitäre und die (auch bakteriologisch nachgewiesene) antiseptische Wirkung. Er applizierte das Sulfogenol in folgenden Formen:

Sulfogenol
Spirit. aeth. āā 10,0
Collod. 30,0 (Erysipel)

Sulfogenol 10,0
Lanolin
Vaselin āā 20,0 (Favus)

Sulfenol 20
Sapo virid.
Axung. porc. āā 40,0 (Scabies).

Auch unverdünnt oder in Glyzerin oder Wasser gelöst, kann das Sulfogenol je nach Maßgabe des Falles angewendet werden. Besonders wirkungsvoll hat sich das Sulfogenol gegen das chronische Ekzem gezeigt, gleichgiltig, ob dieses näßt oder trocken ist, pustulös oder squamös ist. Bei nässendem Ekzem wandte Dr. Silberstein Umschläge mit einer 10%igen wässerigen Lösung an. Bei squamösen Formen werden die Schuppen durch Vaselin und Seifenwasser entfernt und Sulfogenolsalbe oder -Glyzerin appliziert. Bei Ulcus cruris wurde drohende Eiterung durch mehrmaliges stundenlanges Baden in Sulfogenollösung vermieden.

Auch in der Gynäkologie macht das Sulfogenol mit Erfolg dem Ichthyol den Rang streitig. Bei Parametritis, Endometritis, Fluor albus u. a. hat Silberstein vortrefflichen therapeutischen Effekt erzielt. In vaginalen Spülungen verwandte er 2—5%ige wässerige Lösungen, zum Zwecke der Resorption parametritischer Exsudate, 5—10%iges Sulfogenolglyzerin, das in Tampons im Fornix vaginae appliziert wurde. Natürlich kann das Präparat auch mit Cacaobutter oder Wachs zu Vaginalkugeln, Stäbchen, Suppositorien verarbeitet werden. Eine resorptive Wirkung auf Exsudate ließ sich in mehreren Fällen konstatieren.

Bei Urethritis posterior und Cystitis hat der gen. Autor fernerhin mit gutem Erfolg Sulfogenol angewandt und ist überzeugt, daß das Präparat auch in die Therapie der akuten Gonorrhoe Eingang finden wird. Als Resorbens hat es sich mehrfach bei entzündlichen Schwellungen (entzündlicher Struma, Sehnen- und Gelenkentzündungen) bewährt.

Die interne Darreichung, zu der sich das Sulfogenol sehr wohl eignet, wurde bisher noch nicht systematisch erprobt.

Die Vorzüge der Reiz-, Geruch-, Geschmacklosigkeit, die chemischen Eigenschaften, die hohe therapeutische Wirksamkeit und weitgehende Verwendbarkeit kennzeichnen das Sulfogenol als ein Präparat, das nicht mit den Eintagsfliegen der pharmakologisch-chemischen Industrie zu vergleichen ist, sondern sich eines dauernden Ansehens bei Aerzten und Kranken zu erfreuen haben wird.

Patentnachrichten.

Gebrauchsmuster.

30d. 296966. Wasserdichter Stoff, bestehend aus einer Vereinigung von Guttapercha und Gewebe. Ed. Frankenberg, Hannover, Striehlstr. 9. 18. 9. 05. F. 13010.

30d. 296991. Leibbinde mit durch Schnürung hergestelltem Rückenverschluß und besonderem nachstellbaren Verschluß an der einen Leibbindenhälfte. Fa. Julius Römpler, Zeulenroda. 24. 11. 06. R. 18318.

30d. 297018 Panzer zum Schutz gegen die pathologischen Wirkungen der Röntgenstrahlen auf den Körper der mit Röntgenstrahlen arbeitenden Medizinalpersonen. Franz Meyer, Berlin, Molkenstr. 7. 12. 12. 06. M. 23229.

30d. 297084. Mit Kugellagern versehenes Gelenk an künstlichen Gliedern. Arnold Festerling, Bielefeld, Viktoriastr. 6. 6. 12. 06. F. 14891

30c. 296968. Apparat für ärztliche Zwecke, bestehend aus beliebig kombinierbaren Oesen, Klammern, Rollen und Stäben. Dr. Franz Kuhn, Cassel, Elisabeth-Krankenhaus. 13. 12. 05. K2'62.6 8

30e. 296992. Zerlegbare Krankentragbahre. Karl Karbsch, Lüben i. Schl. 27. 11. 06. K. 29537.

30f. 297003. Tragbarer Dampfbademantel. Wilhelm Schlichting, Schwerin i. M. 6. 12. 06. Sch. 24544.

30f. 297192. Flammenregulier-Vorrichtung mit nach vorn und hinten beweglicher Platte für ein zusammenlegbares Dampf- und Heißluft-Schwitzbad und andere Zwecke. P. Bohm, Schöneberg b. Berlin, Münchenerstr. 8. 14. 2. 05. B. 27087.

30h. 296856. Gestell für liegende Reagensglaskulturen mit beliebig regulierbarer Höhenstellung. Vereinigte Fabriken für Laboratoriumsbedarf, G. m. b. H., Berlin. 14 12. 06. V. 5516.

30k. 296772. Zusammenfedernde und feststellbare Vorrichtung zum Spreizen des Afters für ärztliche Untersuchungen und Operationen. Fa. Johann Reichel, Leipzig. 24. 11. 06. R. 18314.

30k. 296842. Vorrichtung zur Herstellung von Inhalationen und feuchten und trockenen Umschlägen. Meta Dorn geb. Wohl, Berlin, August-Straße 24/25. 1. 12. 06. D. 12082.

30a. 297568. Appendixklemme zum Abklemmen des Wurmfortsatzes. Max Kahnemann, Berlin, Elsasserstr. 59. 29. 10. 06. K. 29273.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Köln a. Rh. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von Heynemann'sche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Nr. 11. 1907. 13. Mai.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte



Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Erfahrungen über die Idealröhre.

Von Direktor **Friedrich Dessauer**.

Aus den vereinigten Elektrotechnischen Instituten Frankfurt-Aschaffenburg.

Im Jahre 1901 habe ich eine Entladungsröhre für Röntgenstrahlung angegeben, die zum ersten Male eine Veränderung der Durchdringungsfähigkeit der Strahlen unabhängig vom Vacuum erlaubte. Das war etwas prinzipiell Neues, denn bis dahin war eine Veränderung der Durchdringungsfähigkeit der X-Strahlung in technischen Röntgenröhren nur durch Gaszufuhr oder durch Gasokklusion möglich gewesen.

Die Röhre kam unter dem Namen „Idealröhre" in den Handel und ist in der Zeit in mehreren tausend Exemplaren verwendet worden. Nachdem etwa zwei Jahre später von anderer Seite der Versuch gemacht worden war, auf anderem Wege technisch eine Variierung der Durchtrittsfähigkeit der Strahlen (durch Veränderung der Kathoden-Umgebung) zu erreichen, der aber nach kurzer Zeit wieder aufgegeben wurde, ist die sogenannte Idealröhre auch heute noch die einzige, welche die Regulierung des Durchdringlichkeitsvermögens ohne Vacuumänderung gestattet.

In der Zwischenzeit hat sich über diese Röhre in dem Elektrotechnischen Laboratorium Aschaffenburg und jetzt in den Vereinigten Elektrotechnischen Instituten Frankfurt-Aschaffenburg eine sehr große Erfahrung gesammelt, von der ich das Wichtigste, soweit es von allgemeinem Interesse für die wissenschaftliche und praktische Radiologie ist, hier wiedergeben möchte.

Das Prinzip der „Idealröhre" ist folgendes: Die Durchdringungsfähigkeit der X-Strahlen ist sehr verschieden, soll aber in jedem Falle der Untersuchung, der Durchleuchtung und Aufnahme, der Aufgabe möglichst angepaßt werden. Zu sehr penetrierende Strahlen besitzen keine chemische Kraft, bringen infolgedessen keine Bilder hervor; zu wenig durchdringende passieren das Objekt nicht. Ja, die Forderung einer möglichsten Anpassung des Strahlencharakters an das zu untersuchende Objekt geht so weit, daß in einzelnen Fällen, bei der Brustdurchleuchtung insbesondere, gerade nur eine besondere Strahlengruppe, die der mittleren Dichte der Organe entspricht, zur Darstellung der feinsten Details verwendet werden kann.

Die Penetrationskraft der X-Strahlen hängt aber von dem sogenannten Entladungspotential der Kathodenstrahlen ab. Darunter hat man zu verstehen die Spannung des elektrischen Induktionsstoßes, die notwendig ist, um den Widerstand der Röhre zu überwinden und Strom durch sie hindurch zu leiten. Mit anderen Worten: bietet eine Röhre dem Stromdurchgang hohen Widerstand, muß also eine hohe Spannung zur Ueberwindung dieses Widerstandes Anwendung finden, dann ist der Charakter der Strahlung sehr penetrierend. Man kennzeichnet eine solche Röhre als harte Röhre. Ist dagegen der Widerstand der Röntgenstrahlen gering, muß keine derartig hohe Spannung angewendet werden, damit der Strom passiert, dann sind die Röntgenstrahlen wenig durchdringungskräftig, und man spricht von einer weichen Röhre.

Man sieht, praktisch genommen hängt die Penetrationskraft der X-Strahlen vom Widerstande der Röhre ab. Nun beobachtet der Fabrikant, der Techniker, der Röhrenbläser, aber auch in der Praxis der Röntgenologe alltäglich, daß mit wachsendem Vacuum der Röhre ihr Widerstand zunimmt und darum auch die Durchdringungsfähigkeit der Strahlen sich steigert. So galt denn ganz allgemein praktisch die Regel, die ja auch an und für sich ganz richtig ist, daß die Durchdringungsfähigkeit der Strahlen von dem Vacuum der Röhre abhängt. Und indem man die physikalischen und logischen Zwischenglieder ausließ, nannte man ganz einfach eine gasreiche Röhre weich und eine gasarme Röhre hart. Und immer dann, wenn man die Strahlung einer Röhre weniger penetrant machen wollte, geschah es nur dadurch, daß man ihr Gas zuführte. Ebenso, wenn man die Strahlung penetranter machen wollte, wurde stets nur durch Zerstäubung von Metallen im Innern der Röhre Gas gebunden und so das Vacuum erhöht.

Man vergaß dabei ganz, daß Gaszufuhr und Gasbindung nur indirekte Mittel zur Veränderung der Penetration der X-Strahlen sind, indirekt, weil durch sie zunächst der Widerstand der Röhre und dadurch erst die Penetrationskraft der Röhre beeinflußt wird.

Nun hat hat sich aber bald herausgestellt — und heutzutage wissen das alle Röntgenologen —, daß häufige Gaszufuhr und Gasentfernung (Regenerierung und Antiregenerierung) die Qualität der Röhre rasch verschlechtert und ihre Lebensdauer verringert. Wer daher, um seine Röhre der Einzelaufgabe anzupassen, häufig regeneriert, das heißt, das Vacuum ändert, tut es auf Kosten der Lebensdauer seiner Röhre. Es kann geradezu als unzulässig bezeichnet werden mit Rücksicht auf die Lebensdauer, wenn die Regenerierung zur Anpassung des Strahlencharakters in den einzelnen Fällen immer wieder vorgenommen wird

Aus dem Dargelegten ergibt sich, daß es Mittel und Wege geben muß, auch ohne Vacuumänderung die Durchdringungsfähigkeit der X-Strahlen zu variieren: nämlich durch Variation des Widerstandes einer Röhre ohne Vacuumänderung. Schließt man, wie die Abb. 1 es darstellt, die Antikathode in einen isoliert aufgehängten metallischen Tubus ein, so hat man ohne weiteres eine derartige Widerstandserhöhung. Die Kathodenstrahlen müssen, um zur Antikathode zu gelangen, den Tubus passieren, laden ihn dabei negativ und diese negative Ladung übt einen Abstoßungswiderstand auf die Kathodenstrahlen selbst aus. Es ist das die gleiche Erscheinung, wie die Drosselwirkung in der bekannten Gundelachschen Drosselröhre, die freilich erst später aufkam und in welcher die von den Kathodenstrahlen selbst erzeugte Ladung auf der Glasumhüllung einer metallischen

Kathode die Kathodenstrahlenbildung auf ihr unterdrückt und den Stromdurchgang in einer Richtung außerordentlich erschwert.

Ein solcher Tubus erhöht also den Widerstand des Rohres erheblich, solange seine negative Ladung besteht und nicht

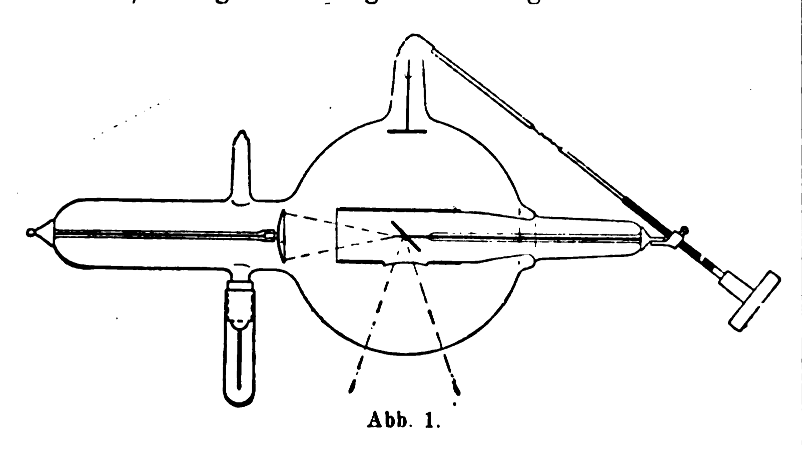


Abb. 1.

mehr oder weniger neutralisiert wird. Die Folge davon ist, daß die Durchdringungsfähigkeit der jetzt erzeugten und seitlich aus dem Tubus heraustretenden X-Strahlen wesentlich ver-

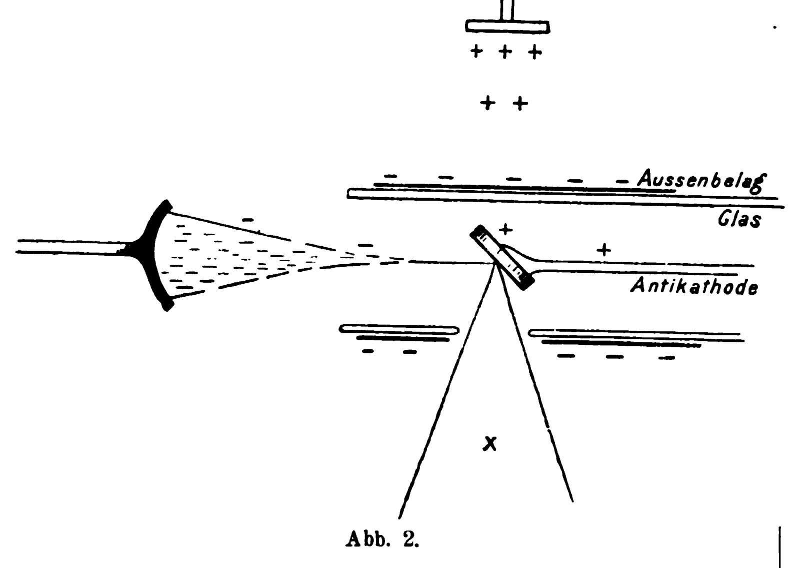


Abb. 2.

größert ist. Das Vacuum der Röhre ist also gering, und trotzdem hat die Strahlung den Charakter der Härte.

Man kann nun diesen harten Strahlungscharakter einfach Ladung mit einer Hilfsanode auszuführen, die seitlich über dem Metalltubus angeordnet ist. (Siehe Abb. 2.)

Dieser Hilfsanode kann mit Hilfe einer variablen Funkenstrecke von der mit dem Induktorium verbundenen Antikathode her mehr oder weniger Elektrizität zugeführt werden, die zum Teil der Kompensation der statischen Ladung des Metalltubus dient. Im selben Maße nun, als dieser Metalltubus seiner negativen Ladung entkleidet wird, reduziert sich der Widerstand der Röhre und die Durchdringungskraft der X-Strahlen bis beinahe zu jenem Minimum, das durch den Evakuationsgrad der Röhre gegeben ist.

So schwierig auf den ersten Blick das Verständnis der Funktionsweise dieser Röhre sein mag, so einfach stellt sich die Sache in der Praxis dar. Man betreibt zunächst die Röhre mit dem Induktor in der gewohnten Weise, ohne daß die Funkenstrecke zwischen Antikathode und Anode (siehe Abb. 3) in Tätigkeit tritt. Dann erhält der Metalltubus nur eine sehr geringe Ladung, weil sie durch die Entladungen von Seite der Hilfsanode alsbald wieder kompensiert wird. Die Röhre erscheint, wenn das Vacuum niedrig ist, weich, sendet eine wenig durchdringende Strahlung aus. Nun entfernt man den beweglichen Teil der Funkenstrecke, so daß die Hilfsanode immer weniger Strom bekommt. Der Metalltubus wird immer stärker negativ elektrisch, übt eine immer größer werdende Abstoßungswirkung gegenüber den Kathodenstrahlen aus, der Röhrenwiderstand wird immer größer, die Durchdringungsfähigkeit der X-Strahlen wächst — bei unverändertem Vacuum. Man kann also durch einfache Erhöhung des Widerstandes einer Funkenstrecke, dem natürlich gleichzeitig eine genügende Erhöhung der Betriebsspannung parallel gehen muß, die Strahlung penetranter machen und zwar beliebig **während des Betriebes der Röhre**, weil der Regulator mit einem isolierten Handgriff versehen ist.

Was das bedeutet, läßt sich sehr leicht an einer Brustdurchleuchtung feststellen. Man durchleuchtet zunächst mit der ganz weich gestellten Röhre unter geringer Belastung durch das Induktorium. Aus dem schwach durchdrungenen Lungenfelde hebt sich als tiefschwarzer Schatten die Aorta, die Wirbelsäule, das Herz. Man vergrößert die Funkenstrecke, erhöht zugleich die Spannung des Induktoriums durch Regulieren ein wenig (eine härtere Röhre braucht höhere Betriebsspannung), und sofort erscheint der Brustraum heller durchstrahlt, es kommen eine Menge Details zum Vorschein. Man vergrößert die Funkenstrecke noch weiter, vermehrt die sekundäre Spannung durch Regulierung am Rheostaten, und nun tritt hinter dem Herzschatten noch deutlicher die Wirbelsäule heraus. Der Herzschatten selbst erscheint grau durchstrahlt, das Lungenfeld kräftig durchleuchtet. Das ist natürlich für die Lungenuntersuchung zum Herausholen feiner Details sehr wichtig, insbesondere weil ein sorgfältiger, vorsichtiger Untersucher diese Ver-

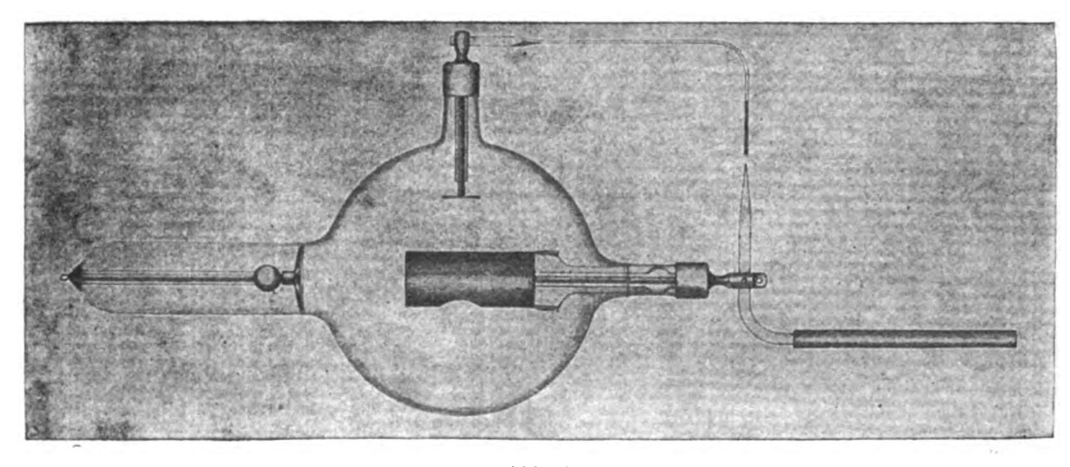


Abb. 3.

dadurch beliebig reduzieren, daß man dem Metalltubus seine negative Ladung mehr oder weniger nimmt. Dies könnte durch eine Erdleitung oder auf andere Weise geschehen. Es hat sich aber als zweckmäßig herausgestellt, diese Reduzierung der änderung der Durchdringungskraft in beliebiger Reihenfolge und beliebig oft vornehmen kann. Sie läßt sich solange ausführen, bis die Röhre durch Gasverlust an und für sich zu hart geworden ist, dann tritt das Regenerieren in sein Recht. Man



sieht also, daß das Regulieren im Gegensatz zum Regenerieren *hier* angewendet wird, während man sonst oft eben auf Kosten der Lebensdauer die Regenerierung zum Zweck der Regulierung, *das* heißt, zum Anpassen des Strahlencharakters an den Fall benutzt hat.

Noch eine andere Eigentümlichkeit, die eine Erfindung von Gundelach darstellt, weist die Idealröhre auf. Es ist schon oft darauf hingewiesen worden, daß die Kathodenstrahlung nicht *eigentlich* sich auf einen Punkt konzentrieren läßt, sondern daß sie nur eine Stelle höchster Einschnürung besitzt. Daß diese *Stelle* möglichst klein und auf der Antikathode gelegen sei, davon hängt die Schärfe des Röntgenbildes ab. Röntgen-Aufnahmen, welche die feinsten Strukturteilchen darstellen, genaue Zeichnung der Knochenbälkchen und Gefäßfasern aufweisen, stammen aus Röhren mit sehr kleinen Ausgangszentren. Dieses Ausgangszentrum ist bei der Idealröhre nun ganz besonders günstig beschaffen, da der metallische Tubus vermöge seiner negativen elektrischen Lage das Kathodenstrahlenbündel in seinem Innern zusammendrängt, so daß es axial verläuft und tatsächlich einen sehr kleinen Fleck auf der Antikathode trifft.

Ich habe nun in den letzten Monaten bei einer Reihe von Röntgenologen, die mir als exakte Beobachter bekannt sind, Rückfrage gehalten bezüglich ihrer Resultate mit dieser Röhre, da mir naturgemäß daran lag, festzustellen, ob diese Konstruktion, die ein völliges Novum in der Röntgentechnik darstellte, praktisch erfüllte, was man theoretisch von ihr verlangt. Die Ergebnisse decken sich mit meinen eigenen Beobachtungen und seien kurz dargestellt.

Das Anwendungsgebiet der Idealröhre ist ein beschränktes; sie ist nicht überall in der Röntgentechnik am Platze. Zunächst empfiehlt sich ihre Verwendung **nicht** in allen Fällen, wo durch falsche Konstruktion am Apparat oder unglückliche Betriebsverhältnisse die Schließungsinduktion groß ist. Die Idealröhre ist gegen Schließungsinduktion, besonders in der Weichstellung sehr empfindlich. Sie muß mit schließungsfreiem Strom, also eventuell unter Verwendung einer Drosselröhre benutzt werden.

Ferner eignet sie sich nicht für sehr starke Momentanbelastung, weil ihre Antikathode dafür nicht robust genug hergestellt werden kann.

Ihr Feld ist die Präzisionsaufnahme und die Durchleuchtung mit mäßiger Belastung. Hier sind die Resultate aber auch ganz vorzügliche. Die Strukturbilder, welche die Idealröhre liefert, und zwar mit ziemlicher Regelmäßigkeit, erregen häufig große Ueberraschung und zeigen die feinsten Details mit allen Graduationen, wie man sie nur selten zu sehen bekommt. Bei der Thorax-Durchleuchtung insbesondere, aber auch bei den übrigen Durchleuchtungen läßt sie durch ihre Variationsfähigkeit die einzelnen verschieden dichten Gebiete klar hervortreten. Man kann eben einstellen, bis man die Strahlungsgattung hat, die man braucht, während man sonst sehr häufig verschiedene Röhren nacheinander durchprobieren muß, um zurecht zu kommen.

Es charakterisiert sich also die Idealröhre als ein zwar diffiziles, empfindliches, aber sehr dankbares Entladungsrohr. Sie verlangt vom Benutzer einige Aufmerksamkeit und Akkuratesse, liefert dafür aber eine sehr scharfe Bildzeichnung und gestattet eine leichte Anpassung des Strahlungscharakters an die Aufgabe.

Neuere Arzneimittel.

„Sic", ein neues Keuchhustenmittel. „Sic" ist ein Serum, das aus den wirksamen Bestandteilen des Parenchyms und der Rinde der Nebennierendrüse des Ochsen hergestellt wird (Glande **S**urrenale **I**nterne et **C**orticale : SIC) und wirkt spezifisch und ausschließlich auf die entzündlichen, durch den Keuchhusten hervorgerufenen Prozesse.

Auf diese neue Serumbehandlung des Keuchhustens hat Dr. Zanoni, Assistent des Professor Maragliano an der medicinischen Klinik in Genua, bereits auf dem XV. medicinischen Kongreß in Genua 1905 hingewiesen und bestätigte mit andern zahlreichen Aerzten auf dem XVI. medicinischen Kongreß in Rom, Oktober 1906, die Vorteile dieser neuen Behandlungsmethode.

Das „Sic"-Serum ist eine hellgelbe, durchsichtige Flüssigkeit, die mehr als zwei Jahre haltbar bleibt, ohne ihre Wirksamkeit und ihre physikalischen Eigenschaften zu verändern. Es schmeckt sehr angenehm und wird tropfenweise in reinem Wasser genommen. Durch seine spezifische Kraft wirkt es entzündungshemmend und heilend auf die entzündlichen Prozesse und macht dadurch die Schleimhäute der Atmungswege zu einem ungeeigneten Nährboden für die Krankheitserreger. Der Einfluß des „Sic"-Serum auf die Magenmuskulatur läßt das Erbrechen rasch verschwinden. Die Zirkulationsstörungen, hervorgerufen durch die Heftigkeit der Anfälle und die Entzündungen werden beseitigt. Der Stoffwechsel wird angeregt, der Appetit gehoben und das Krankheitsgift unschädlich gemacht.

Die Behandlung mit dem „Sic"-Serum zerfällt in drei Perioden: eine aufsteigende, eine solche mit starken Dosen, oder heilende, und eine abnehmende.

Man beginnt mit der niedrigsten Dosis und steigert diese jeden Tag um 5—10—20 Tropfen, bis man nach wenigen Tagen die Maximaldosis erreicht hat. Genügt diese nicht, die Anfälle zu unterdrücken, so darf man sie ohne Gefahr um fünf Tropfen übersteigen. Mit der Maximaldosis soll einige Tage fortgefahren werden, bis die Anfälle verschwinden; worauf langsam tropfenweise die „Sic"-Gaben verringert werden, bis nach weiteren 4—5 Tagen die Behandlung ihr Ende erreicht hat.

Es liegt in der Natur des „Sic"-Serum, daß geringere Dosen, als die auf nachfolgender Tabelle vorgeschriebenen, vollständig wirkungslos sind und nur dazu dienen, das Vertrauen in das Mittel zu erschüttern.

Wird die einem Individuum zusagende Maximaldosis überschritten, so kann es vorkommen, daß sich nach der Absorption des Mittels ein leichter Magenkrampf einstellt, der durch eine etwas lebhafte Kontraktion der Muskelschicht des Magens ausgelöst wird. Dies soll jedoch kein Grund sein, die „Sic"-Kur zu unterbrechen, sondern nur die Dosis etwas zu verringern. Es ist jedoch sehr selten, daß diese Magenkrampf hervorrufende Dosis erreicht wird.

Mit der „Sic"-Behandlung kann man in jeder Periode des Keuchhustens beginnen, sie erfordert keine Aenderung der Nahrung oder der Lebensweise. Eine richtig durchgeführte Kur soll 8—15 Tage dauern und erfordert etwa ein Flacon „Sic"-Serum per Lebensjahr des Patienten bis zum 4.—5. Jahr, weniger für die folgenden Alter. Schon nach den ersten Tagen der Behandlung wird der Husten gutartiger und erträglich.

Tabelle für die Dosen des „Sic"-Serum:

von 2 Monaten	an	5— 10	Tropfen pro dosi, 4mal täglich
„ 6 „	„	10— 20	„ „ „ „ „
„ 1 Jahr	„	15— 30	„ „ „ „ „
„ 3 Jahren	„	25— 50	„ „ „ „ „
„ 5 „	„	30— 60	„ „ „ „ „
Erwachsene		75—150	„ „ „ „ „

Man gibt das „Sic"-Serum tropfenweise in etwas reinem Wasser eine halbe Stunde vor der Mahlzeit. Die Mischung muß direkt vor dem Gebrauche frisch zubereitet werden. Die besten Tageszeiten für das Einnehmen des Mittels sind 7 Uhr morgens, mittags, 6 Uhr abends, und wenn das Kind während der Nacht hustet, auch mitternachts. Stellt sich nachts kein Husten mehr ein, so gibt man das „Sic"-Serum nur dreimal täglich.

Literatur: Dr. Giov. Zanetti, Osservazioni sull' uso del „Sic" nella pertosse, Bollet. dell Associazione Med.-Chirurg. di Parma 1906, No. 1; ders., Osserv. sella terap. d. pertosse col Sic, Mailand bei F. Vallardi u. a.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Köln a. Rh. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von Heynemann'sche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Spezielle Indikationen des Präparats „Kufeke“ für Säuglinge und entwöhnte Kinder:

1. Als Zusatz zur Milch für gesunde Säuglinge, welche zu wenig oder gar keine Brustnahrung erhalten.
2. Bei Ernährungsstörungen:
   a) Bei schlechter resp. unzureichender Ernährung.
   b) Bei Zurückbleiben in der Entwicklung durch Rhachitis, konstitutionelle Krankheiten (Syphilis, Tuberkulose), Darmträgheit gegenüber der Kuhmilch etc.
   c) Bei Magen- und Darmkrankheiten, z. B. akutem und chronischem Magen- und Darmkatarrh, Brechdurchfall, katarrhalischer Dysenterie und Enteritis follicularis, Darmtuberkulose, akuter und chronischer Dyspepsie, dyspeptischen Katarrhen, katarrhalischen Diarrhöen, Fettdiarrhöen, Dickdarmkatarrhen, infektiösen Formen des Dickdarmkatarrhes, etc.

Ärztliche Literatur und Proben gratis und franko.

R. Kufeke, Bergedorf-Hamburg und Wien I.





SANATOGEN

bewirkt

Ansatz von Eiweiss und Phosphor
Erhöhung der Oxydations-Energie
Anregung des Stoffwechsels

und ist daher das wirksamste Kräftigungsmittel. Den Herren Aerzten stehen auf Wunsch Proben und Literatur zu Diensten.

BAUER & CIE., Sanatogen-Werke
BERLIN SW. 48.

251

Biliner Sauerbrunn!

hervorragender Repräsentant der alkalischen Säuerlinge!
in 10000 Teilen kohlens. Natron 33,1951, schwefels. Natron 6,6679, schwefels. Kalium 2,4194, kohlens. Kalk 3,6312. Chlornatrium 3,9842, kohlens. Magn. 1,7478, kohlens. Lithion 0,1904, kohlens. Eisen 0,0282, kohlens. Mangan 0,0012, phosphors. Thonerde 0,0071, Kiesels. 0,6226, feste Bestandteile 52,5011, Gesamtkohlens. 55,1737, davon frei und halb geb. 38,7660, Temperatur der Quellen 10,1—11° C. **Altbewährte Heilquelle für Nieren-, Blasen-, Harn-, Darm- u. Magenleiden, Gicht, Bronchialkatarrh, Hämorrhoiden, Diabetes etc. Vortreffliches diätetisches Getränk.**

Kuranstalt Sauerbrunn mit allem Komfort ausgestattet.

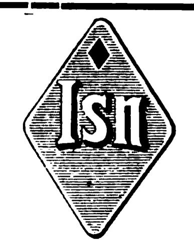
Pastilles de Bilin

(Verdauungszeltchen).
Vorzügliches Mittel bei Sodbrennen, Magenkatarrhen, Verdauungsstörungen überhaupt.

Saidschnitzer Bitterwasser,

reinste Bittersalzquelle, wirkt abführend, den Magen nicht belästigend und ist allen sog. Bitterwässern vorzuziehen.

Depots in allen Mineralwasserhandlungen und Apotheken. Versand auch durch die Brunnen-Direktion in Bilin.



ISN $C_{12} H_{32} O_{11} FeO$
ist Eisenoxydulsaccharat in flüssiger und haltbarer Form.
Wirkung schnell u. sicher. Geschmack lieblich u. angenehm. Stärkt den Appetit und greift die Zähne nicht an. Im Gebrauch sehr billig und sparsam.
Versuchsproben gratis und franko.
Johann G. W. Opfermann, Isn-Fabrik, Aachen.

Verlagsbuchhandlung Carl Marhold in Halle a. S.

Die puerperale Infektion in forensischer Beziehung.

Von **Dr. Emil Ekstein**, Teplitz i. B.

Preis M. —,60.



Nr. 12. 1907. 20. Mai.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte



Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Kapitel aus der Ernährungstherapie der Säuglinge.

Von Dr. med. **Prüssen,** Kinderarzt in Köln.

I. Molke in der Ernährungstherapie der Säuglinge.

Während die Verwendung von Molke in der Ernährungstherapie der Erwachsenen fast völlig verlassen ist, verdient sie in der Kinder- und namentlich in der Säuglingspraxis eingehende Berücksichtigung. Es müßte dieser Tatsache von seiten der Aerzte mehr Berücksichtigung geschenkt werden, da die therapeutischen Erfolge bei richtiger Anwendung der Molke sehr gute sind.

Ich habe zur Herstellung der Molke fast ausschließlich das von Dungernsche Präparat Pegnin benutzen lassen, welches ein mit Milchzucker verriebenes Labferment aus Kälbermagen darstellt und ursprünglich dazu bestimmt ist, das Casein der Kuhmilch zur feinflockigen Gerinnung zu bringen, ebenfalls zu therapeutischen Zwecken. Ein Nachteil ist nur der, daß das Pegnin als abgemessenes Quantum in Originalflaschen verkauft wird. Das zum Verkauf gelangende Quantum übersteigt jedoch die wirklich notwendige Menge meistens erheblich. Die Herstellung der Molke geschieht folgendermaßen: 200 Gramm frische rohe Kuhmilch werden mit $1^1/_2$ Löffelchen Pegnin versetzt. Die Löffelchen sind jeder Flasche beigegeben. Das Gefäß mit der „Pegninmilch“ wird in heißes Wasser (zirka 40°) gestellt und in kurzer Zeit tritt eine Gerinnung des Caseins ein. Dasselbe reißt fast alles Milchfett an sich und bildet mit demselben einen festen Kuchen, der sich bald auf den Boden des (tunlichst weiten) Gefäßes senkt und durch Zusammenziehung fast die ganze Milchmolke aus sich herauspreßt. Dieselbe enthält also nur noch Wasser, das „lösliche“ Eiweiß Albumin, Spuren von Fett und Salze. Die gewonnene Molke kann unbedenklich roh verwendet werden, wenn die Milch von zuverlässiger Herkunft ist, da der entstehende Käsekuchen einen beträchtlichen Teil der in jeder Gebrauchsmilch vorhandenen Bazillen in sich einschließt. Es empfiehlt sich, jedes Mal nur das für eine Mahlzeit gewünschte Quantum Molke aus der steril aufbewahrten Vollmilch zu bereiten. Aus 200 Gramm Vollmilch gewinnt man ungefähr 150 Gramm Molke. Dieses Quantum reicht in den meisten Fällen für eine Mahlzeit aus. Die Verfütterung der so gewonnenen Molke ist in erster Linie bei den akuten Verdauungsstörungen der Säuglinge, also namentlich bei den Sommerdurchfällen, dem Enterokatarrh und der Cholera infantum indiziert. Ein noch zu erwähnender Vorteil liegt darin, daß Molke fast ausnahmslos auch von schwer kranken Kindern gerne genommen wird. — Nach der üblichen ein- bis zweitägigen Hungerdiät mit Tee kann die Molke entweder allein oder mit einem dünnen Schleim vermischt verabreicht werden. Hinsichtlich der Quantität kann man sich nach dem durch die profusen Wasserverluste meist enorm gesteigerten Trinkbedürfnis der Kinder richten. Doch empfiehlt es sich, nur fünf bis sechs eigentliche Mahlzeiten p. d. zu reichen und in der Zwischenzeit zur Löschung des Durstes und zur Anfeuchtung des Mundes teelöffelweise kalten Tee verabreichen zu lassen. Ob die Molke kalt oder warm verabreicht wird, ist gleichgültig. Auch hierbei kann man sich nach dem Geschmack der Kinder richten.

Ist es nun gelungen, mit Hilfe der besprochenen Ernährung und der sonstigen erforderlichen Maßnahmen den Säugling über das akute Stadium hinwegzubringen, so tritt bald die Frage an den Arzt heran, wann er wieder mit der Zufütterung von Vollmilch, bezw. entsprechender Verdünnung beginnen kann. Eine Dauernahrung kann die Molke selbstverständlich nicht sein. Die wichtigsten Nahrungsstoffe der Vollmilch, Eiweiß und Fett fehlen ihr zum größten Teil. Der Brennwert der Vollmilch beträgt zirka 650 Calorien, der der Molke nur 200 Calorien. Man müßte also enorme Quantitäten verfüttern, wenn man auch nur den zur Erhaltung notwendigen Energiequotienten erreichen wollte, ganz abgesehen davon, daß der fast gänzliche Mangel an Fett für eine Dauerernährung sicher nicht als bedeutungslos angesehen werden kann.

Da jeder Fall sein individuelles Gepräge hat, läßt sich ein bestimmter Termin über die Zulässigkeit der Zugabe von Vollmilch nicht angeben. Aeußerste Vorsicht ist jedenfalls am Platze, da eine zu frühe und zu reichliche Zugabe von Vollmilch leicht ein Rezidiv veranlassen und so den erreichten Erfolg zunichte machen kann. Das Abklingen der stürmischen Erscheinungen muß in jedem Fall abgewartet werden.

Es besteht nun kein Zweifel, daß es das Fett ist, welches den gefährlichen Bestandteil der Kuhmilch darstellt. Daher empfiehlt es sich, als Zugabe zu der Molke zunächst eine fettarme Milch zu verwenden. Hierbei muß allerdings erwähnt werden, daß dem in der Praxis erhebliche Schwierigkeiten entgegen stehen. Die käufliche zentrifugierte Magermilch ist unter keinen Umständen brauchbar. Man ist demnach gezwungen, sie im Haushalt selbst herstellen zu lassen, indem man die frisch bezogene Vollmilch einige Zeit lang in der Kälte stehen und dann abrahmen läßt. Es ist klar, daß dieses nur unter günstigen äußeren Verhältnissen erreichbar ist, nicht aber in der engen und heißen Wohnung des Proletariers. Infolgedessen ist man in den meisten Fällen genötigt, Vollmilch der Molke zuzusetzen. Man geht nun in folgender Weise vor. Zu ein bis zwei Molke-Mahlzeiten fügt man fünf bis zehn Tropfen Vollmilch hinzu. Wird dieses geringe Quantum vertragen, so vermehrt man die Menge, bezw. gibt man ein gleiches Quantum sämtlichen Molke-Mahlzeiten hinzu. So gelangt man langsam zu der Verdünnung, welche dem Alter und dem Gewichte des Kindes entspricht. Mit der Darreichung der Vollmilch ist jedoch sofort aufzuhören, wenn Anzeichen einer neuen Infektion vorhanden sind. Daß neben der Ernährungstherapie

auch die anderen Hilfsmittel, NaCl-Infusionen, Analeptica usw. nicht zu vernachlässigen sind, ist wohl selbstverständlich.

Bei der ganzen Darstellung handelt es sich natürlich nur um künstlich genährte Kinder.

Eine zweite, allerdings viel seltenere Verwendung findet die Molke bei solchen Kindern, welche bei dem Abstillen oder bei der erstmaligen Darreichung von Kuhmilch (z. B. nach langer Mehldiät) keine Kuhmilch vertragen und auf deren Verabreichung sofort mit Erbrechen oder Intoxikationserscheinungen (hohem Fieber etc.) reagieren. Auch in diesen Fällen ist das Milchfett der schädliche Faktor. Man kann auch hier mit Hilfe der Molke sich allmählich in die Vollmilchernährung einschleichen, indem man der Molke tropfenweise Vollmilch zusetzt. —

Der zweite Weg, Molke herzustellen, besteht darin, daß man die Milch ansäuert. In den wenigen Fällen, wo ich diesen Weg beschritten habe, verwandte ich Alumen tralin puriss. 1,5 Al. kal. puriss. auf 250,0 Milch genügt zur Herstellung einer verwendbaren Molke. Die Milch wird mit dem angegebenen Quantum Alaun (als Pulver oder Trochisci verordnet) versetzt, unter Umrühren gekocht und dann durchgeseihet. Der stark adstringierende Geschmack muß durch Zusatz von Saccharin korrigiert werden. Trotzdem verweigern die Kinder häufig die Alaunmolke, während, wie bereits erwähnt, die „Pegninmolke“ mit Gier genommen wird. Die Verwendung der Alaunmolke ist dieselbe wie die der Pegninmolke.

Einen überzeugenden Erfolg von der Alaunmolke bei den chronischen schleimigen Durchfällen der Säuglinge und älteren Kinder, der ja von der adstringierenden Wirkung des Alauns theoretisch zu erwarten wäre, habe ich nicht beobachtet.

Selbstverständlich ist auch die Molke kein Allheilmittel. Bei den schwersten Formen der in Rede stehenden Störungen, zumal bei schon länger unzweckmäßig genährten Säuglingen, wird auch die Verwendung der Molke den exitus letalis nicht abwenden können. Zweck dieser Zeilen war es nur, die Aufmerksamkeit des Praktikers auf ein gut verwendbares und therapeutisch dankbares Hilfsmittel hinzulenken.

Energos.

Von Stadtarzt Dr. **Fokschaner**.

Auf dem häufig so prekären Gebiete der Kosmetik hat eine sinnvolle Kombination von Elektrizität mit Massage ein neues Instrument geschaffen, dessen praktische Konstruktion Beachtung verdient und deshalb hier näher beschrieben werden soll.

Anstatt wie bisher haarwuchsbefördernde Salben und Wässer zu gebrauchen, deren Wirkung eine problematische ist, besitzen wir jetzt im „Energos“ ein vorzügliches und alles andere ersetzendes Mittel, dessen Wirkung sich auf physiologische Weise genau erklären läßt.

Der „Energos“ ist ein elektrischer Kamm mit Griffhülse und doppelter Zahnreihe. In der Griffhülse befindet sich die Trockenbatterie und die beiden Zahnreihen bilden die beiden Elektroden. Es tritt also bei Gebrauch dieses Kammes naturgemäß die elektrische Wirkung in den Vordergrund. Diese besteht darin, daß Haarpapillen, die unerregbar geworden, durch die elektrischen Reize belebende Impulse empfangen, daß degenerierte, atrophische Papillen sich regenerieren und wieder gedeihen. Durch Reizung vasomotorischer und trophischer Bahnen bessern sich die örtlichen Zirkulationsverhältnisse und dadurch auch die Ernährung der erkrankten Gebilde. Durch den elektrischen Reiz tritt eine Vermehrung des Blutreichtums in und um die Haarpapille ein, wodurch die Ernährung der darniederliegenden und deshalb in ihrem Gedeihen gehinderten Papille befördert wird. Diese wird also neu belebt.

Da aber die Leitungsfähigkeit der Haut um so besser ist, je feuchter dieselbe ist, ist es notwendig, diese vor Gebrauch des „Energos“ zu befeuchten. Ich reibe daher die Kopfhaut mittels harten Pinsels mit einer dünnen Franzbranntweinlösung ein. Die feinen Spalträume der Haut werden mit dieser Flüssigkeit erfüllt, die Gänge reichlich damit durchtränkt, wodurch dem elektrischen Strome breitere Wege geschafft werden und größere Mengen Elektrizität in die Kopfhaut eindringen. Andererseits kann die Flüssigkeit, die sonst durch bloßes Einreiben nie bis zu den Haarpapillen eindringt, durch den elektrischen Strom in tiefere Schichten der Haut gelangen, wodurch auf die Papillen auch ein chemischer Reiz ausgeübt wird.

Durch das Kämmen mit dem „Energos“ wird auch eine beruhigende, schmerzstillende und antineuralgische Wirkung erzielt, weshalb auch Kopfschmerzen leicht gestillt werden.

Mit dem „Energos“ wird die Kopfhaut durch längere Zeit gestrichen. Dadurch wird venöses Blut und Lymphe fortgepreßt. Die leer gewordenen Gefäße und Kanäle saugen aus den benachbarten Teilen neues Blut und Lymphe nach, was wieder den arteriellen Blutzufluß beschleunigt. Diese lebhafte Gewebsdurchspülung hat nun zur Folge, daß der Stoffwechsel reger vor sich geht, daß also die Ernährung der Gewebe eine bessere wird.

Um nun das Gesagte durch Beispiele zu erhärten, will ich meine eigenen Versuche anführen. Ich habe an Personen, die in letzter Zeit an starkem Haarausfall und Kopfschmerz litten, Energoskämme verteilt. Schon nach kurzem Gebrauche konnte ich die beruhigende, schmerzstillende Wirkung beobachten; der Kopfschmerz blieb aus. Auch der Haarausfall hörte auf, und es zeigte sich gegen Ende der zweiten Woche an nackten oder auch nur mit feinen Haarflaum bedeckten Stellen ein Wachstum, indem die nackten Stellen sich mit Flaum bedeckten, dieser größer und dicker wurde und sich von den anderen Haaren durch sein mächtiges und rasches Wachstum unterschied. Jetzt, nach sechswöchigem Gebrauche, ist überhaupt keine nackte Stelle mehr vorhanden.

Ein neues Stethoskop.

Von Dr. **W. Minnich**.

D. R. G. M. 282896.

Bei der Rolle, welche dem Trommelfelle für die Wahrnehmung von Tonhöhe und Klangcharakter vorbehalten bleibt, ist die unmittelbare, direkte akustische Erregung dieser Membran gegenüber der in ihrem Effekte nur schwachen Knochenleitung von überwiegender Bedeutung.

Für den Bau von Stethoskopen ist es daher eine physiologisch begründete Forderung, daß von den Elementen, welche bei ihnen der akustischen Transmission dienen, jene in erster Linie zur Geltung kommen sollen, welche im wesentlichen der direkten Ansprache des Trommelfells bedürfen.

Nun vermittelt aber gerade das alte Laennecsche Instrument mit seinen zahlreichen Abarten die Schallphänomene zum größten Teil nicht auf der direkten Hörbahn, sondern durch Knochenleitung.

Die Quellen der unmittelbaren Anregung des Trommelfells durch Resonanz und Plattenvibration sind dagegen sehr mangelhaft gefaßt infolge der Kleinheit und Ungleichheit des Resonanzraumes dieser Instrumente und infolge der vom aufgelegten Ohre bewirkten Dämpfung ihrer durch die Trichter- oder Becherform an sich schon ungeeigneten Hörplatten. — Im Hinblick auf diese Nachteile wären dem klassischen Hörrohr-Typus die Resonanz-Stethoskope vorzuziehen, wenn ihnen nicht andere empfindliche Mängel anhafteten. Es ist bekannt, daß durch Anlegen der Resonanz-Stethoskope an den Körper und durch ihre Hörschläuche sehr lästige Nebengeräusche entstehen. Weit störender als dieser technisch schließlich korrigierbare Fehler ist ihre Eigenschaft, daß sie den Klangcharakter alterieren. Es rührt dies daher, daß die Resonatoren zwar infolge ihrer eigenen Dämpfung für eine ganze Reihe von Grund- und Obertönen ansprechbar, aber in ihrer Empfind-

lichkeit für Töne von verschiedener Schwingungszahl doch begrenzt sind. Jeder Resonator ist deshalb nur für Tonserien innerhalb einer bestimmten Breite brauchbar. Die außerhalb dieses Resonanzbereiches liegenden Klänge werden teils gar nicht oder in der Stimmung des Resonators wiedergegeben. In dieser Hinsicht sind die Klangphänomene bei den meisten Resonanz-Stethoskopen nach einer zu tiefen, bei den Laennecschen Typen nach einer zu hohen Tonlage verschoben und dementsprechend entstellt.

Der Resonator wird bei Stethoskopen nur verwendbar, wenn er annähernd auf die Totalität der zu übermittelnden Klangphänomene gestimmt ist. Diese Bedingung ist technisch zu bewältigen. Durch empirisches Ausprobieren gelingt es, unter Zuhilfenahme der unmittelbaren Auskultation den Resonanzraum so zu wählen, daß er eine für klinische Zwecke vollkommen brauchbare Resonanzbreite besitzt, ohne daß dabei wesentliche Tonentstellung eintritt. Man ist also wirklich im stande, durch richtige Verwendung des Resonators unsere Stethoskope schallempfindlicher zu machen. Diese Empfindlichkeit wird durch volle Ausnützung der Plattenvibration, es ist dies zum vorneherein einleuchtend, noch gesteigert.

In dem vorliegenden Modell habe ich mit Rücksicht auf den Wert einer ausgiebigen direkten Trommelfell-Erregung für die Unterscheidung von Höhendifferenzen bei pathologischen Geräuschen die Plattenvibration und die Resonanz auf Kosten der Knochenleitung möglichst auszunützen gesucht. Ein Membranresonator, der das Ohrstück des Laennecschen Stethoskopes ersetzt, hat die Aufgabe in einfacher Weise gelöst. Durch die sehr nahe am Ohre befindliche Hörplatte wird die Stabvibration der eigentlichen Hörröhre zum größten Teil in dem Maße in Membranvibration transformiert, als die Intensität der Knochenleitung abnimmt.

Die Membranvibration wird durch einen Resonator, welcher die Hörplatte nach Art der Telephone in sich birgt und vor äußerer Dämpfung schützt, hörbar gemacht. Die Stimmung des Resonators ist so gewählt, daß die Tonentstellung auf ein Minimum reduziert ist und seine Lage am Ohrende der Höhrröhre sichert den Untersuchenden vor Nebengeräuschen.

Infolge dieser Anordnung erscheinen die Gehörseindrücke nicht verstärkt, wohl aber deutlicher, plastischer und näher dem Ohre.

Das aus „Fibre“, einem vorzüglichen akustischen Leiter durch die Firma Hausmann A.-G., St. Gallen, mit großer Sorgfalt hergestellte Modell besitzt den kleinen Mangel, daß es infolge der Verwendung des Resonators sehr hohe Obertöne, welche das metallische Timbre bedingen, nur unvollkommen wiederzugeben vermag. Man wird also da, wo amphorische oder metallische Phaenomene vermutet werden, die für diese Zwecke überhaupt viel feinere immediate Auskultation zur Kontrolle anwenden müssen. Der angeführte, praktisch am wenigsten empfindliche Nachteil, der übrigens auch dem Laennecschen Modelle teilweise anhaftet, wird jedoch durch die viel bessere Aussprache des Instrumentes in den übrigen Fällen mehr wie aufgehoben.

Schuhwerk für Plattfüsse

mit einer unter dem Fußgewölbe angebrachten einstellbaren elastischen Stützvorrichtung.

Von Louis Bramson, Kopenhagen.

Man hat früher bei Plattfüßen harte Einlagen von Metall, Ebonit, massivem Gummi etc. in die Stiefel eingelegt, um den unnormalen Teil des Fußes zu unterstützen und zu heben; auch hat man gebogene elastische Platten angewendet, deren Druck gegen das Fußgewölbe beliebig geändert werden kann. Solche Anordnungen haben sich jedoch nicht zufriedenstellend erwiesen, da es nicht allein darauf ankommt, den Druck gegen das Fußgewölbe des Plattfußes beliebig ändern zu können, sondern die Stützvorrichtung auch so einzurichten, daß sie sich immer nach dem unnormalen Teil des Fußes formt und ihn wirklich an allen Stellen unterstützt, da sie sonst genau so viel oder mehr drückt wie Schuhwerk ohne eine solche Unterstützung.

Durch meine Erfindung wird dem genannten Mangel dadurch abgeholfen, daß das Schuhwerk unter dem Fußgewölbe mit einem Luftkissen als Unterstützung versehen wird, das ein weiches elastisches Lager für den unnormalen Teil des Fußes bildet. Dieses stellt sich immer genau nach der Form des unnormalen Teiles ein, so daß das Fußgewölbe überall gestützt ist. Das Kissen steht durch einen Luftschlauch mit

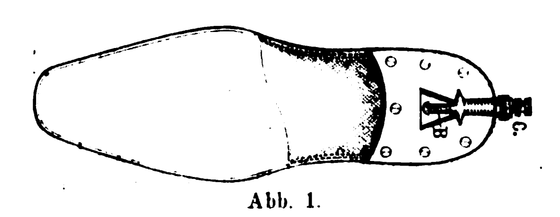


Abb. 1.

einem im Absatz des Stiefels befindlichen Ventil in Verbindung, so daß man mittels einer Pumpe (gewöhnlicher Fahrradpumpe) das Kissen beliebig aufblasen und dadurch dem Plattfuß eine elastische, nicht belästigende Unterstützung gewähren kann.

Die Erfindung ist auf beiliegenden Zeichnungen veranschaulicht, und zwar zeigt:

Abbildung 1 den rechten Stiefel von unten gesehen. Die unterste Sohle des Absatzes ist weggenommen, so daß man den Eintritt des Ventiles in den Stiefel sieht.

Abbildung 2 zeigt den rechten Stiefel von innen in sagitalem Durchschnitt gesehen. Das Luftkissen A ist in eine

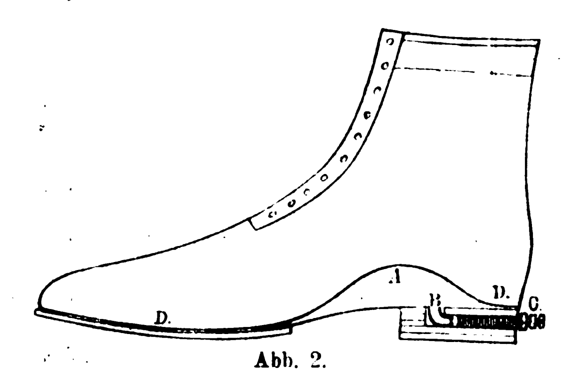


Abb. 2.

dünne Sohle D eingenäht und mittels einer Fahrradpumpe durch das Ventil C aufgeblasen. B ist ein an das Luftkissen angelöteter Luftschlauch, welcher an das Ventil geschoben wird. Die Umhüllung des Luftkissens ist so eingerichtet, daß sie das Aufpumpen in beliebiger Ausdehnung zuläßt, und zwar in der Weise, daß das Kissen unter der Innenseite des Fußes stärker aufgeblasen werden kann als unter der Außenseite desselben, da die größte Unterstützung natürlich unter der Innenseite des Mittelteiles des Fußes erforderlich ist. Dies wird z. B. dadurch erreicht, daß auf der Außenseite der Hülle ein Einschnitt gemacht wird, dessen Ränder darauf zusammengezogen werden, so daß verhindert wird, daß das Luftkissen an dieser Seite ebensoviel aufgeblasen wird wie an der anderen Seite.

Die Luftkissen müssen selbstverständlich in verschiedener Größe fabriziert werden, und zwar in deren drei: für Kinder, Jünglinge und Erwachsene.

Diese Einlagen sind bei mehreren Patienten probiert worden und besonders bei solchen, die vorher die früher bekannten harten Einlagen gebraucht hatten. Alle sind mit dieser Aenderung sehr zufrieden gewesen, und ziehen meine pneumatischen Plattfußstiefel allen anderen Plattfußstiefeln unbedingt vor. Der Gang ist viel bequemer und elastischer, der Druck kaum bemerkbar und, was ein besonderer Vorteil ist, sehr leicht zu regulieren.

Periodische Literatur.

Ueber den Einfluß des Chinins auf die Wehentätigkeit des Uterus. Von Maurer, Gießen. (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 5, 1907.)

In der Literatur finden sich die widersprechendsten Angaben über die Wirkung des Chinins auf die Wehentätigkeit. Verf. hat in achtundsiebzig Fällen Chinin zur Anwendung gebracht, in dreiundsechzig zur Wehenanregung resp. -Verstärkung intra partum und in fünfzehn zur Behandlung des Abortes. In 78,2% der Fälle war eine deutliche Wirkung der verabreichten Chinindosen zu beobachten, in 21,8% waren sie mehr oder weniger wirkungslos. Die Darreichung geschieht am besten per os; man gibt 1,0 g Chinin auf einmal und kann diese Dosis nach zwei und eventuell nochmals nach fünf bis sechs Stunden wiederholen. Die Wirkung ist im allgemeinen die, daß etwa eine halbe Stunde nach Verabreichung der Chinindosis leise Wehen auftreten, die sich allmählich verstärken, oder bestehende, seltene Wehen kräftiger und häufiger werden; nach dreiviertel bis einer Stunde wurde meist eine normale Wehentätigkeit beobachtet, bei der die Wehen alle drei bis fünf Minuten auftraten. Diese hielten in der Regel bis zur Austreibung an, seltener mußte die wieder nachlassende Wehentätigkeit durch wiederholte Chinindosen von neuem angeregt werden. In fünfzig Fällen wurde das Chinin intra partum zur Anregung kräftigerer Wehen gegeben, dabei handelte es sich in vierundvierzig Fällen um Schädellagen, in vier um Beckenendlagen und in zwei um Querlagen. In zweiundvierzig dieser Fälle wurde eine unzweifelhafte Wirkung des Chinins auf die Wehentätigkeit festgestellt. In zehn Fällen mit vorzeitigem Blasensprung, in denen die Wehentätigkeit gleich Null war, gelang es durch Verabreichung von Chinin kräftige Wehen anzuregen und so die Geburtsdauer bedeutend abzukürzen. Ganz besonders gut waren die Resultate bei künstlichen Frühgeburten, bei denen die Hystereuryse angewandt und gleichzeitig Chinin verabreicht wurde. Während sonst auf die Erledigung einer künstlichen Frühgeburt mittels Hystereurynters eine Zeit von zehn bis zwölf Stunden im Minimum zu rechnen ist, gelang es durch Darreichung von Chinin diese Zeit auf vierundeinhalb bis achteinhalb Stunden in der Mehrzahl der Fälle abzukürzen. Bei den Gefahren, die namentlich das foetale Leben bei der künstlichen Frühgeburt bedrohen, ist das ein nicht zu unterschätzender Vorteil. Die Verabreichung von Chinin bei vierzehn Fällen von Abort machte in zehn die operative Ausräumung unnötig; das Chinin scheint den abortierenden Uterus zur spontanen Eiausstoßung anregen zu können. Von Nebenerscheinungen trat bisweilen Ohrensausen ein; Klagen über Kopfschmerzen und die einige Male beobachteten Blutungen in der Nachgeburtsperiode sind wohl nicht auf das Chinin zu beziehen. Für das Kind hat sich das Chinin als in jeder Beziehung unschädlich erwiesen. Danach übt also das Chinin unstreitig einen wehenstärkenden und wohl auch wehenerregenden Einfluß auf den Uterus aus, wenn auch für die Wirkung nicht in jedem Falle zu garantieren ist. Als Wehenmittel ist das Chinin ganz besonders deshalb empfehlenswert, weil es imstande ist, eine physiologische Wehentätigkeit hervorzurufen, und weil es sowohl für die Mutter als auch für das Kind absolut unschädlich ist. Von ganz besonderem Werte erscheint die Anwendung des Chinins bei der künstlichen Frühgeburt und bei der Behandlung des Abortes zur Verstärkung unserer sonstigen Wehenreize.

Neuere Arzneimittel.

Neurofebrin (Fabrikant: Kalle & Co., A.-G., Biebrich a. Rh.). Das Neurofebrin ist eine Mischung aus gleichen Teilen Neuronal und Antifebrin und entfaltet nach den bisherigen Erfahrungen eine ausgezeichnete analgetische Wirkung. Derartige Gemische wurden zuerst angewandt von Oberarzt Dr. Kratz, Heppenheim (an der Bergstraße), und von diesem an sich selbst und vielen Kranken der Heilanstalt die prompte, schmerzlindernde Wirkung festgestellt. Besonders empfohlen wird das Neurofebrin bei Kopfschmerz und Kopfdruck der Neurastheniker, bei Migräne und nervösem Kopfweh, sowie bei den Beschwerden und Unruhezuständen der Frauen zur Zeit der Menses.

Die schmerzstillende Wirkung des Neurofebrins ist, abgesehen von der Heilanstalt in Heppenheim, hauptsächlich in den psychiatrischen Universitätskliniken zu Freiburg und Straßburg im Elsaß, dem städtischen Krankenhaus zu Wiesbaden geprüft und der schnell eintretende Erfolg bestätigt worden.

Neuronal (Fabrikant: Kalle & Co., A.-G., Biebrich a. Rh.). Seiner chemischen Konstitution nach ist das Neuronal Bromdiaethylacetamid; es bildet farblose, bei 66° C unzersetzt schmelzende Kristalle und löst sich leicht in organischen Lösungsmitteln wie Aether, Alkohol, Benzol usw., schwerer in Wasser (1 : 115). Der Bromgehalt beträgt 41%. Durch eine beträchtliche Anzahl von Tierversuchen wurde festgestellt, daß es den meisten Schlafmitteln, besonders dem Chloralhydrat in seiner hypnotischen Wirkung, was Dauer und Tiefe des Schlafes anlangt, überlegen ist. Das Brom des Neuronals wird nur sehr langsam im Harn ausgeschieden.

Das Medikament findet Anwendung als Hypnotikum, Sedativum (besonders bei Epilepsie) und Analgetikum. Als Hypnotikum wirkt das Neuronal in Dosen von 1,0 und 1,5 g, bei leichter Agrypnie genügt bei schwächlichen Personen bereits 0,5 g. Handelt es sich um die Bekämpfung von schwerer Schlaflosigkeit und um Personen, die schon eine Reihe von Schlafmitteln kennen gelernt und an deren Wirkung sich gewöhnt haben, so sind häufig 1,5 g erforderlich. Indiziert ist Neuronal bei allen Formen nervöser Schlaflosigkeit, wird aber auch gern bei leichten und schweren psychischen Erkrankungen angewandt.

Seine sedative Wirkung entfaltet es in hervorragendem Grade bei epileptischen Erregungs- und Verwirrtheitszuständen. Nach Gaben von 1,0 — 1,5 g tritt nach einer halben Stunde Beruhigung ein. Bei größerer motorischer Unruhe und deliriösen Zuständen wird das Neuronal mit befriedigendem Erfolge in Gaben von 3 — 4 g pro die in refracta dosi verabreicht. Ebenso wird das Neuronal bei Chorea (minor) als Sedativum mit vollem Erfolg verwendet.

Es ist ferner indiziert bei nervösen Beschwerden der Frauen zur Zeit der Menses. Weiterhin werden Hustenreiz (besonders im Anfangsstadium der Phthisis pulmonum) und Atemnot durch drei-, vier- bis achtmalige Verabreichung von je 0,1 g Neuronal in Pillenform, als Tabletten oder in wässeriger Lösung (2 : 250) günstig beeinflußt.

Als Analgetikum beseitigt das Neuronal in Dosen von 0,5 g nervösen Kopfschmerz, vor allem auch das Kopfweh nach epileptischen Anfällen. Schließlich wird das Neuronal noch in Gaben von 1,0 — 1,5 g pro die bei Neuralgien und Muskelrheumatismen angewandt.

Rezepte:

Rp. Neuronali 1,0 (1,5)
tal. dos. Nr. X.
ad chart. cerat.
Da ad scatulam.
S. ein Pulver vor dem Schlafengehen mit warmer Flüssigkeit zu nehmen.

Rp. Neuronali 0,5 (1,0)
tal. dos. Nr. XII.
ad sacc. amylac.
Da ad scatulam.
S. Vor dem Schlafengehen ein bis zwei Stück in Wasser getaucht mit einem Schluck Wasser zu nehmen.

Rp. Pastilli Neuronali 0,5
tal. dos. Nr. X.
D. S. Nach Vorschrift zu nehmen.

Rp. Pastilli Neuronali 0,1
tal. dos. Nr. X, bezw. XX, bezw. XXX.
D. S. Nach Vorschrift zu nehmen.

Rp. Neuronali 2,0
Aquae destill. frigidae ad 250.
M. D. S. Ein Eßlöffel zu nehmen nach Bericht.



Rp. Neuronali 3,0
Pulv. liquir.
Sacc. liquir. āā 0,5
Syr. simpl. q. s.
ut fiat mass. pil. Nr. XXX.
D. S. Nach Vorschrift.

Zur Lösung des Neuronals ist häufiges kräftiges Schütteln notwendig; erwärmt werden darf es nicht.

Bromural. (Fabrikant: Knoll & Co., Ludwigshafen a. Rh.) Das Streben nach der Darstellung neuer Beruhigungs- und Schlafmittel ist durch das Problem angeregt worden, ein Präparat zu finden, dem auch genügend kräftige hypnotische Wirkung innewohnt, das aber die mehr oder weniger starken narkotischen Neben- und Nachwirkungen nicht zeigt. Die Firma Knoll hat eine ganze Reihe von chemischen Verbindungen aus der Klasse der Brom- und Baldrianpräparate hergestellt, pharmakologisch geprüft und gefunden, daß den gestellten Anforderungen am meisten der α-Monobromisovalerianylharnstoff entsprach, der durch Kondensation des Harnstoffs mit dem aus der Isovaleriansäure erhältlichen Bromisovalerianylbromid gewonnen wurde. Dieser Bromural genannte Körper bildet weiße, fast geschmacklose Nädelchen, die in heißem Wasser, Alkohol, Aether und in Alkalien leicht, in kaltem Wasser schwer löslich sind. Der Körper beginnt beim Erhitzen sehr bald zu sublimieren, weshalb sein Schmelzpunkt, der bei etwa 115° C liegt, nicht exakt zu bestimmen ist.

Nachdem sich das Bromural am Tier als völlig unschädlich erwiesen hatte, wurden in der Marburger medic. Klinik von Dr. Krieger und Dr. v. d. Velden systematische Versuche mit dem Medikament angestellt. Das Ergebnis dieser Untersuchungen ist kurz folgendes: Der Schlaf tritt ein bei Verabreichung von 0,3 bis 0,6 g (= 1 bis 2 Tabletten) nach 5 bis 25 Minuten und dauert etwa 3 bis 5 Stunden; wacht darnach der Patient auf, so stellt sich durch eine wiederholte Darreichung erneut Schlaf ein. Nebenerscheinungen und Nachwirkungen waren nicht zu beobachten.

Das Hauptindikationsgebiet ist nervöse Schlaflosigkeit leichten Grades, wie sie bei Neurasthenie und Hysterie auftritt. Bei schwerer Schlaflosigkeit infolge organischer Leiden, bei nächtlichen Angst- und Erregungszuständen, Schmerzen, Hustenreiz usw. ist das Medikament seiner geringen narkotischen Wirkung und der raschen Elimination aus dem Organismus wegen nicht angezeigt.

Seiner milden Wirkung wegen hat man versucht, das Hypnotikum in die Kinderpraxis einzuführen, und hat es mit gutem Erfolge bei Unruhe infolge von Pneumonie, Pertussis, Dyspepsie und Krämpfen angewandt.

Literatur: Dr. H. Krieger und Dr. R. v. d. Velden, „Zur Beruhigungs- und Einschläferungstherapie", Deutsche Med. Wochenschr. 1907, Nr. 6; Dr. E. Saam, „Ueber Bromural", Pharmazeut. Centralhalle 1907, Nr. 8.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Köln a. Rh. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von Heynemann'sche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Bekanntmachung.

Das Diphtherie-Heilserum mit der Kontrollnummer 103, geschrieben: „Einhundertdrei", aus dem Serumlaboratorium von Rüte-Enoch in Hamburg und der Kontrollnummer 105, geschrieben: „Einhundertfünf" aus der Merckschen Fabrik in Darmstadt ist wegen Abschwächung zur Einziehung bestimmt.

Flaschen mit diesen Kontrollnummern dürfen hinfort nicht mehr in den Apotheken abgegeben werden und können nach der Vereinbarung mit den betreffenden Laboratorien bei kostenfreier Einsendung kostenlos gegen einwandfreies Serum eingetauscht werden.

Berlin, den 17. April 1907. (I. A. 2071 07.)

Der Polizei-Präsident.
Im Auftrage: Lewald.

Nr. 13. 1907. 27. Mai.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.



Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Rationelle Rachitisbehandlung.

Ein experimenteller Beitrag zur modernen Humoralpathologie.

Besprochen von Dr. **Esch**, Bendorf.

Die moderne Humoralpathologie oder besser Hämopathologie (Bier), von ihrem Begründer Bachmann auch als Biologische Heillehre oder Neugalenismus*) bezeichnet, betont bekanntlich unter anderem besonders die alte, aber leider oft viel zu wenig beachtete Wahrheit, daß normale Zelltätigkeit nur bei Vorhandensein normaler Ernährungsflüssigkeit möglich ist oder, präziser ausgedrückt: Die durch irrationelle, unhygienische Lebensweise, z. B. durch falsche Ernährung zu stande kommende (primäre und sekundäre) fehlerhafte Zusammensetzung des Ernährungsstroms führt auf die Dauer zu Krankheitsprozessen im Organismus. Und wiederum können die infolge jener unrichtigen Beschaffenheit der Nährflüssigkeit erkrankten Zellen und Gewebe hauptsächlich nur auf dem Wege günstig beeinflußt werden, daß wir ihnen geeigneteres Nährmaterial darbieten.

In ähnlichem Sinne, wie Bachmann und seine Gesinnungsgenossen, haben sich, unabhängig von diesen, neuerdings vor allem Bier und seine Schüler, sowie eine große Zahl durch ihn angeregter Forscher**), ferner z. T. schon vor diesen Bircher, Benner, Bouchard, Burwinkel, Buttersack, Diehl, Eichholz, Feer, Gautier, Haig, Hauser und Langstein, Lahmann, Meyer-Bernstadt, Müller-Gotha, Petersen, Richter, Ritter, Ullmann, Ziegelroth und viele andere Autoren ausgesprochen.***)

Als erschwerendes Moment für die weitere Ausgestaltung der modernen Humoralpathologie ist, wie Zabel im Anschluß an Bier mit Recht hervorhebt, vor allem der Umstand zu betrachten, daß unsere Kenntnisse über das Blut noch recht mangelhaft sind. „Die wichtigste Aufgabe der Blutforschung ist daher die Ausgestaltung derjenigen Untersuchungsmethoden, die die feinsten biologischen Veränderungen des Blutes der Erkenntnis näher bringen, damit der Arzt auf die Fragen nach der Blutverbesserung usw. eine wissenschaftlich begründete Antwort erteilen kann". (Engel*).

Es ist also jede Bereicherung unserer einschlägigen Kenntnisse mit Freuden zu begrüßen.

Aus diesem Grunde möchten wir auf eine soeben erschienene Arbeit aus der Bonner medicinischen Klinik hinweisen**), in der Esser eine neue Erklärung von dem Wesen, der Aetiologie und der Pathogenese der Rachitis zu geben versucht.

Esser hat bei dem reichen Material, das ihm als Leiter der Säuglingsabteilung sowie in der Kinderpoliklinik und der städtischen Mutterberatungsstelle zur Verfügung steht, die Erfahrung gemacht, daß in allen Fällen von Rachitis, ob sie nun Brust- oder Flaschenkinder betrafen, ob es sich um Kinder von rachitischen oder von rachitisfreien Eltern handelte, stets Ueberernährung festgestellt werden konnte (zu kurze Trinkpausen an der Brust, Beruhigungsflasche usw.).

Um den Einfluß der Ueberernährung auf die Entstehung der Rachitis zu erklären, geht Esser von der Tatsache aus, daß es sich bei dieser Krankheit im wesentlichen um eine vermehrte Bildung eines unfertigen Knorpel- und Knochengewebes handelt, das die ihm in genügender Menge gebotenen Kalksalze nicht resorbieren kann und mit welchem oft eine gegen die Norm erhöhte Einschmelzung bereits gebildeter Knochensubstanz konkurriert.

Bei seinen Untersuchungen über die Ursache dieser Störung traf er auf Blutbefunde, die eine recht erhebliche Vermehrung der weißen Blutkörperchen (über 30000) ergaben, und zwar sowohl der polymorphkernigen, bekanntlich aus dem Knochenmark stammenden Zellen, als auch mononukleärer Formen, die zum Teil nach neueren Anschauungen ebenfalls ihre Ursprungsstelle im Knochenmark haben.

Um nun das Zusammentreffen von Ueberfütterung und Rachitis als ein nur zufälliges auszuschließen, fütterte Esser junge Ratten teils kärglich, teils mit reichlicher Milch- und Fleischzulage. Er erzielte damit in der Tat bei letzteren Knochenveränderungen, die man als rachitische ansehen muß: Hyperaemie des Marks, Verbreiterung der Knorpelwucherungszone, unregelmäßige endochondrale Ossifikation und vermehrte Bildung osteoiden Gewebes.

Wie kommen nun, so fragte er sich, diese Veränderungen zu stande?

Er gelangte zu folgender Auffassung: Chronische Ueberfütterung (bei künstlicher Ernährung leichter und häufiger als bei natürlicher) hat behufs vermehrter Bildung leukozytärer Elemente eine erhöhte Inanspruchnahme des Knochenmarks zur Folge. Diese vermehrte Leukozytenbildung kann sowohl als eine abnorme Steigerung eines zu der Verdauung nötigen Vorgangs, wie auch als Schutz gegen giftige Abbauprodukte von Eiweißkörpern aufgefaßt werden. Jene erhöhte Inanspruch-

*) Vergl. Konstitution und Infektion, Vortr. auf der Karlsb. Naturforscherversammlung 1902, ferner „Neugalenismus" München, Gmelin 1907.

**) Vgl. z. B. in diesem Blatte die Aufsätze von Lungwitz und Zabel.

***) Von den zahlreichen einschlägigen Aeußerungen seien nur folgende als besonders typisch angeführt: „Ohne gesundes Blut wird nie ein gesunder Körper vorhanden sein. Die Richtigkeit der alten Anschauung von dem entscheidenden Einfluß der Blutbeschaffenheit ist durch die moderne Forschung glänzend bestätigt worden. Nachdem man Virchows Lehre von der Lokalisation der Krankheit, die den Arzt zu rein lokaler Behandlung drängte, ihrer Uebertreibung entkleidet hat, ist der Gedanke, das Blut zu verbessern, wieder mehr in den Vordergrund getreten". (Bier, Hyperaemie, III. Aufl.) „Aus der sekundären Bedeutung heraus, die die Zellularpathologie ihm zugesprochen, ist das Blut wieder zu Ansehen und unmittelbarer Beachtung gelangt". (Richter, Münch. med. Wochenschr. 1906, Nr. 15.)

*) Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1904.

**) Münch. med. Wochenschr. Nr. 17.

nahme des Knochenmarks wirkt zunächst wachstumsanregend, führt aber schließlich zur Insuffizienz, die sich neben dem Auftreten von jungen oder noch unreifen Leukozyten etc. in der vermehrten Bildung eines unfertigen, zur Verknöcherung ungeeigneten Gewebes zeigt.

Wenn nun auch eine gewisse angeborene Disposition, sowie die verschiedensten schwächenden Einflüsse, speziell Darmkatarrhe, und schließlich vielleicht auch eine hereditäre Veranlagung die Entstehung der Krankheit begünstigen, so spielen doch schlechte Ernährungsgewohnheiten bei der Rachitis die Hauptrolle. Machte Esser doch als Ziehkinderarzt mehrfach die Erfahrung, daß bei manchen unvernünftigen Ziehmüttern die in Pflege gegebenen Kinder stets rachitisch wurden, wohingegen bei anderen, den ärztlichen Anordnungen entsprechend handelnden Ziehfrauen auch von rachitischen Müttern stammende Kinder frei von Rachitis blieben.

„Wenn meine Auffassung vom Zustandekommen des rachitischen Krankheitsprozesses richtig ist", so beschließt Esser seine Arbeit, „dann muß sich auch auf einfachste Weise durch Vermeidung von Ueberfütterung das Auftreten der Erkrankung verhindern lassen. Das ist nun in der Tat der Fall und zwar, wie meine eigenen Erfahrungen mich lehren, auch bei Kindern, die von rachitischen Eltern stammen und die nicht in besonders günstigen Verhältnissen leben. Ihnen gelingt es bei Durchführung einer rationellen Diät oft schnell, des schon ausgebrochenen Krankheitsprozesses Herr zu werden, wie das auch schon von Baginski, Monti und Finkelstein betont wurde."

Mögen auch Essers Beobachtungen und Erwägungen nicht geeignet sein, alle einschlägigen Fragen völlig zu lösen, so ist doch immerhin die besprochene Arbeit sowohl in theoretischer wie in praktischer Hinsicht von außerordentlicher Bedeutung und der eingehendsten Beachtung und Nachprüfung würdig. Insbesondere ist sie in hervorragendem Maße geeignet, der modernen Humoralpathologie eine weitere „wissenschaftlich begründete" Stütze zu verleihen.

Divisor nach Cathelin.

Der Divisor, der von der Fabrik Jetter & Scheerer in Tuttlingen zu beziehen ist, dient zum gesonderten Auffangen der Urine beider Nieren. In einer katheterförmigen, seitlich zusammengedrückten Röhre gleitet, gut abgedichtet ein graduierter Führungsstab; dieser trägt an seinem Ende eine Fixierfeder zum Befestigen der über einen sehr elastischen Rahmen aus Uhrfederstahl gespannten Gummi-Membran, welche als Blasenscheidewand dient. Mit Hilfe des Führungsstabes kann man die Membran ganz in die mittlere Röhre zurückziehen und wieder hervorschieben, wobei die Graduierung an der Führungsstange den Inhalt eines Sphäroides vom Durchmesser der entfalteten Scheidewand angibt.

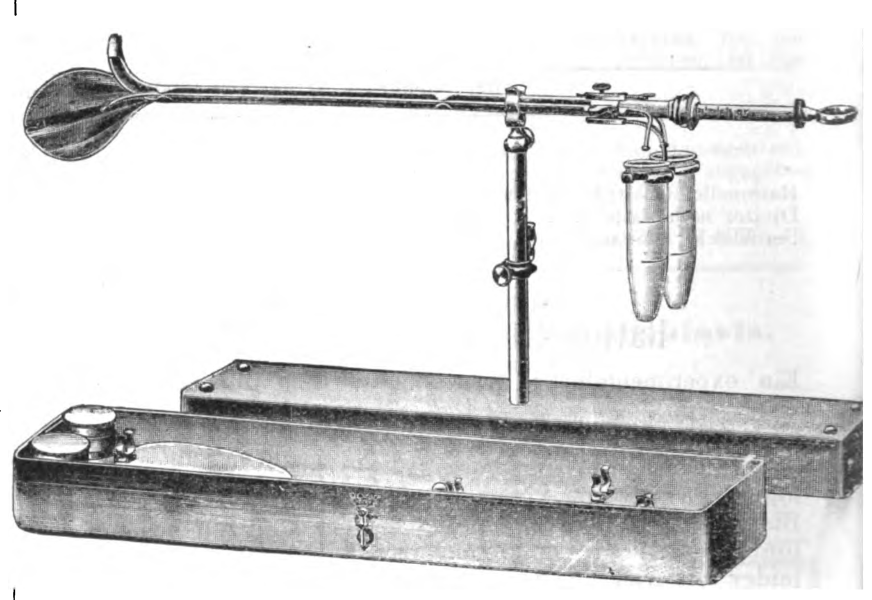
Zu beiden Seiten der flachen Röhre dient je ein dünnes Rohr als Urinleiter aus den durch die Scheidewand in der Blase gebildeten zwei Kammern. Während des Durchgangs durch die Harnröhre und den Blasenhals werden ihre Enden dicht in die Buchten zu seiten des Schnabels gedrückt, ein Riegel am Griffteil des Instrumentes hält sie in dieser Stellung. Innerhalb der Blase lassen sich die Enden leicht vor die Ureterenmündungen bringen, indem man die korrespondierenden Abflüsse einfach abwärts dreht. Eine Verletzung der Blase ist nicht denkbar.

Die Reagenzgläser zur Aufnahme des Urins werden an einem Halter in die Nute unterhalb der äußeren Mündungen der Seitenrohre eingeschoben.

Mit Hilfe eines handlichen Statives, welches sich auf dem Deckel des Metalletuis einschrauben läßt, wird der Apparat für die Dauer der Probe-Entnahme festgestellt.

Die Anwendung des Instrumentes, das bei Männern und Frauen gleich gute Dienste leistet, geschieht folgendermaßen: Einige Augenblicke vor der Untersuchung, die am besten em Darm geschieht, gibt man dem Patienten ein Glas diuretisches Wasser. Im Bett oder besser auf einem Tische wird der Kranke horizontal gelagert, der Kopf erhöht, unter das Gesäß ein zusammengefaltetes Tuch, die Beine etwas gebeugt und auseinander gespreizt.

Das Instrument und die Membran sind vorher in kochendem Wasser sterilisiert worden; der Führungsstab wird ganz durch das Mittelrohr gesteckt, die kleine Feder an seinem Ende mit dem Zeigefinger etwas gehoben und darunter der Haft der Membran geschoben. Indem man den Daumen in Höhe des unteren Schnabelschlitzes hält, zieht man den Führungsstab und damit die Membran in das mittlere Rohr zurück.



Ist dies geschehen, so stellt man das Fassungsvermögen der Blase durch Wasserfüllung fest. Liegt eine Verunreinigung der Blase durch Blut oder Eiter vor, so muß dieselbe vorher ausgespült werden. Schließlich läßt man 10 g der Spülflüssigkeit in der Blase zurück, um das Ansaugen zu bewirken. Nachdem man den ganzen Apparat geölt und sich durch Wassereinlauf von der Dichtigkeit der seitlichen Röhren in Ruhestellung überzeugt hat, wird das Instrument nach denselben Regeln wie ein Katheter eingeführt. Befindet sich der Schnabel in der Blase, so macht man die zwei seitlichen Röhren frei, worauf sofort das Saugwasser abzufließen beginnt. Der Operateur zieht nun das Instrument etwas nach sich zu, und sobald er den Widerstand des Schambeines fühlt, schiebt er langsam den Führungsstab ein bis zu der Ziffer, welche dem vorher ermittelten Fassungsvermögen der Blase gleichkommt. Die Membran entfaltet sich entsprechend in der Blase und dilatiert dieselbe dadurch nach einem ihrer großen Durchmesser. Der ganze Apparat wird nun in der Mittellinie mittels des auf dem Etuideckel geschraubten Statives fixiert; ist das als Heberflüssigkeit zurückgelassene Wasser abgelaufen, so werden die Reagenzgläser mit ihrem Halter unter die seitlichen Röhren geschoben und der Abfluß des Urins erfolgt für jede Niere gesondert in die beiden Gläschen.

Alle diese Vorbereitungen beanspruchen eine Minute Zeit, und die Untersuchung selbst dauert je nach Leistung der Nieren eine Viertelstunde bis eine Stunde und länger.

Periodische Literatur.

Die Anwendung des Lichtes in der Dermatologie.

Von Kromayer, Berlin. (Berliner klin. Wochenschrift. Nr. 5. 1907.)

Die bisherige Lichtquelle für Lichtbehandlung, das Kohlenbogenlicht der Finsen-Apparate, das für die wichtigsten Hautkrankheiten wesentlich in Frage kam, ist in seiner Anwendung umständlich und teuer. Nunmehr ist in der Quarz-Wasser-Lampe eine ebenso bequem zu handhabende wie billige Lichtquelle ge-

geben, die zudem das Kohlenlicht nicht nur in oberflächlicher, sondern auch in Tiefenwirkung übertrifft. Damit kann die Frage nach der praktischen Anwendung des Lichtes bis zu einer gewissen Grenze als gelöst betrachtet werden. Jeder Arzt, dem elektrischer Gleichstrom zur Verfügung steht, kann die Lampe in seinem Sprechzimmer anwenden, ohne eines großen Nebenapparates, ja nicht einmal eines Wärters zu bedürfen. Die von der Quarzlampen-Gesellschaft Berlin-Pankow hergestellte medicinische Lampe hat Form und Größe einer Faust und kann mit dem Quarzfenster direkt auf die zu beleuchtenden Hautstellen gesetzt werden, wo sie durch Binden fixiert oder auch mit der Hand angedrückt wird, ohne dann einer weiteren Wartung zu bedürfen. K. berichtet alsdann über eine Reihe von Krankheiten, bei denen durch Licht, und zwar das Quecksilber-Licht der Quarz-Wasser-Lampe, Erfolge erzielt werden, die auf andere Weise nicht erreicht werden können.

Von den roten Muttermälern sind die auf Erweiterung der Capillaren beruhenden diffusen Naevi von blauroter Farbe durch das Quecksilberlicht zu beseitigen, und zwar, wie beigefügte Krankengeschichten zeigen, oft in wenigen Belichtungssitzungen. Bei Beteiligung von Arterien ist zwar eine als Heilung imponierende Besserung zu erzielen, aber es treten bald Rezidive auf. Bei Beteiligung von Arterien und Venen ist überhaupt nur eine geringe und bald wieder schwindende Besserung zu erzielen. Der Weg zur Beseitigung der Naevi ist danach offen. Es gilt nur das Lichtverfahren durch unterstützende Maßnahmen so auszubilden, daß auch die refraktären Gruppen zur Heilung geführt werden können.

Als Prüfstein für die Güte und Wirksamkeit einer Lichtquelle kann die Lupusbehandlung gelten. Da das Quecksilberlicht der Quarz-Wasser-Lampe an penetrierenden ultravioletten und violetten Strahlen reicher ist als das Finsen-Licht, so ist a priori zu erwarten, daß bei der Behandlung des Lupus mit ersterem bei kürzerer Belichtungsdauer mindestens ebenso gute Belichtungsresultate zu erzielen sind wie mit letzterem. Daß dies der Fall, zeigen die vorzüglichen Erfolge, die K. erhalten hat. Diese werden illustriert durch die Krankengeschichten von vier Lupusfällen, die aufweisen: Heilung nach vorausgegangener erfolgloser Finsenbehandlung, Heilung eines Rezidivs nach Exstirpation, Heilung eines Rezidivs nach Heißluftbehandlung, Heilung nach einer einzigen halbstündigen Lichtsitzung. Trotz seiner hervorragenden Resultate will K. das Quarzlampenlicht nicht als eine Panacee für Lupus ansehen; es ist zwar das hervorragendste Mittel gegen Lupus, aber deshalb verlieren die anderen Behandlungsmethoden, scharfer Löffel, Pyrogallussäure, Paquelin, Heißluft, Röntgen, Radium, im geeigneten Falle richtig angewandt, nichts von ihrem Wert.

Beim Lupus erythematodes sind nur vorsichtige Versuche mit der Lichtbehandlung angebracht; K. hat neben ausgezeichneten Erfolgen auch Verschlimmerungen des Leidens gesehen.

Bei Alopecia areata versagt in den leichten Fällen die Lichtbehandlung nicht; bei schwereren stellen sich viele Mißerfolge ein, und oft wird, nachdem ein teilweiser oder völliger Wiederersatz der Haare erzielt ist, durch ein eintretendes Rezidiv, das Resultat der Behandlung wieder vernichtet. Bei der Alopecia pityrodes ist eine Wirkung vom Licht nicht zu erwarten, wenn der Prozeß schon abgelaufen ist, wenn Atrophie von Haut und Haarwurzeln und Kahlsein eingetreten ist. Ist der Prozeß noch in der Entwicklung, so kann er durch das Licht günstig beeinflußt werden; die Fälle mit starker Schuppenbildung, Neigung zum Ekzema seborrhoicum und späteren Beginn des Haarausfalls erscheinen günstiger für die Lichtbehandlung als diejenigen mit geringer Schuppenbildung und frühzeitigem Haarausfall. Immerhin erscheint hier in der Lichttherapie ein Fortschritt gegenüber anderen Behandlungsmethoden (Schwefel, Röntgen usw.) nicht erzielt.

Beim Ekzem, das eine klinisch so verschieden auftretende Krankheit darstellt, erscheint strenges Individualisieren, wie für alle die verschiedenen Behandlungsmethoden, so auch für die Lichttherapie am Platze. Meist dürfte dieser die Röntgenbehandlung, die ohne die Inkonvenienzen der Lichtbehandlung und Lichtentzündung in vielen Fällen rasch und bequem hilft, in welchen die medicamentöse Behandlung nicht oder nur zögernd Erfolg aufweisen kann, vorzuziehen sein. K. hat beim Ekzem nur dann zum Licht gegriffen, wenn die anderen Methoden versagten oder nicht angewandt werden konnten, und dann auch gute Erfolge erzielt. In ähnlichem Verhältnis zur Lichtbehandlung wie das Ekzem stehen auch die mit Staphylococcen-Infektion zusammenhängenden Krankheiten Acne vulgaris, Furunkel, Sycosis, meistens sind die anderen Behandlungsmethoden bequemer, so daß man nur selten in die Lage kommt, zum Licht zu greifen. Eine starke Lichtdosis wirkt auf den Acneknoten in gleicher Weise einschmelzend und resorbierend wie eine Schälpaste; der Furunkel kann im Beginn koupiert werden, im späteren Stadium der Verlauf durch eine intensive Lichtentzündung und aktive Hyperaemie, ebenso wie durch die passive Hyperaemie der Bierschen Stauung abgekürzt werden.

Bei der letzten Gruppe von Hautaffektionen, Teleangidectasie, Acne rosacea, Rinophyma, die im wesentlichen kosmetisch sind, kommen die Inkonvenienzen der Lichtbehandlung wohl in Betracht; diese sind außer der Lichtentzündung in der Möglichkeit zu sehen, daß nach Ablauf der Entzündung sich nur eine sehr langsam schwindende „helle Lichtröte" in den behandelten Partien halten kann, und daß weiter in diesen sich eine stärkere Pigmentation ausbilden kann. Da es aber gerade auf diesem Gebiete viele Fälle gibt, wo alle anderen Maßnahmen (multiple Punktur, Spitzbrenner) versagen, so ist im Licht ein neues wirksames Mittel mit Freude zu begrüßen.

Neuere Arzneimittel.

Pittylen. Fabr.: Dresdener Chemisches Laboratorium Lingner. Der Teer ist in der Dermatotherapie hauptsächlich wegen seiner juckstillenden und seiner keratoplastischen Eigenschaft unentbehrlich, trotzdem der üble Geruch und die unschöne Farbe kein gutes Empfehlungsschreiben darstellen; außerdem ist die Entscheidung, wann im Verlaufe des Ekzems der Teer appliziert werden darf, ohne Schaden zu stiften, nicht leicht. Also galt es, Ersatzmittel für den Teer zu suchen, die von den unangenehmen Eigenschaften befreit und doch von gleicher therapeutischer Wirkung wären. Als juckstillende Ersatzmittel führte Dr. Max Joseph, der bekannte Dermatologe in Berlin, das Bromocoll und das Euguform ein, als keratoplastische ist der Liquor carbonis detergens anglicus in Gebrauch. Neuerdings ist im Chem. Lab. Lingner in Dresden ein Teerpräparat hergestellt worden, das allem Anschein nach große Aussichten hat, das Oleum Cadini purum, Oleum Rusci und Oleum Fagi ganz zu verdrängen.

Pittylen, dies ist der Name des neuen Teerpräparates, stellt ein Kondensationsprodukt des offiziellen Nadelholzteers mit Formaldehyd dar, ein lockeres amorphes Pulver von gelbbrauner Farbe und schwachem, kaum noch an Teer erinnerndem Geruche, das in Alkohol, Aether, Chloroform, Aceton, Terpineol, Collodium und verdünntem Alkali mit dunkelbrauner Farbe löslich ist und sich als ein Gemenge der Methylenverbindungen der im Nadelholzteer vorhandenen chemischen Körper präsentiert.

Die Verbindung mit Formaldehyd nimmt den verschiedenen Bestandteilen des Teers nicht allein die Fähigkeit, lokale Reizungen hervorzurufen, sondern auch die Eigentümlichkeit, resorptive Nebenwirkungen auszulösen. Es erklärt sich dies vielleicht schon daraus, daß bei der Verbindung der einzelnen Bestandteile mit Formaldehyd hochmolekulare Körper entstehen, die vom Organismus nicht so rasch aufgenommen und resorbiert werden wie jene. Ebenso setzt bekanntermaßen die Einschaltung der Methylengruppen die Giftigkeit und Reizwirkung ganz erheblich herab. Außerdem hat die Kondensation ringförmig gebundener Körper, wie sie bei der Einwirkung von Formaldehyd auf die Teerbestandteile zweifellos auch erfolgt, nach den Erfahrungen, die man mit anderen Körpern gemacht hat, eine entgiftende Wirkung. Daß die Verbindung mit Formaldehyd auf die betreffenden Körper auch desodorierend wirkt, ist aus verschiedenen Analogien bekannt. Außerdem aber hat sich herausgestellt, daß der Organismus von diesen Verbindungen, mögen sie nun innerliche Anwendung finden oder äußerlich auf Wunden usw. appliziert werden, langsam wieder Formaldehyd abspaltet, wodurch natürlich eine wenn auch nicht sehr bedeutende antiseptische Wirkung erzielt wird.



Auch eine wasserlösliche Verbindung des Pittylens wird hergestellt, so daß man bei Verwendung dieser wasserlöslichen Modifikation die Möglichkeit hat, das Kondensationsprodukt des Nadelholzteers auch in wässeriger Lösung zu benutzen, was in vielen Fällen erwünscht sein wird, wo Alkohol, Aceton, Chloroform und ähnliche Körper, in denen Pittylen sich löst, nicht am Platze sind.

Ueber die therapeutische Verwendbarkeit liegen bisher Untersuchungen von Galewsky, Arch. f. Dermat. und Syph., 1903, p. 88 ff., von Trautwein, Diss. ing., Leipzig 1904, Aufrecht, Pharmazeut. Zeitung, 1906, Nr. 30, vor. Systematisch durchprobiert hat das neue Präparat Dr. Max Joseph in Berlin (Dermatol. Zentralblatt, 1905, Nr. 3, p. 66 ff.). Nach seinen Erfahrungen ist das Indikationsgebiet recht umfangreich. Vor allem kommt das Ekzem in Betracht, nicht das akute, wohl aber das subakute und besonders das chronische, ferner das impetiginöse Ekzem der Kinder, weiterhin die außerordentlich hartnäckigen chronischen tylotiformen Ekzeme, das Keratom des Handtellers und der Fußsohle, sowie der Lichen chronicus simplex, Dermatosen, bei denen nach Josephs Erfahrungen das Pittylen, besonders in Form der Paraplaste angewendet, eine unbedingte Ueberlegenheit erkennen läßt. Das 8%ige Pittylen-Aceton bewährte sich gut bei Ekzema seborrhoicum corporis, wenn man täglich zweimal einpinselte und dreimal wöchentlich ein Bad mit fester Pittylenseife verordnete. Gleich günstige Resultate wurden bei Pityriasis rosea erzielt, während die 8%ige Pittylentinktur bei der Pityriasis versicolor, den chronischen urticariellen Prozessen und dem Strophulus infantum treffliche Dienste leistete. Das 5 bis 10%ige Pittylen-Collodium empfiehlt sich besonders für gewisse Fälle von Herpes tonsurans vesiculosus, die in der Regel den bisher gebräuchlichen Mitteln hartnäckig trotzen. Die Verwendung der Pittylenseifen ist bei den verschiedensten Formen der Acne vulgaris wegen der fast spezifischen Wirkung in erster Linie indiziert. Besonders sind es die Pittylen-Kali-Seife, die sich ausgezeichnet bewährt haben. Man kann durch die Art der Applikation die Wirkung beliebig abstufen. Genügt bloßes Einseifen und energisches Abwaschen mit der harten Seife nicht, so schäumt man die Seife mit der Hand ein und massiert den Schaum kräftig in die Haut ein (mehrmals täglich je 5 bis 15 Minuten). Führt dies nicht zum Ziele, so trägt der Patient den Seifenschaum dick auf die Haut auf und läßt ihn über Nacht eintrocknen. Endlich kann man zur Applikation der flüssigen Seife übergehen, die die stärkste Reaktion hervorzurufen imstande ist; sie ist besonders bei Acne indurata indiziert. Joseph hat 78 Acnefälle mit Seife behandelt, darunter 19 mit völligem Erfolge, 48 kamen zu erheblicher Besserung, und nur 11 widerstanden der Therapie vollständig.

Patentnachrichten.

Gebrauchsmuster.

30 d. 296 985. Stelzbeinkapsel mit Spiralfeder. Rich. Richter, Freiburg i. B., Talstr. 3. 22. 11. 06. R. 18302.

30 d. 297 229. Künstlicher Fuß mit kombiniertem Kugel- und federndem Scharniergelenk und Spitze. W. Zimmermann und H. Zimmermann, Wolfsanger, und J. Zimmermann, Cassel, Hohenzollernstr. 133. 19. 12. 06. Z. 4309.

30 d. 297 537. Binde mit Wulst zum Andrücken der Unterlippe und elastischem Streifen zum Andrücken der Oberlippe, zwecks Verhütung des Schnarchens und Sprechens im Schlaf. Adolf Gemple, Frankfurt a. M., Dreieichstr. 9. 24. 12. 06. G. 16635.

30 e. 297 520. Sich verbreiternder zusammenlegbarer Beckenstützteller mit einbeinigem Ständer zum Anlegen von Gips- udgl. Verbänden. Carl Daehne, Pankow b. Berlin, Gottschalkstr. 26. 22. 12. 06. D. 12198.

30 f. 297 207. In einen Kasten einlegbares Gestell mit Beinen, Becken und verstellbarer Lehne, für hygienische Zwecke. A. Grisel, Paris.

30 f. 297 541. Bestrahlungskonzentrator für Röntgenbehandlung mit zwangläufig geführter Röntgenröhre, deren Bestrahlung immer nach dem Zentrum einer Kugel gerichtet ist. Fa. Max Kohl, Chemnitz. 27. 12. 06. K. 29 791.

30 f. 297 546. Aus knotenlos sich kreuzenden Bändern bestehendes Liegenetz für Dauerbäder. Werner Otto, Berlin, Sponerstr. 25. 29. 12. 06. O. 4061.

30 i. 297 509. Keimdichte Packung mit über den Bund gestreiftem Wattebausch. C. H. Knorr, Akt.-Ges., Heilbronn a. N. 8. 12. 06. K 29 624.

30 k. 297 540. Bougiespritze mit am Mundstück angeordnetem Ansatz und dagegen sich stützendem, abdichtendem Gummistrumpf. Heinrich Noffke, Berlin, Yorkstr. 19. 27. 12. 06. N. 6590.

42 b. 104 601. Reflexfreies Augenglas mit Diaphragma ohne Randeinfassung, dessen nach außen sichtbarer schwarzer Rand metallartig hergestellt ist. August Wolff, München, Bayerstr 3. 8. 12. 06. W. 21 567.

30 a. 297 819. Schweißfänger, bestehend aus einem auf ein federndes Gerippe gespannten Flanell- odgl. Sack mit dünner Schwammeinlage. Lorenz Stretz, Siegsdorf. 31. 12. 06. St. 9082.

30 f. 298 039. Winde zum Anziehen der Leine an Streckapparaten. Otto Gießler, Gr.-Dülizg. 21. 12. 06. G. 16631.

30 f. 298 089. Gelenkerschütterungsapparat für medizinische Zwecke, dadurch gekennzeichnet, daß an einem federnden Tischchen Auflageteller und Auflagebügel angeordnet sind. Elektrotechnisches Institut Saxonia C. Richard Zumpe, Chemnitz 7. 8. 06. E. 9292.

30 k. 298 071. Irrigator (Spülkanne) mit den Schlauch bei Nichtgebrauch aufnehmenden Abteil. Paul Hertwig, Leipzig, Marienstr. 15 5. 1. 07. H. 32036.

33 c. 297 770. Gerät zum Auftragen von Flüssigkeiten udgl. auf den Haarboden von griffelförmiger Gestalt, dessen vorderer Teil mit einer Durchlochung zur Aufnahme des mit der Flüssigkeit zu tränkenden Polsters odgl. versehen ist. Dr. Ernst Kromayer, Berlin, Lützowstr. 89. 27. 11. 06. K. 29 545.

34 e. 297 737. Schnellheizvorrichtung für Irrigatoren und andere zur raschen Warmwasser-Erzeugung dienende kleinere Gefäße mit den Heizkörper umgebendem, gelochtem Mantel. C. Wetzer, Stuttgart, Hohenstaufenstraße 13. 31. 12. 06. W. 21 627.

42 h. 298 130. Kneifer mit nach der Seite federndem Bügel, bei welchem die Nasenstege unter der Feder an die Fassung befestigt sind. Fa. Heimann Falk, Berlin. 14. 12. 06. F. 14 934.

42 h. 298 165. Brillenbügel in einem Stück, ohne Lötung, aus gut federndem Material mit Riefelung auf der Innenseite. Dörffel & Faerber, Berlin. 24. 12. 06. D. 12 200.

61 a. 297 752. Gesichtsmaske für Atmungsapparate, deren Augengläser beiderseitig durch Schutzgitter eingeschlossen sind. Paul Müller, Leipzig, Schenkendorfstr. 28. 21. 3. 06. M. 21 525.

61 a. 297 812. Selbstsaugungsapparat mit auf dem Rücken zu tragendem Luftvorratsbehälter. Paul Müller, Leipzig, Schenkendorfstr. 28. 22. 9 06. M. 22 674.

Verantwortlicher Redakteur: Dr H. Lungwitz, Köln a. Rh.
Verlag von Carl Marhold, Halle a S.
Druck von Heynemannsche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S



Nr. 14. 1907. 3. Juni.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.



Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Ueber die antirheumatische und antineuralgische Wirkung des Aspirophens.

Von **Dr. K. Ganz.**

Seitdem mit der Erkenntnis der schädlichen Nebenwirkungen der Salizylsäure der Versuch gemacht wurde, Derivate derselben in die Therapie einzuführen, war es das Bestreben, den Medikamenten eine solche chemische Konstitution zu geben, daß sie besonders ohne Belästigung des Magens und Beeinträchtigung des Salizylsäurebestandteiles die volle antirheumatische Wirkung entfalten können. Die Zahl der von diesem Gesichtspunkte aus erzeugten antirheumatischen und antineuralgischen Mittel ist eine geringe und, mögen die meisten von diesen den an sie gestellten Erwartungen entsprechen, eines steht fest, es werden weitere Verbesserungen vorgenommen. Das von der chemischen Fabrik Falkenberg nach eigenem Verfahren durch Vereinigung von Acetylsalizylsäure (Aspirin) mit Amido-acetpara-Phenetidin (Amido-Phenacetin) synthetisch dargestellte Aspirophen bezeichnet einen weiteren Fortschritt in der Schaffung unschädlicher Antirheumatika und Antineuralgica. Das Aspirophen stellt ein weißes kristallinisches Pulver dar, löst sich leicht in Wasser, schmilzt bei 200° und hat die chemische Formel

$$C_6H_4 \left\{ \begin{array}{l} O, COCH_3 \\ COOH, NH_2, CH_2, CO, NH, C_6H_4, OC_2H_5. \end{array} \right.$$

Die chemische Zusammensetzung des Aspirophens aus zwei physiologisch so erforschten Komponenten, wie es das Aspirin und das Amidophenacetin sind, gibt uns die Indikationen zur therapeutischen Anwendung an. Obzwar die Akten über die Entstehung des Rheumatismus noch nicht geschlossen sind, so ist die Annahme des infektiösen Charakters dieser Krankheit am meisten gang und gäbe; die Therapie jedoch bewegt sich in beschränkten Bahnen, und bislang haben nur die Salizylate den meisten Anspruch auf den Namen Antirheumatica. Mit Rücksicht darauf, daß dem Aspirophen alle schädlichen Nebenwirkungen, die nach Anwendung der Salizylsäure in dem Auftreten des Salizylrausches ihren Höhepunkt erreichen, abgehen, eignet sich dasselbe vorzüglich bei allen Arten von Rheumatismen. Sowohl durch Tierexperimente als auch am Menschen hat sich seine völlige Ungiftigkeit und Unschädlichkeit erwiesen, das Aspirophen greift die Magenschleimhaut nicht im geringsten an und zerfällt erst im Darm durch Einwirkung des alkalischen Darmsaftes in seine beiden Bestandteile, die dann zur vollen Geltung gelangen; es tritt noch zur bekannten Aspirinwirkung gleichzeitig die antibakterielle und nervenberuhigende des Amidophenacetins dazu.

Aus der großen Zahl der von mir mit Aspirophen behandelten Fälle lasse ich zur Illustrierung der Wirkung einige Krankengeschichten folgen. Die stets vorgenommenen Harnuntersuchungen ergaben keine Nierenreizungen. Die gewöhnliche Einzeldosis beträgt 1 g, 5 g pro die, Kindern verordne man die Hälfte. Der nach Aspirophen auftretende Schweißausbruch ist ein milder, die Temperaturherabsetzung erfolgt ohne subjektive Beschwerden, ein behagliches Wohlbefinden stellt sich danach ein und die Genesung macht rasche Fortschritte. Was beim Aspirophen wertvoll erscheint, ist auch seine analgetische Wirkung, so daß es auch bei der Behandlung der verschiedenen Formen der Neuralgie, namentlich der Ischias, vorzügliches leistet.

Erster Fall. A. H., 52jährige Beamtenwitwe. Diagnose: akuter Gelenksrheumatismus. Die Anamnese ergibt, daß Pat. bereits dreimal von dieser Krankheit befallen war; die jetzige Erkrankung datiert seit drei Tagen. Die objektive Untersuchung zeigt Schwellungen und Rötungen sämtlicher Finger- und Zehengelenke, große Empfindlichkeit und Druckschmerzhaftigkeit beider Knie- und Fußgelenke. Temperatur 39°, Puls 120, Herzbefund normal. Auf 5 g Natr. salizylicum sinkt zwar in zwei Tagen die Temperatur, dasselbe muß aber wegen Ohrensausen ausgesetzt werden. Neuerliches Ansteigen der Temperatur, Auftreten von Schwellung und Rötung des rechten Knie- und linken Fußgelenkes. Therapie: Umschläge mit essigsaurer Tonerde, 4 g Aspirophen tgl., worauf in drei Tagen Temperaturabfall bis zur Norm mit Rückgang sämtlicher objektiven Erscheinungen erfolgt; die in den Fingergelenken noch auftretenden Schmerzen verschwinden auf weitere Verabreichung von Aspirophen, so daß Patientin 14 Tage nach Beginn ihrer Krankheit gesund entlassen wird und ihre häuslichen Arbeiten verrichten kann.

Zweiter Fall. E. S., 24jährige Köchin. Diagnose: Akuter Gelenkrheumatismus. Pat., die stets gesund war, erkrankte plötzlich vor fünf Tagen mit Schmerzen im linken Handgelenk, hierauf trat starke Anschwellung und Rötung dieses Gelenkes, sowie im rechten Knie- und beiden Schultergelenken auf, so daß Pat. bettlägerig wurde. Status praesens: zartgebaute Person mit schwacher Muskulatur und mäßig entwickeltem panikulus adiposus; kein Kopfschmerz, keine Oedeme. Brust- und Bauchorgane normal. Pat. nimmt passive Rückenlage ein, bei jeder geringsten Bewegung große Schmerzen in den von der Krankheit betroffenen Gelenken. Linkes Hand- und rechtes Kniegelenk gerötet und geschwollen, beide Schultergelenke geschwollen und auf Druck äußerst schmerzhaft. Umschläge mit essigsaurer Tonerde bringen eine kleine Linderung, die Temperatur steigt auf 39,5°, weshalb Aspirophen viermal tgl. 1 g verordnet wird. Pat. hat hierauf besser geschlafen, Temperatur am nächsten Morgen 37,6°, die Schwellungen sind geringer, Rötung und Schmerzhaftigkeit bestehen noch. Es werden abermals 4 g Aspirophen gereicht, worauf am Abend unter gelindem Schweißausbruch die Temperatur allmählich abfällt und 36,5° erreicht; die Schwellung und Rötung sind gänzlich geschwunden, die Bewegungen in den

einzelnen Gelenken völlig frei. Das Aspirophen wird in den folgenden drei Tagen weiter genommen, bis sich auch die geringe Schmerzhaftigkeit verliert. Pat. fühlt sich vollständig wohl und kann ihrer Beschäftigung nachgehen.

Dritter Fall. B. D., 34jähriger Schlosser. Diagnose: Polyarthritis rheumatica. Pat. überstand vor zwei Jahren zum ersten Mal Gelenkrheumatismus und spürt seit dieser Zeit bei jedem Witterungswechsel Schmerzen in einzelnen Gelenken und Herzklopfen bei schweren Arbeiten. Vor drei Tagen erkrankte er mit einem Schüttelfrost, beide Knie- und Fußgelenke schwollen an und röteten sich, so daß Pat. das Bett aufsuchen mußte. Bei der objektiven Untersuchung findet man kräftig gebauten Mann mit sehr gut entwickelter Muskulatur und ebensolchem Fettpolster. Lungen gesund, Herzdämpfung vergrößert, leises systolisches Geräusch an der Herzspitze, mäßig Albumen im Harn; Bauchorgane normal. Beide Fußgelenke in toto geschwollen und gerötet, ebenso beide Kniegelenke, in welchen jede Bewegung äußerst schmerzhaft ist und nur mit Mühe ausgeführt werden kann. Temperatur 38,7°. Therapie: viermal tgl. je 1 g Aspirophen, feuchtwarme Umschläge um alle Gelenke. In der folgenden Nacht konnte Pat. besser schlafen, die Schmerzen ließen nach, die erkrankten Gelenke im selben Stadium, Temperatur 38,1°. Therapie: fünfmal tgl. je 1 g Aspirophen. Unter mäßigem Schweißausbruch erfolgt noch am selben Tage Temperaturabfall bis zur Norm, beide Beine zeigen keine Rötung mehr, Schmerzen mäßig, die Schwellung ist beiderseits gering; Pat. kann sich im Bette schmerzlos bewegen. Unter fortgesetztem Aspirophengebrauch lassen sämtliche krankhaften Erscheinungen binnen fünf Tagen vollständig nach, das Albumen im Urin verschwindet, Herzklopfen nicht vorhanden, das systolische Geräusch an der Herzspitze bleibt bestehen. Pat. verläßt das Bett und geht nach einer weiteren Woche seinem Berufe nach.

Vierter Fall. J. R., 50jähriger Briefträger. Diagnose: akuter Muskelrheumatismus. Pat. war früher stets gesund. Vor fünf Tagen traten plötzlich heftige Schmerzen im rechten Oberarm ein, die nach der Brust und dem Rücken ausstrahlten und auf Verkühlung nach einem Bade zurückgeführt werden. Status praesens: kräftig gebauter Mann mit gesunden inneren Organen. Rechter Oberarm in toto geschwollen, gerötet und auf Druck äußerst schmerzhaft. Die Schwellung reicht vom Ellenbogen bis über den Schultergürtel. Temperatur 38°. Therapie: Pinselungen mit Jodvasogen, Einpackungen mit entfetteter Watte, Aspirophen 4 g in zweistündigen Pausen. Nach zwölf Stunden prompter Temperaturabfall, Oberarm bedeutend beweglicher, Geschwulst gefallen, Druckschmerzhaftigkeit geschwunden; die Rötung hält noch an. Weitere Therapie: Aspirophen, Umschläge mit Liquor Burowii. Nach fünf Tagen sind sämtliche Erscheinungen gewichen, Pat. wird massiert und gesund entlassen.

Fünfter Fall. Z. K., 34jähriger Beamter. Pat. gibt an, seit einem Jahre an periodisch auftretenden Gesichtsschmerzen um das linke Auge herum zu leiden, die auf verschiedene Pulver mehr oder weniger zurückgingen. Seit drei Tagen bestehen die Schmerzen intensiv fort, und die bis jetzt angewandte Therapie versagt; weder heiße noch kalte Umschläge noch Einreibungen und sogar Morphium bringen Erleichterung. Besonders in der Nacht nehmen die Schmerzen überhand und strahlen in die ganze linke Kopfhälfte aus, so daß Pat. ganze Nächte schlaflos zubringt. Bei der objektiven Untersuchung findet man Zucken der Lider des linken Auges, Augenlider und Stirngegend oberhalb des Auges geschwollen, der N. supera- und intraorbitalis auf Druck stark empfindlich. Diagnose: Trigeminusneuralgie. Therapie: 1 g Aspirophen, worauf in einer halben Stunde die Schmerzen nachlassen und Pat. einschläft. Nach drei Stunden treten die Schmerzen abermals, aber nicht mehr so stark auf. Nach einmal 2 g Aspirophen schwinden die Schmerzen für 24 Stunden. Die folgenden Tage bringen täglich je einen Anfall, der nach je 1 g Aspirophen koupiert wird. Nach 8 Tagen vollkommene Heilung.

Sechster Fall. R. S., 40jährige Erzieherin. Diagnose: Ischias. Seit sechs Tagen bereits krank, kann Pat. das rechte Bein nicht bewegen. Die Austrittsstellen des Nervus ischiadicus druckempfindlich, die Muskeln des Oberschenkels ebenfalls. Zeitweilig auftretende stichartige Schmerzen, die bis zu den Zehen herabreichen, benehmen der Kranken den Schlaf. Therapie: Dreimal täglich 1 g Aspirophen; den nächsten Tag kann Pat. das Bein schmerzloser bewegen. Der Ischiadicus noch immer auf Druck empfindlich. Unter Massage und weiterer Aspirophenmedikation bessert sich der Zustand derart, daß Pat. nach drei Tagen das Bett verlassen konnte. Objektiv keine pathologischen Veränderungen. Acht Tage später wird Pat. geheilt entlassen.

In mehreren subakuten und chronischen Fällen von Gelenks- und Muskelrheumatismus leistete mir das Aspirophen vorzügliche Dienste und war imstande, die Schmerzen prompt zu vertreiben. Aber auch bei gichtischen Prozessen, rheumatischen Myopathien, Interkostalneuralgien tritt nach Aspirophengebrauch der therapeutische Wert desselben in eklatanter Weise hervor; Schmerzen und Entzündungserscheinungen gehen nach einigen Stunden zurück, wohltuender Schlaf stellt sich ein, und die Patienten sind darnach bedeutend gestärkt.

Aus dem Angeführten ersehen wir, daß die Indikationen zur Verwendung des Aspirophens sich mit denen des Natrium salizylikum vollkommen decken, und daß das Aspirophen allgemein dort angewendet werden kann, wo eine kräftige und andauernde antirheumatische und antineuralgische Wirkung erzielt werden soll; seine sedativen und hypnotischen Eigenschaften, die bei anderen Antirheumaticis gewöhnlich vermißt werden, treten hier stark hervor. Da das Aspirophen weder die Magentätigkeit stört, noch die Nieren reizt, eignet es sich vorzüglich als Ersatz für die Salizylpräparate; es verbindet mit der ausgezeichneten Wirkung des Aspirins die des Amidophenacetins, welch beide Komponenten im molekularen Verhältnis miteinander synthetisch vereinigt und chemisch gebunden sind. Ich kann daher das Aspirophen als zuverlässiges, unschädliches und prompt wirkendes Salizylpräparat zu weiteren Versuchen aufs beste empfehlen.

Spucknapf „Suevia".

Daß der Uebertragung von Krankheitserregern, speziell der Tuberkelbazillen bedeutend Einhalt getan würde, wenn in öffentlichen Lokalen geeignete Spucknäpfe aufgestellt wären, steht außer Frage. Die Firma Haegele und Zweigle in Esslingen bringt nun einen Spucknapf in den Handel, den sie für den „besten der Welt" hält und der in der Tat vor Konkurrenzerzeugnissen der Technik mancherlei voraus hat. Er ist nämlich nach außen vollständig abgeschlossen, der Auswurf also nicht sichtbar. Die Form ist etwa die eines Privat-

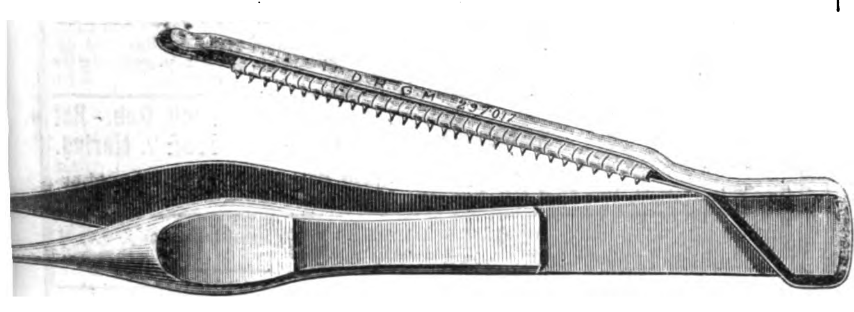




briefkastens. Man öffnet den Apparat mittels eines an der Vorderseite angebrachten Ringes und hat dann einen eigenartig geformten Glaseinsatz vor sich (siehe Abbildung), der etwa zur Hälfte mit Wasser gefüllt wird und zur Aufnahme des Sputums, das demnach sofort von Wasser umhüllt wird, dient. Die nach hinten gelegene Oeffnung des Glaseinsatzes, durch die das Sputum hineingelangt, ist dadurch abgeschlossen, daß sich eine an der hinteren Wand des Blechgefäßes angebrachte, mit einer antiseptischen Lösung, z. B. Karbolöl getränkte Filzplatte dagegen legt. Aus dem Glasgefäß kann, wie wir uns überzeugt haben, weder Wasser noch Auswurf beim Oeffnen herausfließen. Die Reinigung kann leicht erfolgen. Wegen seiner unauffälligen Form und zweckmäßigen Konstruktion eignet sich der Spucknapf zum Aufhängen in Wohnräumen wie in Krankenzimmern, Sprechzimmern, in Kasernen, Bahnhöfen und anderen öffentlichen Gebäuden.

Pinzette zur Wundnaht nach Michel.

Ein Nachteil der Pinzette zur Michelschen Wundnaht mittels Klammern, wie sie Nr. 3 dieses Jahrganges beschrieben und abgebildet ist, ist der, daß der auf der Pinzette befestigte



Rahmen für die Wundklammern leicht hin- und herfedert. Die Firma Gottlieb Jost, Nippes (Köln a. Rh.) hat daher eine Pinzette konstruiert, deren Form aus beistehender Abbildung ersichtlich ist. Die Figur zeigt auch, daß ein Hin- und Herfedern des Klammerträgers völlig unmöglich ist.

Periodische Literatur.

Biersche Stauung bei Seekrankheit. Von Roesen, Bonn. (Münch. med. Wochenschrift, Nr. 7, 1907.)

R. konnte bei sich selbst durch Anlegen der Staubinde auch bei starkem Seegang völliges subjektives Wohlbefinden erzielen, allerdings ohne Beeinflussung der Brechneigung bei gefülltem Magen; ähnliche Erfahrungen machte er bei zwei Patienten. Versuche mit einigen der meist empfohlenen Medikamente gegen Seekrankheit hatten nicht den geringsten Effekt gehabt.

Ueber die Wirkung des Uviollichtes auf die Haut und dessen therapeutische Verwendung in der Dermatologie. Von Stern und Hesse, Düsseldorf. (Münch. med. Wochenschrift, Nr. 7, 1907.)

Histologische Untersuchungen zeigten, daß es durch die Uviolbestrahlung zu einer oberflächlichen Dermatitis, verbunden mit einer mehrere Tage andauernden Gefäßerweiterung, sowie zu einer konsekutiven Abschiebung der oberflächlichen Zellschichten kommt. Die beiden Faktoren, bessere Ernährung der Haut durch langdauernde Hyperaemie und Abstoßung der oberen Schichten, müssen als willkommene Mittel in der Therapie oberflächlicher Dermatosen betrachtet werden. Für den therapeutischen Erfolg ist die Erzielung eines Erythems erforderlich; die zu bestrahlenden Stellen müssen vorher von Schuppen, Borken, Krusten gereinigt werden. Nicht geeignet für die Lichtbehandlung sind die akuten Ekzeme; mäßige oder schlechte Resultate ergab die Uviolbehandlung bei Sycosis, Ulcera cruris und venerischen Geschwüren; für die Lupusbehandlung ist die Tiefenwirkung eine zu geringe. Sehr befriedigende Resultate wurden erzielt bei chronischen Ekzemen, besonders bei seborrhoischen Ekzemen des Kopfes, bei Psoriasis des behaarten Kopfes, Alopecia areata und Herpes tonsurans. Die Vorzüge der Behandlung liegen für den Arzt in der einfachen Handhabung, der Dosierbarkeit durch Aendern der Entfernung und der Ungefährlichkeit des Verfahrens, für den Patienten in der Sauberkeit und Schmerzlosigkeit der Behandlung. Bedeutende Nachteile wurden außer einer durch Vorsicht zu verhütenden Pustelbildung nicht beobachtet.

Ambulante Abortbehandlung. Von Rosenthal, Berlin. (Therapeut. Monatshefte, Jan. 1907.)

R. führt aus, daß der Abort kein geeignetes Objekt für ambulante Behandlung ist. Liegt keine Indikatio vitalis vor, so ist die notwendige Hilfe (meist Tamponade der Scheide oder des Uterus) zu leisten und die Patientin anzuweisen, sich im Hause behandeln zu lassen. Ist die Operation wegen Indikatio vitalis vorgenommen worden, so ist die Patientin in die mit der Poliklinik verbundene Klinik auf fünf Tage aufzunehmen. Ist eine solche nicht vorhanden, so ist die Patientin mittels Krankenwagens nach Hause zu schicken; eine Krankenwärterin soll sie begleiten. Der praktische Arzt soll einen operativen Eingriff in seiner Behausung unter allen Umständen unterlassen.

Zur inneren Therapie der Syphilis. Von Saalfeld, Berlin. (Therapeut. Monatshefte, Jan. 1907.)

Bedingung für eine innere Behandlung der Lues ist das Vorhandensein eines Quecksilberpräparates, das bei innerer Darreichung keine schwereren Reizungen des Darmtraktus hervorruft, dabei aber eine intensive und gleichmäßig zuverlässige Hydrargyrumwirkung entfaltet. Diesen Anforderungen scheint das von Boss unter dem Namen „Mergal" eingeführte Präparat zu entsprechen. Es stellt das Quecksilberoxydsalz der Cholsäure dar; am zweckmäßigsten wird es zugleich mit Tanninalbuminat verabreicht; die vorrätigen Mergalkapseln enthalten 0,05 cholsaures Quecksilberoxyd und 0,1 Tanninalbuminat. Treten im Anfang der Behandlung bei hierfür disponierten Personen Durchfälle auf, so läßt man zu jeder Verabreichung des Mergals ein bis zwei Tropfen Tct. Opii nehmen; meist kann man bald auf diesen Opiumzusatz verzichten. Man beginnt je nach der Konstitution des Patienten mit drei bis sechs Kapseln pro Tag, die stets nach den Mahlzeiten genommen werden müssen, und steigt dann allmählich bis zu 10—12—15 Kapseln. Verf. hat das Präparat bei mehr als 100 Patienten erprobt, sowohl bei sekundärer wie tertiärer Lues. Ueberall zeigte sich prompt die erwartete Quecksilberwirkung. Häufig auftretende Stomatitiden betrachtet Verf. als günstiges Zeichen der Wirksamkeit des Mergals. Häufig zeigte sich, daß Patienten, die sich anderen Quecksilberkuren gegenüber völlig defraktär verhalten hatten, auf Mergal vorzüglich reagierten. Wegen der großen Bequemlichkeit zogen alle Patienten die Mergalbehandlung der Schmierkur und den Injektionen vor; daraus ergibt sich ein besonderer Vorzug des Mergals; mit diesem Präparat wird es leichter möglich sein als mit den übrigen Behandlungsmethoden, der durchaus notwendigen Fournier-Neisserschen intermittierenden Behandlung in immer weiteren Kreisen Eingang zu verschaffen. Abgesehen von den leichten Darmstörungen sah Verf. keine schädlichen Nebenwirkungen; eine Nierenreizung wurde trotz vieler Untersuchungen nie konstatiert. Eine Reihe von Krankengeschichten illustrieren den Gang der Behandlung.

Die Rezeptur des Protargols. Von Goldmann, Berlin. (Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 7, 1907.)

Protargollösungen dürfen nicht mit warmem Wasser hergestellt werden; auch ist es unzulässig, Stammlösungen vorrätig zu halten, um mittels derselben verdünnte Lösungen anzufertigen. Die Herstellung einer Protargollösung in der Kälte geschieht in der Weise, daß einige Tropfen Wasser und Glycerin mit dem Protargol in einer Porzellanschale verrieben werden, und dann mit Wasser in kleinen Mengen nachgespült wird, bis das erforderte Gewicht erreicht ist, oder das Protargol wird auf die Oberfläche der erforderlichen Wassermenge in einem weiten Becherglase aufgepudert und ohne Umrühren die Lösung abgewartet. Die Aufbewahrung der Lösung muß in gelbbrauner Flasche geschehen. So zubereitete Lösungen machen niemals Reizerscheinungen. Soll ein lokales

Anaestheticum zugefügt werden, z. B. Alypin, so kommt allein das Alypin. nitricum in Betracht (auf 1 g Protargol 0,1 bis 0,3 Alypin).

Patentnachrichten.

Patent-Anmeldungen.

30d. B. 40807. Instrument zum Aufsägen von Gipsverbänden. Georg Bordewieck, Hamburg, Humboldtstr. 69. 30. 8. 05.

30e. A. 13280. Als Unterlage für Kranke dienendes Bettkissen mit einer Aussparung zur Aufnahme einer Bettschüssel. Ulrich Arnegger, Rheineck, Schweiz; Vertr.: Eduard Franke und Georg Hirschfeld, Pat.-Anwälte, Berlin SW. 13. 11. 6. 06.

30i. M. 28175. Verfahren zur Verhinderung des Staubens auf Straßen. Stephan Mattar, Leipzig, Thomasring 16, u. Dr. Robert Funcke, Lorch bei Stuttgart. 12. 9. 05.

30d. F. 21530 Vorrichtung zum Schließen des Mundes während des Schlafes. Kuno Felsch, Elberfeld, Heubruchstr. 2. 26 3. 06.

30f. B. 41795. Zweipolige Kamm-Elektrode zur Behandlung der Kopfhaut. Wilhelm Bosse, Dresden-A., Pirnaischestr. 69. 27. 12. 05.

30i. R. 22419. Verfahren zur Herstellung eines Verbandstoffes Richter & Co., Brüx, Böhmen; Vertr.: E. W. Hopkins und K. Osius, Pat.-Anwälte, Berlin SW. 11. 6. 3. 06.

Patent-Erteilungen.

30e. 182701. Krankentrage mit Rinnen zur getrennten Lagerung der Beine. Charles J. Stokes, Washington; Vertr.: M. Schmetz, Pat.-Anw., Aachen. 9. 9. 05. St. 9765.

48a. 182664. Rührvorrichtung für galvanische Bäder mittels die Ansaugung des Elektrolyten von unten bewirkenden Eintauchrohres. W. A. S. Benson & Company Limited und Albert Joseph Leaver, London; Vertr.: P. Müller, Pat.-Anw., Berlin SW. 61. 27. 6. 06. B. 43483.

53f. 182747. Verfahren zur Herstellung von eiweißreicher, geschmacklich nicht veränderter Schokolade. Riquet & Co., Akt.-Ges., Gautzsch-Leipzig. 4. 1. 05. R. 20598.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Köln a. Rh. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von Heynemannsche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S



Nr. 15. 1907. 10. Juni.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte



Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Aus der Irrenanstalt der Provinz Catanzaro zu Girifalco.

Klinische Untersuchungen über das Bornyval als Sedativum und Hypnoticum bei Geisteskranken und Nervösen.

Von Dr. **M. Levi Bianchini,** Vizedirektor des Irrenhauses.

Zu den wenigen Naturprodukten, welche seit den ältesten Zeiten bis zum heutigen Tage einen dauernden Platz in der Therapie behauptet haben, gehört in erster Linie der Baldrian, dessen sedative und antispasmodische Eigenschaften noch jetzt in gleicher Weise wie vor Jahrhunderten geschätzt werden.

Leider ist aber die Wirksamkeit der Wurzel wie der daraus hergestellten Präparate bekanntlich eine so veränderliche, daß niemals mit absoluter Zuverlässigkeit auf den gewünschten Effekt gerechnet werden konnte. Es rührt dies daher, daß das ätherische Oel der Wurzel, welches das aktive Prinzip der Pflanze, den Valeriansäureester des Borneols, enthält, mit der Zeit unter dem oxydierenden Einflusse der Luft in Zersetzung übergeht, und daß die hieraus resultierenden Produkte nach Kochmann (Deutsche med. Wochenschr. 1904 Nr. 2) eine Reihe von Intoleranzerscheinungen wie: Brechreiz, Erbrechen, Krämpfe und Hautexantheme auslösen können. In der letzten Zeit sind deshalb zahlreiche Versuche gemacht worden, Valerianapräparate mit größerer chemischer Beständigkeit herzustellen und so eine größere Gleichmäßigkeit in der Heilwirkung zu erzielen.

So entstanden beispielsweise das valeriansaure Zink, das Validol (valeriansaurer Mentholaether), das Valyl (Diaethylamidovaleriansäure), das Valeridin und noch andere, die jedoch ebenfalls, wenn auch in geringerem Maße als das Infus und die Tinktur des Baldrians, gegen Licht und Feuchtigkeit unbeständig sind und überdies nur einen der beiden wesentlichsten Bestandteile des Baldrians, nämlich die Valeriansäure, enthalten.

Wie schon oben erwähnt, haben wir als den wirksamen Bestandteil der Baldrianwurzel den Valeriansäureester des Borneols zu betrachten, eine Tatsache, deren Feststellung an einem Präparate gelang, welches die Firma J. D. Riedel, Akt.-Ges. (Berlin) seit einigen Jahren darstellt und unter dem Namen „Bornyval" in den Arzneischatz eingeführt hat.

Das „Bornyval" ist nämlich ein chemisch reines Borneol-Isovalerianat; es ist eine unbegrenzt haltbare, neutrale, farblose Flüssigkeit von schwachem Baldrian-Geruch und -Geschmack, und kommt in aromatisierten Gelatineperlen à 0,25 g Inhalt in Schachteln zu je 25 Perlen in den Handel.

Die bisherigen therapeutischen Beobachtungen, welche wir hier nur kurz resumieren können, berechtigen dazu, dem Bornyval eine günstige Zukunft vorauszusagen, da es eine zuverlässige Wirkung besitzt, absolut unschädlich ist und gut vertragen wird.

So hat Hirschlaff das Bornyval außer bei funktionellen und organischen Herzstörungen (Herzklopfen, Tachykardie, Arteriosklerose) auch bei leichteren psychischen Störungen wie: Zwangsvorstellungen, Phobien und Schwindelanfällen angewandt.

In allen Fällen hat er eine promptere und dauerndere Besserung erhalten, als bei Anwendung von Valyl und Validol. Der Puls wurde regelmäßig, der Schlaf kehrte wieder, und der Kranke wurde wieder ruhig. Die mittlere Dosis von 0,25—0,75 g täglich wurde immer gut vertragen, ohne daß Magenstörungen auftraten; höchstens verursachte sie ein leichtes Aufstoßen.

Uibeleisen hat das Bornyval in 27 Fällen von Hysterie, Herzneurosen, cerebrospinaler Neurasthenie und Chorea angewendet.

Wirkungslos erwies es sich bei Chorea, gute Wirkung dagegen zeigte es bei Neurasthenie, vorzügliche Resultate ergab es bei 11 Fällen von Hysterie und von Herzklopfen und sogar bei einem Fall von Diabetes, wo es die Menge des Urins und dessen spezifisches Gewicht herabsetzte und das Durstgefühl und den Pruritus verringerte.

Niemals hat Uibeleisen bei diesem Mittel, welches jedes andere Valerianpräparat an Wirksamkeit übertrifft, Intoleranzerscheinungen wahrgenommen. Auch in größeren Mengen verursacht das Bornyval keine Störungen; der Kranke gewöhnt sich nicht daran, so daß jeden Tag die Behandlung mit diesem Mittel unterbrochen werden kann.

Engels erhielt sehr gute Erfolge in 3 Fällen von traumatischer Neurose, 3 Fällen von Hysterie, 2 Fällen von Neurasthenie, einem Falle von postoperativer Psychose, 2 Fällen von Enuresis nocturna und einem Falle von Epilepsie, in welchem er eine Zunahme des Appetits, warmes und angenehmes Gefühl nach dem Einnehmen der Medicin, ausgesprochene beruhigende und analeptische Wirkung, vollkommene Unschädlichkeit und Toleranz des Mittels konstatierte.

Boß hält das Bornyval für das beste Analepticum und sieht in ihm ein Specificum bei nervösen Störungen des Herzens.

Friebel empfiehlt es auch bei den nervösen Störungen des Herzens und bei denjenigen des Klimakteriums; er beobachtete immer eine Besserung des Pulses und des Allgemeinzustandes und ein Aufhören der subjektiven Störungen und der Paraesthesien bei hysterischen Frauen.

Schöffler hält das Bornyval für ein antihysterisches Mittel par excellence.

Gestützt auf diese Erfahrungen haben wir selbst zahlreiche Untersuchungen angestellt, deren Gesamtergebnisse sehr günstig sind. Die Verwendung des Mittels erstreckte sich auf folgende Fälle: 10 Fälle von Epilepsie, 6 Fälle von Psychosis maniaco-depressiva, 1 Fall von Atetosis postamentialis, 2 Fälle von alkoholischer Psychose, 2 Fälle von Dementia hebephrenica. Im ganzen kamen 25 Kranke zur Behandlung. Ich habe es für zweckmäßig gehalten, zwei Reihen von Beobachtungen an-

zustellen: eine am Tage, um den Puls, die Atmung und die Temperatur unter der Wirkung des Bornyvals zu beobachten; die andere in der Nacht, um seine sedative und hypnotische Kraft zu studieren. Die mittleren verordneten Dosen waren 0,75—1 g täglich, wobei man von einem Minimum von 0,5 g ausging und ein Maximum von 3 g in drei Fällen von schwerer maniakalischer und epileptischer Aufregung erreichte.

Wir haben zu unseren Versuchen gerade diejenigen Kranken ausgewählt, bei denen die Symptome der psychomotorischen Aufregung und der Agrypnie am auffallendsten waren, ohne dabei auf Geschlecht oder Alter Rücksicht zu nehmen. So haben wir an 11 Männern und 14 Frauen zwischen 23 und 68 Jahren unsere Versuche angestellt. Die Versuche wurden bei allen Kranken, nachdem seit fünf Tagen von der Verabreichung irgend eines anderen Medikaments abgesehen war, gleichzeitig und mit der für alle gleichen Dosis von 0,5 g angefangen.

Dieselbe Dosis haben wir fünf Tage hindurch beibehalten, dann wurde, je nach den Ergebnissen bei einzelnen Kranken, entweder mit derselben Dosis fortgesetzt oder die Dosis um 0,25—0,5 g jedes Mal erhöht, bis für jeden Kranken die Minimalmenge gefunden wurde, die nötig war, um bei ihm Schlaf und eine Besserung seines aufgeregten Zustandes herbeizuführen.

Die allgemeinen Ergebnisse sind folgende:

1. Bei über 500 Verabreichungen von Bornyval habe ich nie Intoleranzerscheinungen wahrgenommen, gleichgültig zu welcher Zeit, ob Tags ob Nachts das Mittel gegeben wurde und gleichgültig, ob ich die Gesamtmenge auf einmal oder in refracta dosi gab.

2. Das Bornyval hat sich also auch bei mehrtägigem Gebrauch einer Dosis von 3 g als gänzlich unschädlich erwiesen. Im allgemeinen vermehrt es den Appetit. Es besitzt keine kumulative Wirkung, und selbst nach langem Gebrauch bedingt es bei plötzlicher Unterbrechung keine Störungen des Wohlbefindens.

3. Wenige Minuten nach dem Einnehmen verursacht es ein leichtes Aufstoßen, aber keine weiteren Erscheinungen seitens des Magens.

4. Bei fortgesetzter Anwendung gewöhnen sich die Kranken an das Mittel, aber im Vergleich zu anderen Medikamenten (Isopral, Veronal, Sulfonal, Neuronal u. s. w.) in viel geringerem Maße.

5. Bornyval besitzt eine ausgesprochene sedative und die Herztätigkeit regulierende Wirkung. Darin übertrifft es, unserer Ansicht nach, alle bis jetzt gebräuchlichen Mittel; es besitzt auch eine sichere und ziemlich dauernde hypnotische Wirkung, die letztere ist aber nicht so stark wie die erstere.

6. Bornyval ist nach allem bei folgenden Krankheiten indiziert: bei hysterischen und maniaco-depressiven Psychosen, bei Zuständen von Amentia, allgemeiner Neurasthenie, bei Herzneurosen und Epilepsie. Bei der letztgenannten Krankheit bewährt es sich, wenn es auch einen unbedeutenden Einfluß auf die Zahl der Anfälle ausübt, doch durch seine bemerkenswerte sedative Wirkung auf den Aufregungszustand der Epileptiker.

Sehr beachtenswert ist die Heilung einer linksseitigen Hemiatetose, die nach einer Amentia zurückgeblieben war. Sie wurde allein durch die Anwendung des Bornyvals in 14 Tagen geheilt. Dabei hatte man mit einer Dosis von 0,5 g angefangen und hatte die Behandlung während der letzten 10 Tage mit einer konstanten Dosis von 2 g täglich fortgesetzt.

7. Die Wirkung des Bornyvals äußert sich auf den Puls und Atmung 30—40 Minuten nach dem Einnehmen. Gleichzeitig hat es eine Verminderung der allgemeinen Aufregung zur Folge; innerhalb 60—80 Minuten ruft es Schlaf hervor. Das Optimum der Wirkung als Sedativmittel wird bei einer täglichen Dosis von 1—1½ g als hypnotisches Mittel bei einer täglichen Dosis von 1½—2½ g erreicht.

8. Dem Bornyval kommt eine leichte diuretische Wirkung zu. Denn ich beobachtete fast immer bei den Kranken eine kleine Zunahme der täglichen Menge des Urins.

Wir geben im Anschluß hieran die Puls-, Temperatur- und Respirationskurven wieder, wie sie sich aus dem Mittel von 40 Beobachtungen an Kranken und bei Bornyvalmengen von 0,75 bis 1,5 g ergeben haben.

T.	P.	R.	Vor der Verabreichung des Bornyvals 1 Uhr	1½	2	3	4	5	6	Nachm.
37.2	90	27								
37.1	88	26								
37.	86	25								
36.9	84	24								
36.8	82	23								
36.7	80	22								
36.6	78	21								
36.5	76	20								
36.4	74	19								
36.3	72	18								

Temperatur ————
Puls ....
Respiration — — — — —

Aus den erhaltenen Resultaten kann man ersehen, daß das Bornyval einen minimalen Einfluß auf den Gang der Atmung und der Temperatur ausübt. Die Schwankungen der Kurven sind so gering, daß sie über die Grenzen der täglichen Schwankungen, die man selbst beim normalen Menschen beobachtet, nicht hinausgehen.

Nach Allem darf man behaupten, daß das Bornyval von unangenehmen Nebenwirkungen gänzlich frei und daher absolut unschädlich ist. Von besonderem Interesse ist sein Einfluß auf die Zirkulation. Während es nämlich eine ganz minimale und fast unmerkbare Abnahme der Zahl der Herzpulsationen hervorruft, hat es dagegen eine wesentliche Umgestaltung des Pulses zur Folge.

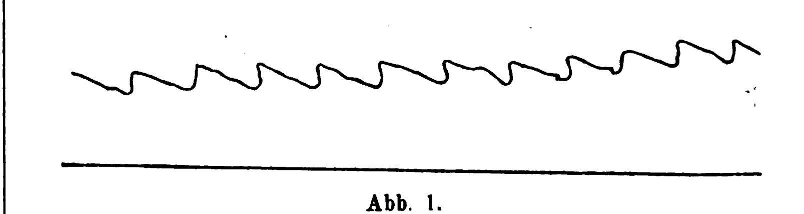


Abb. 1.

Die heftige systolische Erhebung, die sich zu einer außerordentlichen Höhe steigert, um dann plötzlich in eine lange und zuweilen dikrotische diastolische Welle herabzufallen, verändert sich in eine normal hohe Pulsation, die regelmäßig in einer sanft abfallenden Linie ohne Sprünge und Dikrotien, in eine gleichmäßige, normale und proportionierte Diastole übergeht.

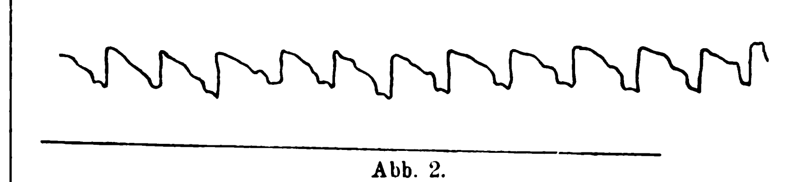


Abb. 2.

Diese regulierende Wirkung hält 6—8 Stunden konstant an, sie nimmt mit der periodischen Verabreichung des Arzneimittels an Dauer zu.

Wir können also behaupten, daß das Bornyval ein vollkommen unschädliches Sedativmittel von prompter Wirkung ist und daß es einen sehr wichtigen regulierenden Einfluß auf die Herztätigkeit ausübt.



Literatur.

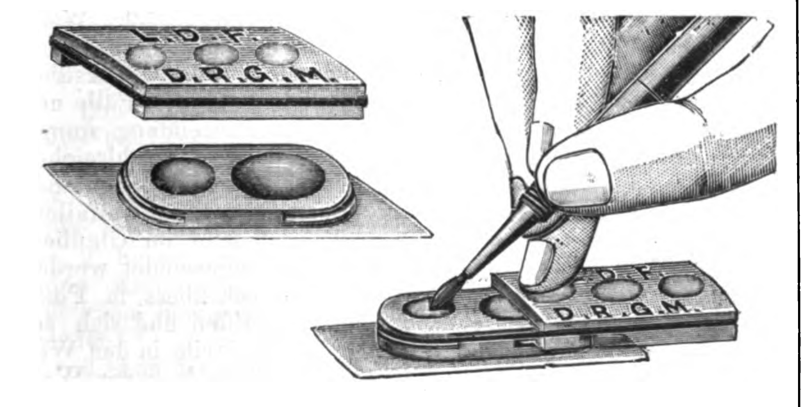
Siedler: 1. Pharmac. Ztg. 1903, Nr. 76. 2. Deutsche Medicinal-Ztg. 1904, Nr. 46. — Hirschlaff: Allg. Med. Central-Ztg. 1903, Nr. 47. — Uibeleisen: Deutsche Praxis 1904, Nr. 3. — Engels: Therap. Monatshefte 1904, Nr. 5. — Schöffler: Deutsche Medicinal-Ztg. 1905, Nr. 8. — Wollenberg: Deutsche Praxis 1905, Nr. 8 — Boß: Med. Klinik 1905, Nr. 7. — Guttmann: Oest. Aerzte-Ztg. 1905, Nr. 9. — Krogh: *Pharmacia Tidskrift* for Kemi og Pharmacie 1905, Nr. 14. Deutsche Praxis 1905, Nr. 14. — Schumann: Fortschritte der Medicin 1905, Nr. 18. — Steiner: Schmidt's Jahrbücher 1905, Nr. 6. — Maramaldi: Giornale Internazionale della *Scienze* Mediche 1905, Nr. 11. — Beerwald: Allg. med. Zentral-Ztg. 1905, Nr. 23. — Levy: (Aus d. I. med. Univ. Klinik von Geh. Rat Prof. *Dr.* E. von Leyden) Therapie der Gegenwart 1905, Nr. 10.

Bettschüsselkissen.

Unter dem Namen „Bettschüsselkissen" hat sich H. Arnegger in Rheineck (Schweiz) eine Vorrichtung patentieren lassen, die dem Zwecke dient, Patienten mit Incontinentia urinae et alvi oder solchen, die so schwer krank sind, daß sie das Bett nicht verlassen können, die Möglichkeit sauberer Defäkation und sauberen Urinierens im Bett zu gewähren. Dieser Zweck wird dadurch erreicht, daß das Kissen, aus gutem Roßhaar gearbeitet, eine runde Oeffnung in der Mitte zur Aufnahme des Stechbeckens hat, von der aus nach unten ein Längsschnitt verläuft, so daß es möglich ist, die beiden Teile der unteren Kissenhälfte nach beiden Seiten auseinanderzuziehen. Tut man dies, so läßt sich das Stechbecken mit leichter Mühe in die Oeffnung in der Mitte hineinschieben; sodann werden die beiden Teile wieder zusammengeschoben. Der Patient liegt auf einem überzogenen Gummiring, der den Rand des Beckens deckt und mit Luft oder Wasser gefüllt werden kann. Während des Einführens oder Herausnehmens des Beckens braucht der Patient nicht in die Höhe gehoben zu werden oder seine Lage in unbequemer Weise zu verändern, sondern es werden nur die Beine, so weit als nötig ist, gespreizt. Die zwischen dem Bettkissen und dem Kopfpolster bestehende Vertiefung wird am besten mit einer Wolldecke ausgeglichen, indem diese nach dem Kopfkissen hin auslaufend hineingelegt wird. Auch kann das Bettschüsselkissen als Mittelstück einer dreiteiligen Matratze verwendet werden. Die Größe, in der das Kissen hergestellt wird, beträgt 75 : 85 cm. Die Vorrichtung dürfte von Kranken und Aerzten mit Freude und Wohlwollen aufgenommen werden, da sie, wie jedermann einsieht, eine bedeutende Erleichterung der dauernden Bettlage, aber auch der Pflege und Behandlung gewährleistet. Zu beziehen ist das Bettschüsselkissen von dem Sanitätsgeschäft J. H. Oberholzer, Zürich I.

Lymphgefäss „L. D. F."

Laut Ministerialerlaß vom 28. Februar 1900 § 13 ist der Lymphvorrat während der Impfung durch Bedecken vor Ver-



unreinigung zu schützen. Vielfach wird zur Bedeckung ein einfaches Wasserglas benutzt, doch ist das beständige Abheben unbequem und zeitraubend. Angenehmer ist der Gebrauch des Lymphgefäßes „L. D. F.", das von der Fabrik chirurgischer Instrumente Ludwig Dröll in Frankfurt a. M. in den Handel gebracht wird (2,50 M.). Dieses Gefäß ist ganz aus Glas gefertigt und besteht aus einer Unterlage mit Vertiefungen zur Aufnahme der Lymphe sowie aus einem Deckel mit an zwei Seiten übergreifenden Rändern und mit einigen Mulden, um dem Finger Halt zu gewähren. Um Unterlage und Deckel ist ein Gummiring so umgelegt, daß, wenn die rechte, die Impflancette haltende Hand mit der Spitze des Ringfingers den Deckel horizontal zurückgeschoben und Lymphe entnommen hat, der nunmehr freigelassene Deckel durch die Elastizität des Gummifadens in seine die Unterlage schließende Lage zurückgebracht wird. Der Gummiring ist nur lose umgelegt und das Ganze bequem sterilisierbar. Dem Apparat ist eine dünne Gummiplatte beigegeben, auf die man nach vorherigem Anfeuchten das Glasgefäß stellen kann, um das Mitgleiten der Unterlage beim Zurückschieben des Deckels zu vermeiden.

Ersatz für Operationsstuhl.

Von der Firm G. Mathesius, Inh. Fritz Lindner in Wittenberg wird ein Kopfstützer hergestellt und in den Handel gebracht, mittels dessen man jeden gewöhnlichen Stuhl in einen Operationsstuhl umwandeln kann.

Dieser Apparat besteht aus einer Kopflehne, welche sich an einer massiven Stange befindet und durch eine Metallklammer an jedem beliebigen Stuhl ohne Zuhilfenahme von Schrauben oder Nägeln befestigt werden kann. Die Fixierschraube ist innen mit gerieften Gummiplatten ausgekleidet und ermöglicht eine absolute Fixierung der Stange, ohne daß das Stuhlmaterial beschädigt wird. An gefensterten Stühlen mit freier Querlehne oder sogenannten Wiener Stühlen greift die Klammer mit ihren Branchen von unten an dieselbe, während bei solchen mit massiver Rücklehne (Holzfüllung oder Rohrgeflecht) vom oberen Rande aus befestigt wird. Der Apparat, welcher in der Höhe verstellbar ist, hat insofern eine sehr wichtige Modifikation erfahren, als die Kopflehne selbst durch ein Scharniergelenk mit der Führungsstange in Verbindung steht und daher je nach Bedarf in Winkelstellung verändert werden kann. Die Kopflehne ist mit Leder überzogen, das leicht abwaschbar und desinfizierbar ist. Der Apparat ist vollständig vernickelt und erspart dem Arzte die Anschaffung eines der nicht billigen Operationsstühle. Weiter bietet die Lindnersche Kopfstütze den großen Vorteil der Bequemlichkeit und der Möglichkeit, das Operationsterrain in die jeweils günstigste Beleuchtung zu bringen. Der Apparat kommt in allen Fällen in Betracht, in denen eine Fixierung des Kopfes notwendig ist.

Ein transportabler Wechselstromapparat.

In den letzten Jahren hat die von Smith & Hornung inaugurierte Behandlung von Herzkrankheiten mit Wechselstrombädern großen Anklang gefunden, und es liegen zahlreiche Publikationen vor, in denen von günstigen Wirkungen dieses therapeutischen Faktors berichtet wird. Die Technik bemüht sich daher, Apparate für Wechselstrombehandlung in möglichster Vollkommenheit herzustellen. So bringt die Gesellschaft Procordia in Schlachtensee bei Berlin einen nach dem Urteile zahlreicher ärztlicher Gutachten trefflich bewährten transportablen Wechselstromapparat in den Handel, der sich für die Sprechstunde, für den Dienst im Felde usw. besonders eignet.

Der Apparat besteht aus zwei Teilen, die in einem Kasten montiert sind; der eine Teil enthält die Trockenbatterie, die trotz ihrer Kleinheit imstande ist, etwa 70 Bäder von je 5 Minuten zu liefern, in dem anderen ist die Vorrichtung zur Erzeugung des Wechselstromes enthalten. Der ganze Apparat hat ein Gewicht von nur 14 Pfund.

In einem Nebenfach des Kastens sind zwei Elektroden enthalten, die zum Gebrauche mit ihren Zuleitungsenden in je einer Klemmschraube des Schaltbrettes befestigt werden. Die Elektroden selbst werden in zwei mit warmem Wasser gefüllte Kübel gelegt. Mittels eines Hebels setzt man den Motor in Gang; für die Möglichkeit einer genauen Regulierung der Stromstärke ist gesorgt. Bringt man nun beide Arme oder Beine in die Kübel, so geht der Strom, ähnlich wie bei dem Schneeschen Vierzellenbad, durch den Körper hindurch.

Ueber die Brauchbarkeit des Apparates äußert sich Prof. Martin Mendelsohn in Berlin, daß er ihn lange Zeit geprüft habe und als eine sehr wertvolle Vervollkommnung unserer Herzheilmittel ansehe. „Gegenüber der naturgemäß unzureichenden Gelegenheit zu Wechselstromvollbädern, der großen Umständlichkeit, Zeitdauer und körperlichen Anstrengung bei solchen Vollbädern, der sehr häufig von mir beobachteten ungünstigen seelischen Rückwirkung auf die Kranken, wenn sie in solchen Anstalten mit anderen Schwerkranken zusammenkommen und hier fast immer in Unruhe und Beängstigung versetzt werden, ist ein Apparat, der im Hause des Arztes und des Kranken gleichermaßen Verwendung finden kann, von größtem Vorteil. Vor allem aber vermag man mit diesem Apparate die Dosierung viel exacter zu gestalten, da seine Handhabung dem Arzte überlassen bleibt und nicht, wie es bei den Wechselstrom-Vollbädern unvermeidlich ist, von untergeordnetem Personal gehandhabt wird. Ich bin überzeugt, daß der Apparat sich schnell allgemein Eingang in der ärztlichen Praxis schaffen wird."

Ein ebenso günstiges Urteil stammt aus der hydrotherapeutischen Anstalt der Universität Berlin (Geh. Medizinal-Rat Brieger). Daselbst wurde der transportable Wechselstrom-Apparat von Dr. Laqueur in einer Reihe von Versuchen bei Herzaffektionen mit günstigem Erfolge angewandt. (Therapie der Gegenwart, Mai 1905.)

Periodische Literatur.

Wirkungsweise der modernen Gonorrhoetherapie.

Von Zieler, Breslau. (Münchener med. Wochenschrift. Nr. 7, 1907.)

Um die Wirkungsweise der Behandlungsmethoden sachgemäß beurteilen zu können, muß man berücksichtigen: 1. das Verhalten der Infektionserreger (Gonococcen) gegenüber der Schleimhaut bezw. die Reaktion der Schleimhaut gegenüber den eindringenden Erregern. Die Kenntnis dieses Punktes erlaubt 2. zu beurteilen, wie weit die örtlich angewandten Mittel die Infektion beeinflussen können, eine Frage, die meist darauf hinausläuft, wie die natürlichen Abwehrvorrichtungen des Organismus am meisten unterstützt bezw. am wenigsten gehindert werden können. Die Analyse dieser Faktoren ergibt, daß 1. die Gonococcen, die auf der Schleimhaut wuchern, zu beseitigen sind; 2. die Gonococcen, welche zwischen die Epithelien eingedrungen sind oder nach mechanischer Entfernung der größten Menge noch auf der Schleimhautoberfläche in Falten oder Drüsenmündungen sich finden, abgetötet oder wenigstens vorübergehend in ihrer Entwicklungsfähigkeit geschädigt werden müssen, bezw. das Gewebe immer wieder derart zu beeinflussen ist, daß es einen schlechten Nährboden für die Gonococcen darstellt, damit von diesen keine neue Wucherung in die Tiefe ausgeht. Dazu müssen 3. die Mittel so gewählt werden, daß der Zustand akuter Entzündung und Hyperaemie der Schleimhaut, sowie der Auflockerung des Epithels so lange nicht bekämpft wird, als noch Gonococcen in der Tiefe des Bindegewebes in den Drüsen vorhanden sind oder vermutet werden müssen. Der die Entzündung begleitende, der Oberfläche zudringende Exsudatstrom ist, soweit er nicht direkt entwicklungshemmend und abtötend wirkt, allein imstande, die Infektionserreger, die wir mit unseren Mitteln nicht erreichen, an die Oberfläche zu bringen und so therapeutischen Einwirkungen zugänglich zu machen. Die meisten der vorgeschlagenen Behandlungsmethoden der Gonorrhoe genügen der einen oder der anderen dieser Forderungen; die Kombination derselben erfüllen am besten Protargol und die ihm nahestehenden reinen Antiseptica; diese unterhalten die Entzündung bezw. beschränken sie nicht und erlauben so neben ihrer hohen antiseptischen Kraft die heilende Wirkung der Entzündung aufs beste auszunutzen. Die günstige Wirkung der modernen antiseptischen Behandlung der Gonorrhoe ist also zwei gleichwertigen Bedingungen zuzuschreiben, einmal den starken antiseptischen Eigenschaften der Mittel, sodann dem Umstande, daß diese die natürliche Heilkraft der Entzündung besser auszunutzen erlauben als andere, besonders da sie auch die Gewebe im allgemeinen nicht schädigen. Die antiseptischen Eigenschaften kommen nur auf der Oberfläche oder in den obersten Schichten des Epithels zur Geltung; sie erfüllen aber hier eine Forderung, der man anders nicht gerecht werden kann: die Abtötung und Beseitigung der hier vorhandenen Gonococcen. Der Einfluß der Entzündung ist zur Beseitigung der in der Tiefe wuchernden Gonococcen, die unschädlich gemacht werden sollen, nicht zu entbehren. Die Entzündung muß gefördert werden, so lange noch Infektionserreger vorhanden sind. Aber soweit nicht spontane Heilung eintritt, kommt man damit allein nicht aus, weil nicht anzunehmen ist, daß die von den Leukocyten an die Oberfläche gebrachten Gonococcen auch sämtlich unschädlich sind. Die bakterienfeindlichen Kräfte des entzündlichen flüssigen Exsudates schädigen im Gewebe die Gonococcen, auf der Schleimhautoberfläche kommen sie aber nur noch im verminderten Maße zur Geltung; hier müssen die Bakterien, damit sie nicht einen neuen Nährboden zu erneuter kräftiger Entwicklung finden, sofort beseitigt werden durch die Einwirkung der antiseptischen Flüssigkeiten. Die früheren Anschauungen über die Wirkungsweise der Therapie sind also in dem Sinne abzuändern, daß wir der Hyperaemie und Entzündung einen größeren Anteil an den Heilerfolgen zuschreiben müssen, als man bisher annahm. Die von Neisser vom rein aetiologischen Standpunkt aus inaugurierte antiseptische Therapie hat sich aber auch nach den neueren pathologischen Anschauungen als die richtige erwiesen.

Ueber die neuesten Heilmittel gegen Erysipel.

Von Hecht, Beuthen. (Therapeut. Monatshefte, Jan. 1907.)

Dem Praktiker dürften folgende Mittel zur Erysipelbehandlung empfohlen werden: 1. Der absolute Alkohol, der am meisten Vertrauen verdient, namentlich dann, wenn der Occlusivverband exakt angelegt werden kann. 2. Pinselungen mit Salokreol oder Mesotan. 3. Phenolkampfer, bestehend aus Acid. carbolic. liquefact. 30,0, Camphor. trit. 60,0, Spiritus vin. 10,0. Die wasserklare nicht ätzende Flüssigkeit wird mehrmals täglich auf die Haut gepinselt, oder damit getränkte Wattebäusche aufgelegt und mit Billrothbattist bedeckt. 4. Ichthyol-Guajakolmischungen nach der Vorschrift: Ichthyoli, Guajakoli, Olei Therebinthin. *āā* 10,0, Spirit. vin. 20,0. Diese Mixtur wirkt nicht nur anthiphlogistisch und antipyretisch, sondern auch in hohem Grade schmerzstillend. 5. Von internen Mitteln verdient den Vorzug das Chinin.

Neuere Arzneimittel.

Mergal. Fabrikant: J. D. Riedel, Berlin N. 39. Wenn auch darüber volle Einigkeit besteht, daß das einzige spezifisch wirkende Heilmittel im Frühstadium der Syphilis das Quecksilber ist, so hat man bis jetzt einen einheitlichen, für alle Fälle und Umstände geigneten Modus der Quecksilberanwendung immer noch nicht ersonnen, wenigstens haften jeder der zahlreichen im Gebrauch stehenden Quecksilberkuren ganz bedeutende Schwierigkeiten und Nachteile an. Der Grund dieser auffallenden Tatsache liegt hauptsächlich darin, daß man im Glauben, daß das giftige Quecksilber per os nicht angewendet werden dürfte, zur äußerlichen Anwendung des Quecksilbers in Form von Einreibungen, bezw. Einspritzungen gegriffen und sich somit von vornherein Schwierigkeiten und Nachteile in den Weg gelegt hat, die nur zu gut bekannt sind und vielfach den Wert der Quecksilbertherapie, der einzigen Rettung des Syphilitikers, illusorisch machen.

Jener Glaube ist einzig und allein dadurch entstanden, weil es an einem Mittel gefehlt hat, welches den an die interne



Syphilisbehandlung zu stellenden Anforderungen entsprach. Diese Anforderungen sind: Es müssen von dem Mittel große Mengen Quecksilber vertragen werden, um eine wirksame Kur durchführen zu können; es darf nicht ätzen, also keine Darmläsionen und damit in Zusammenhang stehende Koliken und Durchfälle erzeugen; es muß sich genau dosieren lassen, damit man weiß, welche Menge von Quecksilber in einer bestimmten Zeit dem Körper einverleibt wird; die Resorption des Quecksilbers darf keine schwankende, sondern muß eine konstante sein.

Mit anderen Worten: Wenn es gelungen wäre, ein Quecksilberpräparat darzustellen, welches diesen Anforderungen entspricht, so wäre der internen Behandlung der Syphilis Tür und Tor geöffnet, und es wären somit die Uebelstände der Quecksilbertherapie überhaupt beseitigt.

Ein solches Präparat ist nun das Quecksilberoxydsalz der Cholsäure, welches von der Chemischen Fabrik J. D. Riedel, A.-G. in Berlin, hergestellt wird und der Formel $(C_{24} H_{39} O_5)_2 Hg$ entspricht. Bei der synthetischen Darstellung dieser Verbindung diente die Auffassung als Richtschnur, daß bei einem Präparat, welches zu innerer Darreichung bei der Behandlung der Syphilis geeignet sein soll, das Quecksilbermolekül nicht an eine heterogene, sondern an eine im Organismus normal vorhandene Säure gebunden sein müsse. Es lag nun der Gedanke nahe, bei der Herstellung des neuen Antisyphiliticums dem Quecksilber als Kontrahenten einen Körper beizugeben, der in den Organismus gebracht, die größte Affinität zu dem Organe hat, welches als die Haupt-Ablagerungsstätte des Quecksilbers bekannt ist, also zur Leber, die ein besonders guter Boden für die Wirksamkeit des Quecksilbers zu sein scheint. Von diesem Gedanken ausgehend, wählte man die stickstoffreie, völlig ungiftige Cholsäure, die sich mit Glykokoll- und Taurin zur Glykochol-, bezw. Taurocholsäure verbindet, wahrscheinlich in der Leber selbst gebildet wird und ein Produkt der Leberzellen ist.

Das neue Antisyphiliticum, welches sich aus Cholsäure, einer absolut indifferenten Substanz und Quecksilberoxyd zusammensetzt, kommt in sehr dünnen, weichen, elastischen Kapseln unter dem Namen Mergal in den Handel. Jede Mergalkapsel enthält 0,05 g cholsaures Quecksilberoxyd und außerdem 0,1 g Albuminum tannicum, durch welches bezweckt wird, selbst der entferntesten Eventualität einer entzündlichen Reizung seitens des Quecksilberoxydes vorzubeugen.

Mit diesem Mergal hat Dr. Boß während zweier Jahre an Patienten der Privatpraxis, die meist den besseren Schichten der Bevölkerung angehörten, Versuche angestellt. Es wurden im ganzen 30 Fälle mit Mergal behandelt. Von diesen betrafen 5 Frauen und 25 Männer. Frisch infiziert und zum ersten Male überhaupt einer antisyphilitischen Kur, hier mit Mergal, unterzogen, wurden 20 Patienten mit sekundär syphilitischen Erscheinungen. Bei 10 Patienten lag die Infektion Jahre zurück. Sie hatten sehr verschiedene Kuren durchgemacht und litten an Rezidiven. In einem von diesen Fällen handelte es sich um einen gummösen Prozeß. Verabreicht wurden gewöhnlich in den ersten 4—5 Tagen dreimal täglich eine Kapsel, vom 6. Tage an dreimal täglich 2 Kapseln. Je nach der Toleranz des Patienten und der Schwere der Erscheinungen stieg Boß bis auf vier bis fünfmal täglich je zwei Kapseln. Letztere wurden stets nach dem Essen genommen.

Die Ergebnisse seiner zweijährigen Versuche mit Mergal faßt Boß folgendermaßen zusammen.

1. Das Mergal ist ein gutes inneres Antilueticum, das auf das syphilitische Virus in gleicher Weise einwirkt wie eine Inunktions- oder Injektionskur.

2. Es wird vom Verdauungsapparat gut vertragen, erzeugt keine Koliken oder Durchfälle und keine Nierenreizung. Es kann demgemäß monatelang ohne Nachteil genommen werden.

3. Aus der spezifischen Mergal-Kur geht der Patient nicht geschwächt, sondern gekräftigt und frei von Erscheinungen hervor.

4. Die Mergal-Kur ist von allen Behandlungsmethoden die einfachste, bequemste und angenehmste. Sie stört den Patienten nicht in seinen Berufe, verursacht ihm keine Belästigungen, keine Schmerzen und, was sehr wichtig ist, sie läßt sich überall diskret durchführen.

Die Angaben von Boß werden von einer großen Reihe von Aerzten bestätigt: Auch die neuesten Publikationen darüber (Saalfeld, Therap. Monatshefte, Januar 1907 und Keil, Deutsche Medicinal-Zeitung 1907 No. 15) lauten außerordentlich günstig.

Das Mergal eignet sich demnach für alle Formen von Syphilis, seien sie sekundärer oder tertiärer Art. Nur da, wo sich die Syphilis durch schwere oder direkt lebensgefährliche Symptome äußert, wie bei Gehirn- oder Rückenmarkssyphilis, Apoplexien, Syphilis der Augen usw., wird man mehr energisch wirkende Kuren vorziehen.

Vorzüglich eignet sich das Mergal zur chronisch intermittierenden Behandlung im Sinne Fournier-Neißer. Ohne Zweifel ist der beste Schutz gegen die schweren Späterscheinungen eine häufige Behandlung der Syphilis. Am bequemsten erreicht man dieses Ziel mit Mergal.

Patentnachrichten.

Patent-Erteilungen.

53f. 182748. Verfahren zur Herstellung eiweißreicher, geschmacklich nicht veränderter Schokolade; Zus. z. Pat. 182747. Riquet & Co., Akt.-Ges., Gautzsch-Leipzig. 4. 5. 06. R. 22712.

30g. 183211. Verfahren zur Gewinnung des Inhalts der Bläschen von Schilddrüsen und Kröpfen. Dr. Ernst Hoennicke, Greifswald. 3. 10. 05. H. 36224.

Gebrauchsmuster.

30a. 298341. Touchierhandschuh mit Einzelbekleidung der Touchierfinger. Zieger & Wiegand, Leipzig-Volkmarsdorf. 7. 1. 07. Z. 4323.

30a. 298622. Aus einer Gummihülle mit fester Einlage bestehendes Plessimeter. Fa. Hermann Katsch, München. 12. 10. 06. K. 29124.

30d. 298216. Wochenbettbinde, bestehend aus einer der wechselnden Leibesform sich innig anschmiegenden aseptischen Bauchbinde und einer mit dieser auswechselbar verbundenen aseptischen Schambinde. Dr. Ernst Rothschuh, Aachen, Eckstr. 2. 10. 12. 06. R. 18393.

30d. 298271. Drahtgipsbinde mit wellenförmigem Schußdraht. Carl Wimmer und Sigm. Bernstein, München, Bayerstr. 57. 23. 7. 06. W. 20707.

30d. 298336. Künstliches Bein mit Hartgummifuß, Aluminiumunterschenkel, Blechknie und federnden Gelenken. Anton Kelz, Beuthen O.-S., Flurstr. 12. 7. 1. 07. K. 29852.

30f. 298309. Massiergerät mit Kurbelantrieb und quer zu der angetriebenen Welle gerichtetem Massieransatz, dessen drehbarer Halter gegen ein fest am Gestell angebrachtes Sperrstück feststellbar ist. Reiniger, Gebbert & Schall, Erlangen. 18. 12. 06. R. 18436.

30f. 298343. Fahrbares Gestell zur Erlernung und Uebung von Fuß- und Beinbewegungen, mit eine Fortbewegung nach jeder Richtung gestattenden Füßen. Friedrich Deinzer, Nürnberg, Wirtstr. 9. 7. 1. 07. D. 12242.

30f. 298449. Massageapparat mit durch einen Elektromotor in Umdrehung versetztem Gewicht. Roß & Klemm, Berlin. 6. 10. 06. R. 18073.

30k. 298340. Hohler Scheidenspüler mit konischem Einführende und Halte- bezw. Dichtungssattel. Joh. Pippich, Wien; Vertr.: J. Leman, Pat.-Anw., Berlin SO. 26. 7. 1. 07. P. 11915.

30k. 298453. Mit spitzwinklig zueinander liegenden Schenkeln versehene Handhabe zu einer ärztlichen Spritze. Dr. Heinrich Schweitzer, Cassel, Wilhelmstr. 25. 26. 10. 06. Sch. 24226.

64a. 298572. Hygienischer Mundschutz gegen Ansteckungsgefahr und Unreinlichkeiten bei Trinkgefäßen. Max Richard Hammer, Plauen i. V., Rähnisstr. 52. 1. 8. 06. H. 30707.

30a. 299951. Vorrichtung zur Untersuchung des Mageninnern oder anderer Körperhöhlen auf optischem Wege. William Gustav Eckstein, New-York; Vertr.: C. Fehlert, G. Loubier, Fr. Harmsen und A. Büttner, Pat.-Anwälte, Berlin SW. 61. 23. 10. 06. E. 9480.

30a. 300213. Weichteilschützer bei Knochenamputationen, aus zwei ineinander verschiebbaren Platten. Paul Hartwig, Berlin, Johannisstr. 22. 30. 1. 07. H. 32049.

30a. 300226. Metallener Uteruskatheter mit Längsriefen. Jul. Hankh, Stuttgart, Marktstr. 9. 1. 12. 06. H. 31761.

30b. 300228. Celluloidscheibe als Sauger für künstliche Zähne. J. Hauser, Straßburg i. E., Krämergasse 12. 15. 1. 07. H. 32126.

30d. 299084. Innenschuh für Platt-, Hohl- und stark gesprengte Füße zur Festigung des Gelenkes der Innenpartie sowie des Mittelfußes, zur Heilung von Plattfüßen udgl. E. Morath, Putlitzstr. 22, und Josef Beyer, Herrenstr. 2, Karlsruhe i. B. 2. 1. 07. M. 23339.

30g. 300025. Aus zwei konzentrisch angeordneten Röhren bestehender Sauger an Kinderflaschen. Gustav Höfer, Hamburg, Breitestr. 12. 25. 1. 07. H. 32238.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Köln a. Rh. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von Heynemannsche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Nr. 16. 1907. 17. Juni.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.



Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Apparat zur Bereitung chemisch-reiner Kohlensäure-Bäder.

Von Ingenieur **J. Michal**, Prag.

Vorliegende Erfindung betrifft einen Apparat, mittels dessen Wasser mit Kohlensäure im bestimmten Verhältnisse zur Bereitung von chemisch-reinen Kohlensäure-Bädern rasch imprägniert wird, wobei der Apparat sowohl für Wasserleitungen, als auch zum Ansaugen des Wassers von einem Gefäß verwendet werden kann.

Der Apparat, welcher untenstehend im Vertikalschnitt dargestellt ist, besteht aus einem cylindrischen Mischgefäß 1, welches oben mit dem Rohrstutzen für Kohlensäure 2 und von der Seite mit dem Rohrstutzen für Wasser 3 versehen ist. Der Abschlußdeckel 4 dieses Mischgefäßes ist aufgeschraubt und mit Rohrstutzen für Ablauf 5 ausgestattet.

In diesem Deckel ist auf dem ringförmigen Ansatze 6 ein Kupferblechteller 7 eingesetzt, welcher mit schmalen, dicht nebeneinander angeordneten Ausschnitten 8 versehen ist und den Zweck hat, nochmals die Richtung des Wasserstrahles zu ändern und fein zu verteilen.

Auf diesem Teller liegt ein dichtes Drahtsieb 7, das Fremdkörper und Schmutz zurückhalten, und wenn noch Kohlensäure als Gas vorhanden, diese zerteilen und zur Absorption bringen soll. Im Innern des Mischgefäßes 1 befindet sich eine Blechhülse 10, welche mit ihrem unteren flanschartigen Rande auf dem Siebe liegt und mit diesem durch den ringförmigen Ansatz 6 samt dem Blechteller 7 vom Deckel gegen die Mischgefäßwand angepreßt wird. Die Blechhülse 10 soll möglichst große Oberfläche haben und dünnwandig sein, da sie zur Verkühlung des zu imprägnierenden Wassers dient.

Der obere Abschluß der Hülse 10 ist durch einen Deckel 11 hergestellt, welcher in der Mitte einen hohlen Konus 12 besitzt, der nach unten gerichtet, den zweiten Teil des zum Imprägnieren benutzten Ejektors bildet.

An den Konus 12 schließt sich ein Trichter 13, der gleichfalls nach unten gerichtet ist, an. Dieser Trichter ist unten geschlossen und seitlich mit Löchern 14 versehen, durch welche das erste Gemisch von Kohlensäure und Wasser durchtreten muß, wobei die Richtung des Strahles fast um 180 Grad gewendet wird. Dieser Trichter ist in einer unten geschlossenen Hülse 15 untergebracht, die bis zu dem Abschlußdeckel 11 der Hülse 10 reicht. Die Hülse 15 ist auf ihrem oberen Rande ebenfalls mit Löchern 16 versehen und wird durch die Schraube 17 mit dem Trichter 13 zusammengehalten.

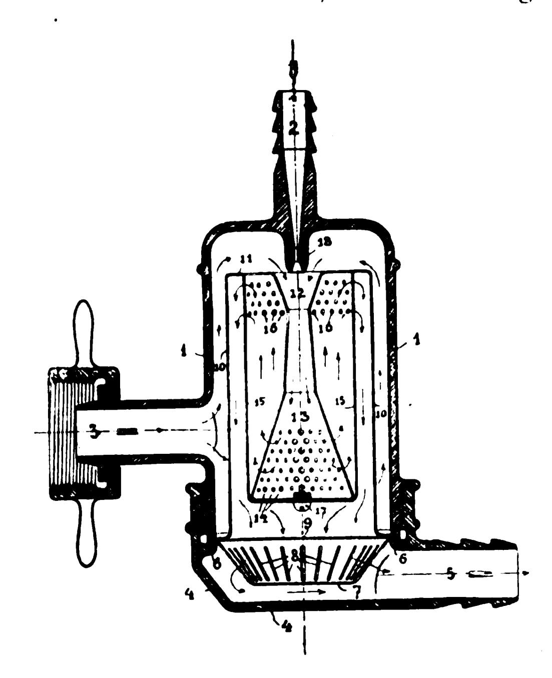
Das Gemisch von Kohlensäure und Wasser muß also noch einmal die Richtung um 180 Grad ändern und dabei die Löcher 16 passieren.

Gegenüber dem Trichter 12 ist im Innern des Mischgefäßes ein Mundstück 18 des Rohrstutzens 2 vorgesehen, welches knapp zu dem Konus 12 reicht und den ersten Teil des zum Imprägnieren benutzten Ejektors bildet.

Der Apparat funktioniert wie folgt:

Durch den Stutzen 3 wird Wasser aus einer Wasserleitung fließen gelassen, welches im Apparate den durch die Pfeile angedeuteten Weg ausführt und durch den Stutzen 5 in die Badewanne ausfließt.

Die Kohlensäure von bestimmtem Drucke strömt durch den Stutzen 2 in den Apparat und dringt mit Kraft in den Wasserstrom zwischen dem Konus 12 ein, wo Erscheinungen wie bei



einem Injektor auftreten. Während des Weges, den das Wasser mit Kohlensäure im Apparate macht und durch die verschiedenen Widerstände (gelochte Wände, Siebe und Richtungsänderungen), welche sich dem ruhigen Fließen des Wassers im Apparate entgegenstellen, absorbiert das Wasser die in den Apparat einströmende Kohlensäure.

Bei dem Mangel einer Wasserleitung wird der Stutzen 3 mit einem Schlauch verbunden, welcher in ein mit Wasser gefülltes Gefäß mündet, und wird das Wasser aus dem Gefäße beim Einströmen der Kohlensäure in das Mischgefäß selbsttätig angesaugt, indem die injektorartige Einrichtung zur Geltung kommt.

Der Apparat ist zu beziehen von der Firma Vosalik & Tomasek in Prag-Zizkow.

Verfahren zur Herstellung fester Wasserstoffsuperoxydmasse.

Von Dr. **C. Richard Böhm** und Dr. **Hans Leyden**, Berlin W. 15.

Wasserstoffsuperoxyd konnte bekanntlich bisher nur in gelöster Form als Flüssigkeit verwendet werden, um seine oxydierende, bleichende oder dergl. Wirkung zur Geltung zu bringen. Die Wirkung einer solchen Lösung ist eine sehr plötzliche, da die Zersetzung des H_2O_2 in Berührung mit den Stoffen, auf welche es wirken soll, eine zu schnelle ist, so daß eine länger dauernde Einwirkung damit nicht erzielt werden kann.

Vorliegende Erfindung betrifft nun ein Verfahren zur Herstellung von Wasserstoffsuperoxyd enthaltenden festen Massen, die die genannten Uebelstände nicht aufweisen, da sie nicht plötzlich, sondern längere Zeit hindurch in dem gewünschten mäßigen Grade wirken, wenn sie mit dem zu behandelnden Stoff in Berührung gebracht und belassen werden.

Das Verfahren besteht darin, daß in Wasserstoffsuperoxydlösung soviel Gelatine unter mäßiger Erwärmung und Glyzerinzusatz zum Auflösen gebracht wird, daß die Masse nach dem Erkalten erstarrt.

Neben Glyzerin kann man auch andere Zusätze machen, z. B. solche, welche die Wirkung des H_2O_2 verstärken oder günstig beeinflussen oder auf das H_2O_2 eine ähnliche Wirkung ausüben wie das Glyzerin.

Dieses so gewonnene Produkt stellt Wasserstoffsuperoxyd in fester Form dar, in welcher es für lange Zeit haltbar ist und namentlich bei Temperaturen, wie beispielsweise 25° bis 40° C. zur gewünschten Wirkung gebracht werden kann, bei welchem das feste Produkt schmilzt. Soll das Produkt bei höheren Temperaturen Verwendung finden, so kann man den Gelatinezusatz entsprechend erhöhen, wie überhaupt die Zusammensetzung je nach den Verwendungszwecken abgeändert werden kann.

Das Glyzerin hat die Wirkung, daß nicht nur die Zersetzlichkeit des Wasserstoffsuperoxydes vermindert, sondern auch die Konsistenz der Gelatine beeinflußt und entsprechend geändert wird. Ferner wirkt es auf die Verteilung der schmelzenden oder geschmolzenen Gelatine über die Fläche und auf das Eindringen (Tiefenwirkung) in letztere vorteilhaft ein, auf welche das Wasserstoffsuperoxyd wirken soll.

Die Festigkeit des Produktes kann z. B. durch Abänderung des Gelatinezusatzes derartig beeinflußt, bezw. erhöht werden, daß es sich auf mechanischem Wege (z. B. durch Reiben, Raspeln oder dergl.) zerkleinern, bezw. in Pulverform bringen läßt.

Um das Wasserstoffsuperoxyd auch an den Oberflächen des Produktes vor etwaigen Zersetzungen zu schützen und so den wirksamen Gehalt nicht nur zum größten Teil, sondern praktisch völlig zu erhalten und zu bewahren, kann man die Masse noch mit einem Schutzüberzug versehen, der vor Gebrauch gewünschtenfalls entfernt werden kann. So kann man das Produkt z. B. mit Paraffin oder Lack überziehen.

Soll das Entfernen des Ueberzuges vermieden werden, so kann man zum Ueberziehen eine ähnlich der Gelatine schmelzende oder sich verflüssigende Substanz, selbst eine Gelatinelösung verwenden.

Die Oberfläche des Produktes kann auch gehärtet werden, z. B. durch Eintauchen in Alaun. Als Ueberzugsmaterial kann man ein solches wählen, welches auch irgend eine beabsichtigte Nebenwirkung z. B. eine odorisierende oder desodorisierende Wirkung ausübt.

Das Verfahren zur Herstellung fester Wasserstoffsuperoxydmasse ist durch D. R. P. 185597 geschützt worden. Die nach diesem Verfahren hergestellten Präparate werden unter der Bezeichnung „Perglutyl" (D. R. G. M.) in den Handel kommen.

Bisher wurden mit Perglutyl-Präparaten gute Erfolge bei inoperablem Krebs, Endometritis, Mittelohrkatarrh, Gonorrhoe, Dysenterie, Flatulenz, Verdauungsstörungen verschiedener Art und äußerlich bei veralteten Beinschäden, wie z. B. dem sogenannten Salzfluß und verschiedenen Ekzemen erzielt.

Zu bemerken wäre auch noch die anticonceptionelle Wirkung der Perglutyl-Ovarien.

Die Anwendung des Perglutyls wird immer da geboten sein, wo man Wasserstoffsuperoxyd als indifferentes, langsam wirkendes Oxydations- und Desinfektionsmittel resp. Anregungsagens verwenden will.

Tragbahre

für in Bergwerken Schwerverletzte
nach Dr. **Joh. Philipp** (Oberlautensdorf, Böhmen).

Die neue Tragbahre bietet insofern erhebliche Vorteile vor den bisher üblichen Methoden der Herausbeförderung Schwerverletzter aus den Bergwerken, als sie es ermöglicht, den Verunglückten in ausgestreckter Lage in der Förderschale unterzubringen und den Transport aus der Grube rasch und einfach zu bewerkstelligen. Die Vorrichtungen, die bisher in Gebrauch sind, um Verletzte in der Förderschale von 1,75 m Höhe und 1,40 m Länge zu lagern, machten es nötig, Erwachsene in Beugestellungen zu bringen, d. h. Manipulationen an ihnen vorzunehmen, die neue Schmerzen verursachten, zerbrochene Glieder in veränderte Stellungen brachten und den Transport aus der Grube verzögerten.

Die Tragbahre von Dr. Philipp läßt eine bessere Ausnutzung des Raumes in der Förderschale zu, indem das Kopfende gehoben, die Bahre also in einen Winkel von 45 bis 60 Grad und darüber gestellt werden kann; der Kranke liegt also auf einer schiefen Ebene ausgestreckt. Um diese Lage bequem zu machen und zu sichern, sind verstellbare krückenartige Stützen für die Achselhöhle und das Becken, ferner Gurten zur Verhütung des Vornübersinkens des Kranken, endlich zweckmäßig modifizierte Fußstützen angeordnet. Ist der Kranke einmal auf die Tragbahre gelagert, so braucht er beim Herausbefördern zum Tageslicht nicht wieder in andere Lage gebracht zu werden, ja, wenn die Tragbahre dem Rettungswagen angepaßt ist, kann man ihn nach Applikation von Notverband usw. auf derselben Bahre liegend in den Rettungswagen transportieren. Für den Verletzten ist es u. a. ferner von großer Bedeutung, daß durch das freie Herabhängen beschädigter Körperteile, insbesondere frakturierter Knochen, eine selbsttätige Extension mit ihren Folgen (Schmerzlinderung) garantiert wird. Uebrigens ist die Tragbahre in der Förderschale so befestigt, daß ein Ausgleiten unmöglich ist und das Personal seine Aufmerksamkeit ungeteilt dem Verunglückten widmen kann.

Daß die Tragbahre sich praktisch bewährt hat, dafür sprechen die anerkennenden Aeußerungen zahlreicher Aerzte und Chirurgen, u. a. die äußerst günstigen Gutachten von Prof. Wölfler, Geh. Sanitätsrat Dr. Vogel, Jena und Prof. Mosetig, sowie die Auszeichnung auf der Allgemeinen hygienischen Ausstellung in Wien 1906, wo die Bahre mit der goldenen Fortschrittsmedaille prämiiert worden ist.

Nasensauger

nach Dr. **Sondermann,** Dieringhausen.

Um bei Nasenerkrankungen die Heilkraft der künstlichen Hyperaemie zu benutzen und gleichzeitig für regelmäßige Entfernung des pathologischen Sekretes zu sorgen, konstruierte Dr. Sondermann seinen Nasensauger, ein Instrument, welches, wie die Abbildung zeigt, aus einem nach einer Seite offenen Hohlkörper, dessen Form der Nase angepaßt und dessen Rand zwecks luftdichten Abschlusses auf der Haut mit einem hohlen Gummiring versehen ist, ferner einem verbindenden Gummischlauch und einem Gummiball besteht. Im Gummiball wie im Gummischlauch ist je ein Ventil angeordnet, um der Luft beim Zusammendrücken des Balles den Austritt zu gestatten. Ist so der Nasenraum nach außen luftdicht abgeschlossen, so

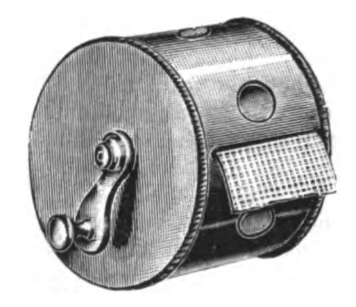
geschieht der Abschluß nach dem Rachen zu beim Aussprechen eines *i*, wobei sich der weiche Gaumen an die hintere Rachenwand anlegt, oder durch Ausführen eines Schluckaktes während des Saugens, oder eine starke Inspiration bei zugespitzten Lippen. Man verfährt also so, daß man einen Wattebausch zum Aufsaugen des Sekretes einlegt, die Maske auf die Nase aufdrückt, den Ball zusammenpreßt, und während man ein langes i sprechen läßt, sich wieder entfalten läßt; bei richtiger Ausführung verspürt der Kranke ein saugendes Gefühl in der Nase, keinen Schmerz.



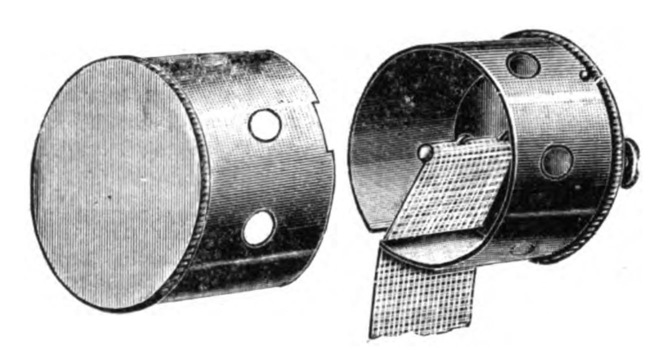
Der Erfolg besteht zunächst in einer Rötung und Schwellung der Nasenschleimhaut, die lebhafter secerniert; diese Erscheinungen gehen rasch wieder vorüber. Die Art und die Menge des Sekretes kann diagnostische Zweifel beseitigen helfen. Um therapeutisch wirksam zu werden, muß die Behandlung mehrmals täglich — je nach Maßgabe des Falles — wiederholt werden und so lange jedesmal fortgesetzt werden, bis kein Sekret mehr zum Vorschein kommt. Wie lange die Behandlung zu dauern hat, hängt von der Schwere des Falles ab: chronische Fälle erfordern mehr Geduld als akute Nebenhöhlenempyeme und akute Schwellungen, die meist in 8—14 Tagen geheilt werden. Auch bei Ozaena hat Dr. Sondermann so gute Erfolge erzielt, daß er seine Methode angelegentlich empfiehlt (vergl. Münch. Med. Wochenschr. 1905, Nr. 1). An Stelle der Maske hat Dr. S. neuerdings auch eine Glasolive angegeben, die den Vorzug hat, daß sie behufs Sterilisierung ausgekocht werden kann. — Der Apparat wird von der Firma Kühne, Sievers & Neumann, Cöln-Nippes, hergestellt.

Tamponbüchse mit Spulvorrichtung.

Die Tamponbüchse nach Dr. Scheven, hergestellt von der Fabrik chirurgischer Instrumente Ludw. Dröll in Frankfurt a. Main, setzt den Arzt in die Lage, seinen Bedarf an Tampon-



material vom Vorrat abzuspulen und selbst zu sterilisieren, so daß er sich von der Sterilität seines Verbandmulls selbst überzeugen kann und außerdem billiger fährt, als wenn er im Handel befindliches steriles Material verwendet. Die Tamponbüchse besteht aus zwei Metallbechern, die so ineinander gesteckt werden, daß sie zusammen eine geschlossene Dose darstellen. Zum Eindringen des Sterilisierstoffes sind Löcher vorhanden, die durch Drehen der beiden Dosenhälften geschlossen werden können. Im Innern befindet sich eine von außen durch



eine Kurbel drehbare Achse, die den Anfang einer Mullbindenrolle leicht faßt und festhält, so daß man leicht die gewünschte Menge Tamponstoff von der vorrätig zu haltenden Mullbinde abspulen kann, ohne diese mit den Händen zu berühren. Die Firma Dröll liefert hierzu Mullstreifen mit gewebter Kante, die ein glattes Auf- und Abspulen ohne Ausfasern garantieren.

Periodische Literatur.

Die Licht-Luftstrombehandlung der Erkrankungen der Respirationsorgane. Von Herz, Meran. (Therapeut. Monatshefte, Jan. 1907.)

Ein Mittel, sich gegen die sogenannten Erkältungskrankheiten zu schützen, ist die Abhärtung. Das natürlichste und sicherste Abhärtungsmittel ist die bewegte Luft; das Lichtluftbad im Freien und das Zimmerluftbad, verbunden mit körperlichen Uebungen, sind als hervorragende Volksgesundheitsmittel zu bezeichnen. Bei dem künstlichen Licht-Luftstrombade hat man die Modifikation der in Betracht kommenden Faktoren, vor allem der Temperatur und Intensität der Luftbewegung völlig in der Hand. Während die Durchfeuchtung der Haut bei den Wasserprozeduren an sich eine Erkältungsgefahr bedingt, wird bei dem Abhärtungsverfahren mit dem Luftstrome eine relative Austrocknung der obersten Hautschichten erzielt; zur Verwendung kommt anfangs ein indifferentes Luftstrombad von 34° C, mit allmählichem Uebergang zu kühleren Temperaturen bis zu 20° C. Neben der Gewöhnung an die umgebende Luft ist eine zweite Aufgabe der Abhärtung, daß man es erlernt, thermische Kontraste zu ertragen. Erkältungskrankheiten stellen sich gewöhnlich nicht dann ein, wenn man sich einer großen Kälte ausgesetzt hat, sondern dann, wenn ein großer Temperaturwechsel stattgefunden hat, und zwar mit Vorliebe, wenn der Körper aus einer ruhigen warmen in eine kühle bewegte Atmosphäre gelangt. Im Licht-Luftbade ist es leicht, künstlich solche Kontraste in jedem Ausmaße zu erzeugen. Wegen seiner Einwirkungen auf die Lungenventilation gewinnt das Luftbad eine besondere Bedeutung auch für die Affektionen der Respirationsorgane. Die bei Erkrankungen der oberen Luftwege nützlichen Schwitzprozeduren können im Licht-Luftstrombade leicht vorgenommen werden; nichts kann eine energischere Schweißdrüsentätigkeit anregen, als die Vereinigung hoher Temperaturen mit einer starken Luftbewegung. Das hochtemperierte Licht-Luftstrombad hat eine eminent wasserentziehende Wirkung, die mit Erfolg bei der Behandlung der exsudativen Pleuritis heranzuziehen ist. Bei der Prophylaxe der Lungentuberkulose erscheint die Frei-Luftbehandlung dort am wirksamsten, wo eine kühle mäßig bewegte Luft mit einer starken Insolation verbunden ist, z. B. Davos. Wie die Luftkurorte so vermag auch das Licht-Luftstrombad bei der Behandlung der chronischen Erkrankungen der Respirationsorgane durch Anregung bezw. Kräftigung des Organismus ein wirksamer Faktor zu werden.

Ueber Stomatitis mercurialis und ihre Verhütung durch Isoformzahnpasten. Von Siebert, Breslau. (Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 7, 1907.)

Bei der Entstehung der Stomatitis mercurialis spielen die



Bakterien des Mundes neben primär durch das Quecksilber hervorgerufenen Ernährungsstörungen wahrscheinlich keine zu unterschätzende Rolle; die Ulcerationen entstehen wahrscheinlich durch Sekundärinfektion. Um dieser vorzubeugen, hat man in den letzten Jahren antiseptische Zahnpasten mit Vorliebe empfohlen. Von einer brauchbaren Zahnpaste muß man verlangen, daß sie eine schnelle und kräftig einsetzende und eine sich auf längere Zeit erstreckende Desinfektionskraft besitzt. Eine neue derartige Zahnpaste wird von den Norddeutschen chemischen Fabriken Berlin in den Handel gebracht, „Saluferinzahnpaste", die nach Angabe fünf Prozent Isoformpulver und zehn Prozent Sapo kalinus enthält. Versuche in vitro zeigten, daß dieser Paste, in gleicher Weise wie der Kali-chloricum-Paste Beiersdorff, die bisher viel gebraucht wurde, ausgesprochene Abtötungskraft für Mundbakterien innewohnt. Vergleichende Versuche zur Desinfektion der Mundhöhle, die Verf. an sich selbst vornahm, ergaben, daß alleinige mechanische Reinigung der Zähne mit Wasser und Bürste die Zahl der in der Mundhöhle vorhandenen Keime um die Hälfte verringern kann, daß sie sich aber nach kurzer Zeit wieder ergänzt haben; bei der Reinigung mit der Kali-chloricum-Zahnpaste sinkt die Zahl der Bakterien noch tiefer, aber auch hier tritt nach einiger Zeit wieder eine Vermehrung ein; bei der Reinigung mit der Isoformzahnpaste ergibt sich sofort ein steiler Abfall der Bakterienzahl, und die Verminderung bleibt eine dauernde. Auf Grund dieser Versuche wurde die Isoform-Zahnpaste auf der Klinik versucht. Die Anwendungsweise war die, daß die Patienten täglich nach der Morgen-, Mittag- und Abendmahlzeit mit etwa 2 g der Zahnpaste die Zähne mit einer weichen Bürste reinigten und dann kurz den Mund ausspülten; eine weitere Pflege des Mundes unterblieb. Bei allen 45 so behandelten Patienten gelang es, die Quecksilberkur (Schmierkur, Injektionskur verschiedener Form) durchzuführen ohne irgendwelche Störung durch stomatitische Erscheinungen. Eine solche Vereinfachung der Mundpflege — nur dreimaliges Säubern der Zähne mit der Zahnpaste — erscheint namentlich für die ambulante Behandlung der Syphilitiker von großem Vorteil.

Neuere Arzneimittel.

Spinol. Auf dem Kongreß für innere Medicin zu München 1895 hat Prof. Bunge in Basel den wissenschaftlichen Nachweis geliefert, daß sämtliche künstlichen Eisenpräparate, mögen sie als Albuminat, Peptonat u. dergl. in den Magen gelangen, nicht assimiliert werden, da das Eisen von der Magensäure in Eisenchlorid umgewandelt wird; daß dagegen die in der natürlichen Nahrung enthaltenen Eisenverbindungen vom Magensaft nicht angegriffen, vollkommen resorbiert und assimiliert werden. Daraufhin hat sich die Firma J. E. Stroschein in Berlin bemüht, aus dem Spinat, der bekanntlich verhältnismäßig eisenreich ist, ein Präparat herzustellen, welches das Eisen in seiner natürlichen Bindung enthält. Das Produkt dieser Bemühungen ist das Spinolum siccum, ein amorphes, bräunlichgrünes, in den üblichen Lösungsmitteln unlösliches Pulver von angenehmem Geruch und bitterlich-salzigem Geschmack. In 100 g des Pulvers wurden durch Analyse ermittelt:

Feuchtigkeit	4,76 Gramm
Stickstoff-Substanz	18,62 „
Stickstoffreie Substanz	41,09 „
Aetherlösliche Stoffe	4,08 „
Mineralsalze	31,45 „

Die Mineralsalze bestehen in der Hauptsache aus:

Phosphorsäure	3,63 Gramm
Eisen	2,57 „
Natron	13,14 „

Außerdem bringt die Firma Stroschein ein flüssiges Spinolsaccharat (Spinol. sacch. liquid.) in den Handel, dessen Zusammensetzung laut Analyse von 100 g folgende ist:

Wasser	28,399 Gramm
Stickstoffreie Substanz	53,471 „
Stickstoff-Substanz	14,036 „
Aetherlösliche Substanz	0,088 „
Mineralsalze	4,106 „

Das flüssige Präparat dürfte sich seines angenehmen Geschmackes wegen besonders für die Kinderpraxis eignen, zumal Bunge und Heubner nachgewiesen haben, daß das Ferrum spinaceum selbst von kleinen Kindern gut vertragen wird. Das Spinol. sicc. kann in den verschiedensten Formen (Pillen, Pulver, Tabletten) verordnet werden. Auch bei der größten Dosierung und bei dauerndem Gebrauche ist eine schädliche Nebenwirkung nicht zu befürchten, wie die zahlreichen Gutachten von Aerzten bestätigen. Man verabreicht die Spinolpräparate am besten unmittelbar nach den Mahlzeiten und zwar das Spin. liquid. bei Kindern bis zu zehn Jahren dreimal täglich 5 bis 20 g und bei Erwachsenen $^1/_2$ bis 1 Theelöffel, das Spinol. sicc. in Dosen von 0,05 bis 1,0 g drei- bis viermal täglich rein oder gemischt mit Zucker, Kakao usw.

Kreo-Spinol (Kreosot-Pflanzen-Albuminat). Wie der Name verrät, ist Kreospinol eine Kombination von Kreosot und Spinol; sie vereinigt die Wirkungen dieser Medikamente in sich. Der Kreosotgehalt der aus Kreospinol von der Firma J. E. Stroschein in Berlin hergestellten Pillen beträgt 0,05 und 0,1 g; das Kreosot ist an Pflanzeneiweiß gebunden. Nach den Erfahrungen von Dr. med. Binder wird das Medikament in Pulver- und Pillenform sehr gern genommen und erzeugt nie das unangenehme Kreosotaufstoßen, Appetitlosigkeit oder Brennen im Magen, vor allem soll es eine günstige therapeutische Wirkung zur Folge haben.

Spinol-Urantabletten. Nachdem das Urannitrat von Kennedy in die Therapie des Diabetes mellitus vorgeführt worden war, erzielte Samuel West (Brit. med. Journ. 1895 II, p. 467) durch Darreichung dieser Substanz Besserung des Allgemeinbefindens, Verminderung der Harnmenge, des Durstes — und was die Hauptsache — des Zuckers. Nach Chittendens und Hutchinsons Ansicht (Malys Jahrbuch der Tierchemie, Bd. 17, p. 457) ist diese günstige Beeinflussung des Diabetes mellitus auf die hemmende Einwirkung der Uransalze auf proteolytischer und amylolytischer Prozesse zurückzuführen; ein Heilmittel für die Zuckerkrankheit ist das Urannitrat freilich nicht. Trotzdem wird man häufig die Medikation solcher Mittel nicht umgehen können. Die Firma J. E. Stroschein in Berlin hat Urannitrat mit Spinol kombiniert, um zugleich den Eisenverlust des Diabetikers, der nach Damaskin nicht weniger als 2,16 mg Fe in 24 Stunden beträgt, zu ersetzen.

Nach Samuel West kann man das Urannitrat 0,6 bis 0,9 bis 1,2 g täglich dreimal ohne Nachteil geben. Zur Erzielung einer antidiabetischen Wirkung genügen bereits ganz geringe Dosen von 0,01 bis 0,1 g. Man beginnt die Kur mit Dosierungen von 0,1 g, steigere die Dosis nach drei Tagen auf 0,025 g, nach weiteren acht Tagen auf 0,05 g, nach ferneren acht Tagen auf 0,1 g dreimal täglich. Sobald der Zuckergehalt genügend reduziert ist, kann man die Dosen verringern und zuletzt sich darauf beschränken, daß man zwei- bis dreimal wöchentlich zur Vorbeuge nach den Hauptmahlzeiten 0,01 bis 0,025 g gibt.

Die Spinoltabletten enthalten außer der stets fünffachen Menge Spinol 0,01, 0,025, 0,05 und 0,1 g Urannitrat. Man nimmt sie am besten dreimal täglich unmittelbar nach den Mahlzeiten. Die Tabletten können übrigens zerdrückt oder in Wasser gelöst werden.

Festokarbol. Die Comprimé-Gesellschaft Lener & Co. in Berlin bringt genau dosierte Tabletten aus reiner Karbolsäure (Acid. carbol. crystall.) in den Handel, deren Herstellungsverfahren zum Patent angemeldet ist. Als Vorzüge dieser Neuheit macht die Firma folgende Punkte geltend. 1. Die Tabletten sind infolge von geringen Zusätzen anderer antiseptischer Substanzen in wenigen Sekunden selbst in eiskaltem Wasser löslich. 2. Die Lösung ist wasserhell, klar, durchsichtig und haltbar. 3. Die Dosierung ist durchaus genau und zuverlässig: Festokarbol wird in Würfeln zu 5 g geliefert; Irrtümer sind weder bei Patient noch Arzt möglich. 4. Dem Arzt wird die Unannehmlichkeit erspart, ein flüssiges Antiseptikum mit sich zu führen. 5. Festokarbol greift in richtig dosierten Lösungen die Haut nicht an; Ekzeme wie beim Arbeiten mit Sublimat sind bisher nicht beobachtet worden. 6. Die Instrumente werden, selbst wenn die Vernicklung defekt ist, von Festokarbol nicht



angegriffen. 7. Die bakterizide Wirkung ist um 50 Prozent höher, als die des Liquor Creoli saponatus, Lysols oder Lysoforms.

Patentnachrichten.

Patent-Anmeldungen.

30 h. S. 20191. Verfahren zur Herstellung haltbarer Pulver. Dr. Leopold Sarason, Hirschgarten b. Berlin. 27. 10. 04.

74 b. D. 17516. Vorrichtung zur Anzeige des Auftretens schädlicher Gase. Markus Divjak, Gerresheimerstr. 93, und Johann Wollscheid, Bruchstr. 64 a, Düsseldorf. 12. 9 06.

30 a. B. 41852. Trepanationsinstrument mit rotierendem Schneidwerkzeug und mit Hirnhautschutz. Jules Joseph Bercut, Paris; Vertr.: Dr. W. Karsten und Dr. C. Wiegand, Pat.-Anwälte, Berlin SW. 11. 4. 1. 06.

30 b. S. 22998. Zangenartiges Gerät zum Hinterlegen künstlicher Zähne mit Metall. Charles Andrew Spahn, Newark, New.-Jersey; Vertr.: Hans Heimann, Pat.-Anw., Berlin SW. 11. 2. 7. 06.

30 e. L. 22275. Wasserdichte Bett- und Windeleinlage. Jacob Loeb, Neuwied. 3. 3. 06.

61 a. S. 22984. Vorrichtung zum Atmen in mit schädlichen Gasen erfüllten Räumen, welche aus einer Atmungsmaske und einem durch Leitungen mit ihr verbundenen Luftbehälter besteht. Otto Sueß, Mähr.-Ostrau; Vertr.: C. Fehlert, G. Loubier, Fr. Harmsen und A. Büttner, Pat.-Anwälte, Berlin SW. 61. 29 6. 06.

30 a. M. 30562. Chirurgische Zange. D. A. Marro, Turin: Vertr.: A. du Bois-Reymond, Max Wagner und G. Lemke, Pat.-Anwälte, Berlin SW. 13. 11. 9. 06.

30 i. H. 38131. Apparat zum Sterilisieren von Kathetern mittels Wasserdampf. Dr. Moritz Hoff und August Sós, Magyar-Ovár; Vertr.: Fr. Meffert und Dr. L. Sell, Pat.-Anwälte, Berlin SW. 13. 22. 6. 06.

30 i. B. 44709. Verfahren zur Herstellung von haltbaren, wässrigen Quecksilbersalzlösungen. Dr. Albert Busch, Braunschweig, Blücherstr. 2. 26. 11. 06.

32 a. B. 44697. Mundstückwechselvorrichtung; Zus. z. Pat. 175868. Hermann Max Beck, Dresden-A., Tharandterstr. 25. 24. 11. 06.

30 f. Sch. 25400. Verstellbare Krücke aus nahtlosem Stahlrohr. Robert Schmidt, Friedenau, Moselstr. 12. 31. 3. 06.

Patent-Erteilungen.

30 d. 183873. Aus einem Beutel mit angesetztem Röhrchen bestehende Vorrichtung zum Auffangen der aus der männlichen Harnröhre austretenden Flüssigkeiten. Wachenfeld & Schwarzschild, Cassel. 17. 1. 05. W. 23294.

30 d. 183924. Vorrichtung zum Strecken der Harnröhre. Hermann Brandt, Stettin, Elisabethstr. 56. 20. 4. 06. B. 42861.

30 d. 184046. Leibbinde mit besonderem Mittel- oder Bauchteil, der beiderseits durch nachstellbare Gurte odgl. mit den Bindenseitenteilen verbunden ist. Arthur Unger, Berlin, Steglitzerstr. 10. 25. 3. 05. U. 2754.

30 f. 183874. Selbsttätig wirkender Streckapparat. Schweizerisches Medizinal- und Sanitätsgeschäft A.-G., vorm. C. Fr. Hausmann, St. Gallen, Schweiz; Vertr.: G. Dedreux und A. Weickmann, Pat.-Anwälte, München. 22. 9. 05. Sch. 24381.

30 k. 183999. Injektionsspritze mit hohlem, beiderseits offenem Kolbenkörper. Dr. Nicola Zonder, Massa, Ital.; Vertr.: E. v. Nießen, Pat.-Anw., Berlin W. 50. 20 8. 05. Z. 4624.

61 a. 184253. Atmungsvorrichtung mit Luftzuführungsschlauch. Paul Müller, Leipzig, Schenkendorfstr. 28. 26. 10. 05. M. 29430.

Gebrauchsmuster.

30 g. 300208. Haltevorrichtung für Saugpfropfen, aus Schnur und an den Enden befestigten Klemmschiebern bestehend. Friedrich Lenz, Posen, Posadowskystr. 14 a. 28. 1. 07. L. 17172.

30 g. 300229. Transparenter Gummisauger. Gummiwaren- und Bartbinden-Fabrik Otto Dillner, Leipzig-Neusellerhausen. 17. 1. 07. D. 12276.

30 h. 300237. Asthmamittel in Pastillenform in Verbindung mit einem Halter zum Abbrennen der Pastillen. Jos. Hollmeyer, Stolberg, Rhld. 22. 1. 07. H. 32209.

30 i. 300209. Luftreiniger, gekennzeichnet durch zwei Gefäße, aus welchen Essig und Terpentinöl auf von warmer Luft durchströmte Watteballen tropft. Freiherr Adolf von Berlichingen, Würzburg, Sanderring 16. 28. 1. 07. B 33339.

30 k. 299960. Schlauchstück mit Kanüle und Schraubstutzen für zahnärztliche Spritzen. Ernst Jaenicke, Berlin, Blumenthalstr. 4. 1. 12. 06. J. 6822.

54 g. 299996. Medizinisches Rezepttaschenbuch mit halbierten, zur Hälfte zur Aufnahme von Reklamen udgl. bestimmten Seiten. Dr. B. Westheimer, Pankow b. Berlin. 10. 1. 07. W. 21677.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Köln a. Rh — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von Heynemannsche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Nr. 17. 1907. 24. Juni.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.



Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Ueber die Anwendung von Beruhigungsmitteln in der Säuglingspraxis.

Von Dr. med. **Prüssen,** Kinderarzt in Köln a. Rhein.

Mittel, welche einen beruhigenden Einfluß auf das Zentralnervensystem ausüben und dadurch Schlaf und Ruhe herbeiführen, sind in der Säuglingspraxis nicht zu entbehren, vielfach allerdings wegen der Rücksicht, welche der Arzt auf die Umgebung, speziell die Mutter des Kindes nehmen muß. Schränken wir z. B. einen Säugling, der überfüttert ist, die Nahrungsmengen auf ein vernünftiges Maß ein oder verlängern wir die Trinkpausen, so pflegt sich wenigstens in den ersten Tagen ein starkes Unlustgefühl bei den kleinen Patienten einzustellen, welchem dieselben durch Schreien Ausdruck geben. Der Gedanke, daß das Kind hungern müßte, veranlaßt die Mütter meistens, wieder häufiger und reichlicher Nahrung zu reichen, wodurch natürlich die eingeleitete Ernährungstherapie vereitelt wird. Man kann nun in den meisten Fällen, zumal dann, wenn man nur die Trinkpausen verlängert hat, durch Zufüttern von Tee, den man löffelweise reichen läßt, eine ausreichende Beruhigung erzielen, bis sich die Kinder auf die geringen Nahrungsmengen eingestellt haben, was gewöhnlich schneller geschieht, als die Mütter glauben. Das Mittel genügt aber nicht, wenn es sich um große Unruhe oder um Mütter handelt, die wenig Energie besitzen (erstes Kind, Abgewöhnung von nächtlichen Mahlzeiten).

Hier ist man zur wirksamen Unterstützung der Ernährungstherapie gezwungen, energischer vorzugehen. Die eigentlichen Narcotica, welche für den Erwachsenen Anwendung finden, sind für den Säugling wegen der enormen Gefährlichkeit absolut unbrauchbar. Es ist bekannt, daß Opium schon in winziger Dosis einen Säugling töten kann. Wir haben jedoch in den Hypnotica einen vollkommenen Ersatz für die Narcotica. Aus der Reihe derselben zeigt sich am wirksamsten das Chloralhydrat. In der Dosis von 1,0 : 50,0, zweistündlich ein Kaffeelöffel, ist es in vielen Fällen ein sicheres Beruhigungsmittel. Brauchbar sind außerdem noch Chloralamid in der Dosis von 0,1 und Veronal in der Dosis von 0,05. Einen reizenden, bezw. schädigenden Einfluß dieser Präparate auf die Magenschleimhaut habe ich nicht beobachten können. Die Darreichung selbst stößt auf keine Schwierigkeiten. Wer trotzdem Bedenken trägt, diese Hypnotica anzuwenden, findet in dem Präparat Bromural ein gutes Ersatzmittel. Bromural ist eine Verbindung von Brom, Harnstoff und Valeriansäure und wird von der Firma Knoll & Co. in Ludwigshafen a. Rh. hergestellt. Es ist in Originaldosen à 20 Tabletten zum Preise von zwei Mark erhältlich. Für die kurze Zeit, in welcher es mit Vorteil gegeben werden kann, nämlich bis sich der Säugling auf ein geringeres Nahrungsquantum eingestellt hat, genügen jedoch meistens zirka fünf Tabletten. Man verschreibt dann Solutio Bromural 1,5 : 50,0 teelöffelweise, oder man reicht eine halbe Tablette in Lösung. Das Mittel hilft im Falle der Anwendung bei oben angegebener Indikation meist prompt und ohne jede Störung. Die Wirkung tritt allerdings oft erst nach 25 Minuten ein und hält zwei bis drei Stunden an.

Bei den Krämpfen der Säuglinge ist natürlich zunächst die Ursache der Krämpfe zu beseitigen. Leider gelingt das nicht immer.

Einerseits können wir nicht immer den Grundzustand der Krämpfe sicher diagnostizieren, andererseits ist die kausale Therapie nicht immer ausreichend, um die Krämpfe zu beseitigen, es müssen symptomatische Mittel zur Unterstützung herangezogen werden. Als solches ist wieder das Chloralhydrat, auf welcher Grundlage auch die Krämpfe beruhen mögen, vorzüglich geeignet. Man darf aber vor einer hohen Dosis (0,5 Gramm) nicht zurückschrecken, welche per Rectum zu geben ist. Nach vorausgegangenem Reinigungs-Clysma läßt man die Hälfte eines Gemisches von

Chloral. hydrat. 1,0
Mucil. Salep. 20,0
Aq. dest. ad. 50,0

einspritzen. Wird das Clysma nicht gehalten, so wird auch noch die andere Hälfte injiziert. Dieses ist jedoch meistens nicht nötig, zumal, wenn man durch Aneinanderpressen der Hinterbacken das Ausfließen der Flüssigkeit verhindert. In dieser Weise und Dosis appliziert hilft das Chloralhydrat auch in schweren Fällen meistens prompt und sicher. Eine Ausnahme machen zuweilen die heftigen und häufigen Krampfanfälle bei Pertussis, wo es zu einem förmlichen Status eclampticus kommt. Hier führt das Chloralhydrat in der angegebenen Dosis oft kein Aufhören der Krämpfe und keinen Schlaf herbei. Es bleibt dann nichts anderes übrig, als die Kinder wie bei der Eklampsia gravidarum in ständiger Chloroformnarkose zu halten. Chloroforminhalationen führen rasch und sicher Narkose herbei, die allerdings schneller vorübergeht, als bei der Verwendung von Chloralhydrat. Man kann demnach mit Vorteil die Narkose mit Chloroform einleiten und mit Chloralhydrat fortsetzen. Chloralamid und Veronal sind bei schweren Formen ohne genügende Wirkung. In leichteren Fällen kann man sich ihrer mit Vorteil bedienen. Wirkungslos ist bei allen Krämpfen das Bromural.

Berühren wir noch kurz die kausale Therapie, d. h. diejenige, welche nicht den eigentlichen Krampfausbruch, sondern die „Krampfursache“ beseitigen soll, so ist hier in erster Linie die Regelung der Ernährung zu nennen. Namentlich bei der sogenannten latenten Tetanie, welche durch mechanische und galvanische Uebererregbarkeit des gesamten Nervensystems und durch Laryngospasmus wohl charakterisiert ist, muß die so häufige Ueberfütterung vermieden, bezw. beseitigt werden. Bei älteren Säuglingen ist einseitige Milchernährung durch sachgemäße Zugabe von Kohlehydraten abzuändern. Zur Unter-

stützung dieser Therapie kann Phosphorlebertran gereicht werden, zweifellos mit gutem Erfolge. Man gibt es in der Formel

Phosphor 0,01
Ol. jec. aselli 100,0

zweimal täglich einen Teelöffel.

Bei chronisch-darmkranken Säuglingen ist eine Wiederherstellung des Verdauungsapparates anzustreben, welche am sichersten durch Darreichung von Frauenmilch erreicht wird. Bei mit Milch überfütterten Kindern bringt eine ausschließliche Mehldiät den Krampfzustand öfters zum Schwinden. Keinesfalls darf dieselbe jedoch länger als ein bis zwei Wochen angewendet werden. — Eine gründliche Entleerung des Darms empfiehlt sich immer. Bei Krämpfen, welche auf der Basis der genuinen Epilepsie beruhen (Diagnose kann sehr schwierig sein!) führt lang fortgesetzte Brom-Darreichung oft zu einem Seltenerwerden, ja selbst zu einem Verschwinden der epileptischen Krämpfe. Man muß das Brom in der Dosis von 1 bis 1,5 Gramm p. d. entweder in der Form der Erlenmeyerschen Bromsalze oder in einer Kombination von Ammonium bromatum mit Natrium bromatum reichen, also z. B.

Ammon. brom.
Natr. brom. aa 1,0 bis 2,0
Aq. dest. ad 100,0

dreimal täglich 10 ccm in Milch zu geben.

Ein etwaiger chirurgischer Eingriff bei symptomatischer Epilepsie unterliegt derselben Indikationsstellung wie beim Erwachsenen, die Aussicht auf einen Erfolg wäre nur eine äußerst geringe.

In einschlägigen Fällen könnte eine sechs Wochen lang fortgesetzte Quecksilber- und Jodkur zur Heilung führen. Selbstverständlich sind derartige Vorkommnisse äußerste Seltenheiten.

Zum Schluß seien noch kurz die physikalischen Heilmethoden besprochen. Ist bei sonst normalen Kindern der Krampfanfall hervorgerufen durch einen hohen Fieberanstieg, z. B. beim Beginn akuter Infektionskrankheiten, so sind gewechselte feuchte Packungen angezeigt. Ein großes leinenes Tuch wird in kaltes Wasser getaucht und das Kind so in dieses eingeschlagen, daß nur der Kopf frei bleibt. Darüber wird lose eine wollene Decke gewickelt, welche das leinene Tuch völlig abschließt. In dieser Einwicklung bleibt das Kind fünfzehn Minuten lang. Dann wird die Prozedur noch dreimal erneuert. Man kann dann ein erhebliches Absinken der Fiebertemperatur und damit ein Aufhören der Krampfanfälle feststellen.

Zur Unterstützung der medikamentösen Therapie bei Schlaflosigkeit und Unruhe eignen sich warme, 35 Grad Celsius probatierte Vollbäder (abends eine viertel bis eine halbe Stunde lang) und feuchte Ganzpackungen. Für sich allein angewandt helfen sie allerdings nur in ganz leichten Fällen und nur dann, wenn die Schlaflosigkeit oder Unruhe durch gestörte normale Allgemeingefühle (Hunger, falsche Gewöhnung) bedingt sind.

Das orthopädische Sprachheilverfahren.

Von **K. Thielbörger,** Inhaber des Institutes für orthopädisches Sprachheilverfahren in Südende-Berlin.

Die Orthopädie bei Stotternden wurde schon von Dr. Klencke als zur dauernden Heilung des Uebels erforderlich bezeichnet. Aber erst in allerneuester Zeit ist es gelungen, einen brauchbaren Apparat zu konstruieren, der die richtigen statischen Verhältnisse herstellt. Herr Fritz Knoch in Südende hat einen solchen Apparat zum Patent angemeldet. Derselbe besteht in fünf aus einem hornartigen Material hergestellten Rollen von verschiedener Größe, mit einem kleinen Rand, hinter den die Zähne greifen, sowie mit einem Luftloch zum Atmen. Durch diesen Apparat werden mechanisch die zum Sprechen nötigen Mundstellungen erzwungen, wie sie bisher vom Sprachlehrer immer wieder von Neuem gezeigt werden mußten und in der Regel erst nach monatelangem Mühen durchgesetzt werden konnten. Diese Mundstellungen bilden das Fundament für die Heilung des Stotterns. Sie bewirken das Redressement, d. i. die Rückbildung der körperlichen Disposition zum Stottern.

Mit dem Apparat kann der Stotternde, falls er nicht, was in der Regel der Fall ist, sofort dazu im Stande sein sollte, nach wenigen Uebungsstunden Alles herausbringen, auch Worte, die zu sagen ihm früher unmöglich schien. Der Patient gewinnt wieder Selbstvertrauen und gelangt durch fortgesetzte Uebungen allmählich dahin, daß seine Sprachorgane schließlich auch ohne den Apparat richtig zu funktionieren vermögen. Diese Fähigkeit tritt in dem Augenblick ein, in dem die Disposition zum Stottern durch die stattgehabte Rückbildung (Redressement) ausgeglichen ist.

Die Disposition zum Stottern braucht keineswegs, wie Dr. Guttmann kürzlich in einem interessanten Vortrage in der Psychologischen Gesellschaft in Berlin ausführte, vom Stotternden ererbt zu sein, sie kann auch erworben werden. Aber ihr Vorhandensein ist nötig, um das Uebel, das wir „Stottern" nennen, in die Erscheinung treten zu lassen.

Vielfache Versuche der Aerzte, diese Disposition auf operativem Wege zu beeinflussen, konnten zu keinem vollen Resultate führen, weil immer nur Teile der Sprachorgane, z. B. die Zunge, davon betroffen wurden. Der jetzt erfundene orthopädische Sprachheilapparat dagegen beeinflußt die Sprachorgane (Kiefern, Zunge, Gaumen, Kehlkopf) in ihrer Gesamtheit und in ihrem Zusammenwirken. Es ist daher ohne weiteres klar, daß sein Erfolg ein viel umfassenderer sein muß.

Wir empfehlen Allen, die sich für die Heilung des Stotterns interessieren, ein eingehendes Studium dieser neuen Erfindung. Herr Fritz Knoch, Südende, ist, wie er uns mitteilen läßt, gern bereit, die das Verfahren behandelnde Broschüre „Das orthopädische Sprachheilverfahren" Interessenten kostenlos zuzustellen.

Kräuterbäder.

Von Dr. **Zucker.**

Die Haut des menschlichen Körpers ist nicht nur eine äußere Hülle oder Decke, sondern zugleich eine wichtige Vermittlerin des Stoffwechsels. Die moderne Heilkunde trägt heute mehr als je dieser Tatsache Rechnung, indem sie die wohltätige Einwirkung des Wassers und der Luft auf die Haut teils durch die verschiedenartigste Form der Bäder, teils durch die sogenannten Luftbäder berücksichtigt. Das Bad besitzt bekanntlich an und für sich die Eigenschaft, anregend auf die Hautnerven und reinigend auf die Schweißporen zu wirken. Die Hauptfunktion des Nervensystems hängt in erster Linie von den Hautnerven ab. Die letzteren sind nämlich entgegen der allgemeinen Auffassung durchaus nicht nur Gefühlsnerven, sondern haben noch eine ganz andere, viel wichtigere Aufgabe zu erfüllen. Und dies ist die Zuleitung von Anregungen zu dem Zentralnervensystem. Nur zufällig und gewissermaßen nebenbei findet die Gefühlsvermittlung statt, weil eben der kleine Teil des Gehirns, der als Sitz des Gefühls angesehen werden muß, auch einen kleinen Teil dieser Anregung erhält, während der weitaus größere sich auf das übrige Zentralnervensystem verteilt. Eine nicht zu starke Anregung der Hautnerven erhöht den Stoffwechsel und vergrößert den Fond an nervöser Kraft, der jedem Zentralnervensystem eigen und der umso wichtiger ist, als alle Elastizität des Organismus darauf basiert. Die Ursache unseres heutigen nervösen Zeitalters liegt gerade in der Vernachlässigung der Hautpflege. Glücklicherweise hat es seit Jahren nicht an Männern gefehlt, welche auf diesen Uebelstand hingewiesen haben. Es ist geradezu beschämend, wie wenig der gebildete Europäer das ideale Anregungsmittel der Haut, das Bad, benutzt. Beschämend, wenn man an den kleinen Japaner denkt, der täglich sein Bad nimmt und dafür an Ausdauer, Ruhe und Energie dem Europäer als Vorbild dienen muß. Wir brauchen nur einen Blick auf die hochentwickelte Kultur der alten Griechen und Römer zu wenden und staunend sehen wir, in welch hervorragender Weise diese Völker ihr



Bädersystem ausgebildet hatten. Wir sehen bei ihnen sogar die anregende Wirkung der Bäder durch Kräuterabkochungen erhöht und finden den Gebrauch aromatischer Bäder in den Thermen des Diokletian und Caracalla als eine ständige Einrichtung. Es ist deshalb mit Freuden zu begrüßen, daß man neuerdings bei dem Bestreben, die Bäder auch dem Volke zugängig zu machen, nicht dabei vergessen hat, auch die Kräuterbäder aus ihrer unverdienten Versenkung herauszuholen. Diese Kräuterzusätze erhöhen, wie gesagt, die anregende und beruhigende Wirkung des Bades ganz außerordentlich. Leider stand der Bereitung dieser Bäder im Hause das Hindernis entgegen, daß frische, gehaltreiche Kräuter schwer zu beschaffen sind und daß es eines umständlichen Kochprozesses bedarf, um ein wirksames Bad herzustellen. Endlich ist auch dieses Hindernis überwunden. Unter dem Namen Silvana-Essenzen werden von einer Dresdner chemischen Fabrik (Max Elb, Dresden) krystallklare, aromatische Kräuterfluide in den Handel gebracht, welche die uns von der Natur gebotenen Heilkräfte unserer Wald- und Wiesenkräuter in eigenartiger Weise extrahiert und konzentriert enthalten. In diesen Silvana-Essenzen ist gewissermaßen der gesamte Heilschatz der Kräuter und ihr köstliches, natürliches Aroma aufgespeichert. Wenige Essenz genügt, um im Moment durch bloßes Zumischen zum Badewasser sich jedes beliebige herrlich duftende Kräuterbad herzustellen. Einer unserer ersten deutschen Kliniker, Herr Geheimrat Professor Dr. Goldscheider, Direkt. des neuen Virchow-Krankenhauses, Berlin, bekanntlich des größten und neuesten Krankenhauses der ganzen Welt, äußert sich in einer außerordentlich interessanten Abhandlung über Herz-Neurosen und Nervenstörungen in der „Zeitschrift für physikalische und diätetische Therapie" sehr anerkennend über die Wirkung der aromatischen Bäder bei genannten Leiden. Den Beweis aber, daß konsequente Anwendung der Silvana-Bäder, d. h. eine vernünftige Hautpflege, zu größeren Leistungen befähigt, hat der bekannte Forscher Professor Dr. Grießbach erbracht, indem er durch exakte Versuche nachgewiesen hat, daß ein Zusammenhang zwischen geistiger Ermüdung und Hautempfindlichkeit besteht. Je größer die körperliche oder geistige Ermüdung ist, umso empfindlicher hat sich die Haut erwiesen. Professor Dr. Grießbach hat sogar an Schulkindern durch Messungen der Hautempfindlichkeit festgestellt, wieviel Unterricht dieselben bereits am Tage gehabt haben. Gibt es für uns eine eindringlichere Mahnung, unsere Haut so zu pflegen, daß wir uns weder vor den alten Kulturvölkern noch vor den Japanern zu schämen brauchen?

Periodische Literatur.

Zur Antitoxinbehandlung des Tetanus. Urban, Linz a. D. (Münch. med. W. Nr. 8.)

Drei mit Antitoxin der Höchster Farbwerke subkutan behandelte Fälle von Tetanus. Der erste betraf einen kräftigen Mann, der sich eine Fingerverletzung an einer Futterschneidemaschine zuzog; 15 Tage danach stellten sich die ersten Tetanussymptome ein; wegen verspäteter Zusendung des Serums konnte erst nach zwei Tagen die erste Injektion von 20 ccm gemacht werden, der am selben Tage eine gleiche zweite folgen gelassen wurde; eine scheinbare Besserung am andern Morgen veranlaßte zur Vornahme einer dritten Injektion von 20 ccm; bald danach stellte sich eine rapide Verschlimmerung ein, die noch am selben Tage zum Exitus führte. Der zweite Fall betraf eine 31 jährige Frau, die mit seit zwei Tagen bestehendem Starrkrampf, der sich von einem fünf Tage vorher erlittenen Verbrennungsgeschwür aus entwickelt hatte, in Behandlung kam; trotz sofortiger Injektion von 20 ccm Antitoxin Exitus am nächsten Tage. Der dritte Fall betraf ein 13 jähriges Mädchen, das 20 Tage nach einer komplizierten Unterschenkelfraktur am Tetanus erkrankte; trotz mehrmaliger Injektion von Höchster Antitoxin und Anlegung der Staubinde verschlimmerten sich die Krankheitssymptome immer mehr, so daß schließlich auch auf die Amputation, zu der erst die Einwilligung nicht zu erzielen gewesen war, als aussichtslos verzichtet wurde. Versucht wurde schließlich noch die von Cattani und Tizzoni empfohlene Silbernitratbehandlung; zehn Tage nach Ausbruch des Tetanus wurde mit Ausspülungen der Wunde mit 100 g einer 1 proz. Lapislösung begonnen, mit dem Erfolge, daß schon am Tage nach der ersten Spülung eine wesentliche Besserung erzielt war und nach vier Tagen die Tetanussymptome fast völlig geschwunden waren. Diese prompte Wirkung der Lapisbehandlung, trotzdem sie erst am zehnten Tage nach Ausbruch des Tetanus, resp. am dreißigsten nach der Verletzung eingeleitet wurde, zeigt, daß der Tetanusbazillus auf den primären Herd selbst nach so langer Dauer beschränkt bleibt, und daß eine lokale desinfizierende Behandlung der Eingangspforte auch im vorgeschrittenen Stadium wirksam sein kann. Daß das Antitoxin völlig unschädlich sein soll, glaubt Verf. nach diesen seinen Erfahrungen nicht und begreift nicht, wie namhafte Chirurgen eine prophylaktische Verwendung desselben bei jeder schweren Verletzung fordern können.

Bornyval, der Hauptrepräsentant des Baldrians. Wilm, Berlin. (Fortschritte d. Medic. Nr. 2.)

Im Bornyval sind die beiden wirksamsten Substanzen des Baldrianöls, das Borneol und die Baldriansäure, vereinigt; der Körper stellt den Isovaleriansäureester des Borneols dar. Das schwach nach Baldrian riechende und schmeckende Präparat ist im Handel in Form von kleinen Gelatinekapseln mit je 0,25 ccm Inhalt zu haben (Firma Riedel-Berlin). Gemäß der Konzentrierung des eigentlichen Baldrianprinzips und der damit zu erzielenden reineren und exakteren Wirkung erweitert das Bornyval den Indikationskreis des Baldrians. W. hat es versucht bei 33 Fällen verschiedener Formen von Hysterie, Neurasthenie und Neurosen mit im ganzen ausgezeichneten Erfolg. Besonders verweist er auf die günstige Wirkung bei der sexuellen Neurasthenie, bei den nervösen Begleiterscheinungen, die sich so oft bei den geheimen Krankheiten geltend machen. Nervöse Reizbarkeit aus anderen Ursachen, Anaemie, Dysmenorrhoe, Furunkulose besserte sich schnell nach Bornyval. Sehr wertvoll ist es zur leichten Ausschaltung der erregten und angespannten Nerventätigkeit nach unruhiger und angestrengter Tagesarbeit. Die Angst vor den Nachtschweißen bei Phthisikern, die Angst vor der Pollution nach Onanie ließ sich mit Bornyval gut bekämpfen. Weiter erwies es sich von Wert als harmloses Beruhigungsmittel bei Unfallverletzten, als Vorbeugungsmittel gegen die durch die erzwungene Ruhe so oft bedingte Schlaflosigkeit, Erregbarkeit und Grilligkeit. Die bequeme Perlenform kann das Mittel zum ständigen Begleiter machen. Meist empfiehlt es sich, dasselbe während oder nach den Mahlzeiten nehmen zu lassen; um aber besondere suggestive Wirkungen zu erzielen, kann man es auch morgens nüchtern geben und eventuell zerbeißen lassen. Alles in allem erscheint Verf., wie verschiedenartig auch die nervöse Reizbarkeit, die nervöse Erschöpfung sein mag, ob eine Neurasthenie und Hysterie, eine Erregung oder Depression vorliegen mag, das Bornyval als ein funktionelles Nervenmittel unentbehrlichster Art.

Ueber Novaspirin, ein neues Aspirinpräparat. Liebmann, Triest. (Wiener klin. W. Nr. 7.)

Novaspirin hat eine ähnliche Zusammensetzung wie Aspirin, die Methylenzitronensäure tritt an Stelle der Essigsäure, Novaspirin ist also eine Verbindung von Citarin und Aspirin. Es soll speziell in solchen Fällen gegeben werden, wo neben rheumatischen auch gichtische Affektionen bestehen. Bei rheumatischen Affektionen schwinden auf große Gaben dieses Mittels sehr rapide Schwellung und Schmerzen, die antipyretische Wirkung ist gut, es steht dem Aspirin nicht nach und wird ohne die geringsten Magenbeschwerden vertragen. In der diaphoretischen Wirkung steht es hinter anderen Mitteln zurück, was Verf. bei erzielter Wirkung sonst für einen Vorteil hält. Bei neuralgischen Affektionen gewährt das neue Mittel keinen Vorteil vor anderen; nur in einem Fall von Trigeminusneuralgie, der aller sonstigen Behandlung trotzte, hat es vorzügliche Dienste geleistet. Es gilt als Spezifikum gegen Influenza. Bei Herzkrankheiten, Albuminurie, Schwangerschaft und im Kindesalter wurde es lange Zeit, bis 8 g pro die gegeben, gerne genommen und ohne jede schädigende Nebenwirkung gut vertragen.

Bromural, ein harmloses Einschläferungsmittel. Aus der medicin. Klinik Marburg, Dr. Krieger und Dr. v. d. Velden. (Deutsche med. W. Nr. 6.)

Die meisten Schlafmittel erzeugen nicht einen Schlaf im physiologischen Sinne, sondern üben mehr oder minder eine narkotische Wirkung aus; dazu kommt, daß viele Nachwirkungen mit üblen Nebenerscheinungen von seiten des Nervensystems, des Magen-Darmkanals, der Zirkulationsorgane aufweisen, und z. T. tritt außerdem bei einer Anzahl von Patienten noch die Gefahr der Giftigkeit bei längerer Anwendung hinzu. Für zahlreiche Fälle sind harmlosere Ersatzpräparate erwünscht. Ein solches scheint gegeben in dem Bromural (hergestellt von Dr. Saam, von der Firma Knoll-Ludwigshafen in den Handel gebracht). Das Bromural ist ein α-Monobromisovalerianharnstoff von der Formel $(CH_3)_2CH$—CHBr—CONH—$CONH_2$; es besteht aus weißen, schwach bitter schmeckenden Blättchen, die sich in heißem Wasser, Aether, Alkohol, Alkalien leicht, in kaltem Wasser schwer lösen. Das wirksame, beruhigende Prinzip dürfte in der in der Baldriansäure vorhandenen und darin verstärkten Isopropylgruppe zu suchen sein.

Verf. haben 90 Fälle mit dem Präparat behandelt, die meisten drei- bis fünfmal, eine Anzahl mehrere Wochen hindurch. In leichten Fällen genügte eine Dosis von 0,3 g, im Durchschnitt am besten war eine solche von 0,6 g; höhere Dosen zeigten keine bessere Wirkung. Meist trat der Schlaf nach 5—25 Minuten ein. Wahrscheinlich klingt diese Wirkung in drei bis fünf Stunden völlig ab; in den zahlreichen Fällen, in denen der Schlaf über diese Zeit hinaus andauert, ist mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß der natürliche Schlaf sich dem primären, künstlich erzeugten, angeschlossen hat. Bleibt dieser nachfolgende natürliche Schlaf aus, so erreicht man mit einer zweiten Dosis einen gleichen Effekt wie mit der ersten. Bromural versagt in Fällen, wo Schmerzen, Hustenreiz, Angina pectoris, Erregungszustände oder Delirien bestehen. Aus dem Versagen bei diesen Zuständen läßt sich die nur geringe narkotische Wirkung des Präparats schließen. Der durch das Mittel hervorgerufene Schlaf zeigt keine Abweichungen gegen den natürlichen Schlaf. Wo es sich nicht um schwerere peripherisch oder zentral bedingte Schlafstörungen handelt, wird man ohne unangenehme Neben- und Nachwirkungen durch Bromural Beruhigung und Einschläferung herbeiführen können.

Ueber die „Reizwirkung" des Protargols. Aus dem Städt. Krankenhause in Düsseldorf von Dr. Stern. (Deutsche medic. W. Nr. 6.)

Um die von verschiedenen Seiten erhobenen Klagen über Reizwirkungen des Protargols, über Unwirksamkeit bezüglich der definitiven Beseitigung der Gonococcen, über Zunahme der klinischen Erscheinungen und über Häufung von Komplikationen bei Protargolanwendung auf ihre Berechtigung zu prüfen, hat St. mit zehn aus ganz verschiedenen Quellen bezogenen Proben von Protargol Versuche angestellt, indem er die Lösungen stets selbst genau nach Vorschrift herstellte und immer nur ganz frisch benutzte. Behandelt wurden so 55 Männer und 116 Weiber. Zur Verwendung kamen bei den Männern Injektionen mit 1/4 bis 1 prozentigen Lösungen, denen in letzter Zeit solche mit warmem Wasser (37°) vorangeschickt wurden. In 54 der Fälle von Gonorrhoe bei Männern konnte die Behandlung mit Protargol durchgeführt werden, ohne daß es nötig wurde, das Medikament wegen subjektiver Beschwerden des Patienten auszusetzen, wonach also Reizwirkungen wohl ausgeschlossen werden können. Ein vollständiges Verschwinden der Gonococcen wurde nach einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 16,3 Tagen erzielt.

Unter den 116 Fällen weiblicher Gonorrhoe waren fünf Kinder mit Vulvovaginitis gonorrhoica; sie erhielten Injektionen von 2% Lösung in akuten, von 5% im subakuten Stadium; Reizerscheinungen irgend welcher Art wurden nicht beobachtet; bis zum definitiven Verschwinden der Gonococcen vergingen durchschnittlich drei Monate. Bei den Erwachsenen wurde die infizierte Urethra mit 5 bis 10% Protargollösung ausgewischt, wobei vereinzelt Schmerzen auftraten, die aber wohl auf mechanische Reizung zu beziehen waren; Injektionen mit 2% Lösung im subakuten Stadium wurden immer beschwerdelos vertragen. Eingießungen von 10 ccm 2% Lösung bei Mastdarmgonorrhoe ergaben, ohne Beschwerden zu verursachen, recht gute Resultate. Bei Cervicalgonorrhoe wurde die Cervix mit 10% Protargollösung mittels mit Watte armierten Playfairschen Sonden ausgewischt; Reizerscheinungen wurden hierbei nicht beobachtet.

Reizerscheinungen bei Protargolbehandlung dürften danach im wesentlichen auf unrichtig bereitete Lösungen zurückgeführt werden. Die Lösungen müssen „frigide et recenter" hergestellt werden. Darin liegt ein praktischer Nachteil für die Protargolbehandlung in der Privatpraxis. Das Verfahren, daß seitens der Apotheker Stammlösungen vorrätig gehalten werden, ist zu verurteilen; immer soll man dem Rezept die Vorschrift zufügen „frigide et recenter". Dann ist in dem Protargol ein wegen seiner hervorragenden bakteriziden Wirkung vorzügliches Mittel zur Heilung der Gonorrhoe gegeben.

Eine von Dr. Brüning vorgenommene Prüfung der verschiedenen verwandten Protargolproben auf ihre Reinheit ergab, daß das Protargol in seiner Zusammensetzung so gut wie keine Schwankungen aufwies. Licht und Luft üben auf das Protargol, wahrscheinlich durch Sauerstoffaufnahme eine intensive Wirkung aus.

Neuere Arzneimittel.

Lecin. In den Therapeutischen Mitteilungen des Aerztlichen Correspondenzblattes finden wir eine Veröffentlichung von Dr. med. Bieck in Hannover über das Lecin, die wir hier auszugsweise wiedergeben.

Unter dem Namen „Lecin" bringt der städtische Apothekenverwalter Dr. E. Laves in Hannover eine klare wohlschmeckende und neutral reagierende Lösung von Hühnereiweißeisen in den Handel, hergestellt nach patentiertem Verfahren.

Das Präparat besitzt, wie wir uns überzeugt haben, nicht den widerlichen seifigen Beigeschmack, welcher den anderen bekannteren Eiseneiweißlösungen anhaftet; zudem soll es haltbar sein, ohne zu gelatinieren, und, verglichen mit dem offizinellen Liquor ferri album, um die Hälfte eisenreicher.

Im städtischen Krankenhause und in der Stadt Hannover soll Lecin seit mehreren Jahren fast als einziges Eisenpräparat gebraucht werden und (nach Angabe dortiger Kollegen) großen Anklang finden. Die Patienten nehmen Lecin gern und vertragen es gut; sie bekommen sofort guten Appetit, wenn sie es vor der Mahlzeit nehmen.

Es ist leicht verständlich, daß Lecin die Neubildung roter Blutkörperchen so vorzüglich fördert, nachdem experimentell nachgewiesen ist, daß daraus im Magen zunächst unlösliches Eisenalbuminat ausgeschieden wird, und daß die Resorption des Eisens langsam mit der Verdauung des Eiweißes erfolgt. Hierdurch wird auch die üble Nebenwirkung des Eisenoxyds, die Magenwand zu reizen, verhindert: Lecin wird gut vertragen.

Für kleinere Kinder und für Erwachsene, welche Lecin außer dem Hause nehmen (auf der Reise, im Berufe), wird Lecin auch in Tabletten hergestellt, die aufgelutscht werden wie Bonbons.

Guajakol-Kalk-Sirup. Fabrikant: Dr. H. Kopp, Straßburg i. E. Dieses Medikament, das gegen Lungenaffektionen tuberkulöser Art angewendet wird, ist eine Kombination von guajakolsulfosaurem Kalk, chlorhydrophosphorsaurem Kalk und Zimtsäure. Letztere ist in Form des Tolubalsams zugesetzt worden. Kreosot und Guajakol sind in ihren Aetherverbindungen (Carbonsäuren, Sulfosäuren) fast geruch- und geschmacklos und zeigen nicht die Aetzwirkungen, welche den Gebrauch der freien Verbindungen sehr in Frage stellen. Der Guajakol-Kalk-Sirup Dr. Kopps zeichnet sich demnach durch seinen angenehmen Geschmack aus; er wird selbst bei längerem Gebrauche gut vertragen und zeigt keinerlei schädliche Nebenwirkungen. Dies ist das Urteil von Aerzten, die das Medikament zu verordnen Gelegenheit hatten; so schreibt Dr. G. in E.: „Dr. Kopps Guajakol-Kalk-Sirup ist durchweg frei von schädlichen Nebenwirkungen und geeignet, Lungenspitzenkatarrhe günstig zu beeinflussen, indem er Husten und Auswurf mildert und verringert." Man gibt den Kalksirup auch mit Guajarsin, einem arsenhaltigen Guajakol, und zwar dreimal täglich vor dem



Essen einen Kaffeelöffel voll mit etwas Zuckerwasser. Je 100 g *enthalten* 5 g guajakolsulfosauren und 5 g chlorhydrophosphorsauren *Kalk*, 0,5 g Zimtsäure und 0,05 g Guajarsin. Als ein *wesentlicher Vorzug*, der namentlich für Kassenpraxis sehr ins *Gewicht fällt*, ist der billige Preis dieser Guajakolpräparate anzusehen; eine Flasche zu 300 g Inhalt kostet 2,50, eine halbe *Flasche* zu 170 g Inhalt 1,50 Mark.

Regenerol. Die Bestandteile dieses neuen Mittels sind: Salis physiologici 2,5, Natrii citrici effervesc. 0,5 pro Tablette. Unter „physiologischem Salz" ist das Gemenge der im menschlichen Blutserum nachgewiesenen Mineralsalze zu verstehen, also des Chlornatriums, schwefelsauren, kohlensauren und phosphorsauren Natrons, Calcium- und Magnesiumphosphats. Durch entsprechende Dosierung der einzelnen Salze und Zusatz von Natrium citricum effervescens wurde im Regenerol ein Mittel gefunden, das nach den Versuchen von Dr. Josef Piket, Assistent bei Prof. Ritter v. Stoffella (I. med. Abteil. der Wiener allgem. Poliklinik) eine Steigerung der Diurese und so eine raschere Ausfuhr schädlicher Zersetzungsprodukte des Organismus, sowie ein langsames Sinken des pathologisch gesteigerten Blutdrucks zur Folge hat. Indikationen: Arteriosklerose, harnsaure Diathese, Gicht, Oxalurie, Fettherz, Adipositas u. a. Stoffwechselerkrankungen. Dr. Piket faßt seine Erfahrungen in folgenden Schlußsätzen zusammen (vergl. Wiener med. Presse 1907, Nr. 2):

„Regenerol wirkt:

1. Stark diuretisch. Dadurch wird die Ausfuhr von Stoffwechselzersetzungsprodukten außerordentlich erleichtert. Wahrscheinlich ist in diesem Punkte die günstige Beeinflussung bei Cirrhosis hepatis zu suchen.

2. Es erhöht die Blutalkaleszenz und steigert das Lösungsvermögen für harnsaure und oxalsaure Salze, mit anderen Worten ist es ein Neutralisations- und Lösungsmittel; die Harnsäure wird durch dasselbe neutralisiert resp. in leichtlösliche, ausscheidbare Salze übergeführt. Es erfüllt somit die wichtigste Forderung unserer Therapie bei uratischer Diathese.

3. Es führt zum Sinken des pathologisch erhöhten Blutdruckes, woraus sich zweifellos die Linderung subjektiver Beschwerden bei Arteriosklerose erklärt. Dabei wirken nämlich Sulfate in Verbindung mit Alkalien nicht nur laxierend, sondern auch blutdruckvermindernd.

Alle diese Eigenschaften lassen uns im Regenerol eine wichtige Bereicherung unserer therapeutischen Hilfsmittel erkennen, das namentlich berufen erscheint, rechtzeitig angewendet, den verderblichen Folgezuständen zahlreicher Stoffwechselerkrankungen (Arteriosklerose, Gicht, Cirrhosis hepatis u. a. m.) vorzubeugen und sie zu beseitigen."

Patentnachrichten.

Patent-Anmeldungen.

21 g. K. 30760. Einrichtung zur Speisung von Röntgenröhren und anderen mit Stromstößen einer Richtung zu betreibenden Apparaten aus einer Hochspannungswechselstromquelle; Zus. z. Anm. K. 29899. Koch & Sterzel, Dresden. 23. 11. 05.

21 g. P. 19049. Röntgenröhre mit besonderer Antikathode. Polyphos Elektrizitäts-Gesellschaft m. b. H., München. 18. 10. 06.

30d. H. 38947. Künstliches Bein mit Einrichtung zum Feststellen des Unterschenkels gegenüber dem Oberschenkel bei Belastung des Beines. Georg Hessing, Groß-Lichterfelde O., Wilhelmstr. 36a. 12. 10. 06.

30d. M. 28815. Geradehalter mit die Schultern rückwärts ziehenden Schulterbändern. Charles Munter, New York; Vertr.: Wilhelm Wagner, Berlin NW. 6. 23. 12. 05.

30d. N. 8357. Aseptischer Verband; Zus. z. Pat. 128312. Utermöhlen & Co., Fabrik medizinischer Verbandstoffe G. m. b. H., Cöln. 24. 3. 06.

30d. R. 22013. Mit Löchern versehenes Schild für unmittelbar auf den Körper zu legende Druckbinden. Otto Rennert, Bremen, Wilhelmstr. 24. 11. 12. 05.

30f. O. 4896. Atmungsvorrichtung. Ludwig Oppenheim, Frankfurt a. M., Mendelssohnstr. 81. 23. 6. 05.

30k. M. 30170. Vorrichtung zur Erwärmung von zu Scheiden- und dergl. Ausspülungen dienender Spülflüssigkeit durch Zusammenführen derselben mit chemischen Reagenzien. Johann Friedrich Marx, Cöln, Richard Wagnerstr. 38. 13. 7. 06.

49a. Sch. 23475. Selbsttätige Drehbank mit zwei sich gegenüberstehenden Werkzeugen. Adolf Schlesinger, Werdohl. 4. 3. 05.

49b. B. 44898. Feile mit auf einem Grundkörper zu befestigenden Feilenblättern. Bautzner Industriewerk m. b. H., Bautzen. 13. 12. 06.

49b. W. 25080. Vorrichtung zum selbsttätigen Begrenzen des Werkzeugdruckes bei Maschinen zum Lochen, Prägen, Stanzen. Arthur Wilzin, Clichy.

30a. E. 11664. Vorrichtung zur Untersuchung des Mageninnern auf optischem Wege. William Gustav Eckstein, New York. Vertr.: C. Fehlert, G. Loubier, F. Harmsen und A. Büttner, Pat.-Anwälte, Berlin SW. 61. 27. 4. 06.

30h. E. 11039. Verfahren zur Herstellung aromatischer Bäder. Max Elb, G. m. b. H., Dresden. 21. 7. 05.

30i. Sch. 25132. Desinfektionsmittel. Dr. Hans Schneider, Berlin, Pfalzburgerstr. 1. 16. 2. 6.

30k. R. 19191. Spülvorrichtung für enge Körperkanäle. Georg Wilhelm Gerlach, Salzungen. 27. 1. 04.

30k. R. 21388. Betäubungsmaske mit Atmungsbeutel und Tüllen zur Aufnahme zugeschmolzener, die Betäubungsflüssigkeit enthaltender Glasgefäße. Albert Rousseau, Bordeaux. Vertr.: Dr. L. Gottscho, Pat.-Anw., Berlin W. 8. 15. 7. 05.

Patent-Erteilungen.

30a. 184713. Vorrichtung zum Beleuchten von Körperhöhlen unter Ausnutzung der Lichtleitungsfähigkeit von Glas oder gleichwertigem Material. Dr. Leopold Ritter Schrötter von Kristelli, Wien. Vertr.: R. Deißler, Dr. G. Döllner und M. Seiler, Pat.-Anwälte, Berlin SW. 61. 12. 4. 06.

30g. 184820. Gummisauger mit einem auswechselbaren durchbohrten Mundstück zur gleichmäßigen Durchführung der Milch. Carl Karberg, Lübeck, Engelsgrube 72. 19. 12. 05.

30g. 184858. Saugflasche mit auf einen Stutzen aufzusetzender, mit Einschnitten versehener Gummikapsel zur Luftzuführung. Oswald Günther, Kottbus. 20. 12. 05.

30h. 184774. Verfahren zum Isolieren von luft- und feuchtigkeitsempfindlichen medizinischen Substanzen oder Nährstoffen. Eugène Donard und Henri Labbé, Paris. Vertr.: C. Pieper, H. Springmann, Th. Stort und E. Herse, Pat.-Anwälte, Berlin NW. 40. 25. 1. 06.

Für diese Anmeldung ist bei der Prüfung gemäß dem Unionsvertrage vom $\frac{20.\ 3.\ 83}{14.\ 12.\ 00}$ die Priorität auf Grund der Anmeldung in Frankreich vom 25. 1. 05 anerkannt.

30d. 185051. Vorrichtung zum Anzeigen der Harnentleerung bei Kindern und Kranken. Frau Mena Tischler, Wien. Vertr.: Dr. L. Wenghöffer, Pat.-Anw., Berlin SW. 11. 28. 3. 06. T. 11122.

Für diese Anmeldung ist bei der Prüfung gemäß dem Uebereinkommen mit Oesterreich-Ungarn vom 6. 12. 91 die Priorität auf Grund der Anmeldung in Oesterreich vom 18. 11. 04 anerkannt.

Gebrauchsmuster.

30f. 300714. Wechselstromapparat mit Flüssigkeitsstromumformer für medizinische Zwecke. Procordia-Gesellschaft für diagnostische und therapeutische Herzschutz- und verwandte Apparatur m. b. H., Schlachtensee. 21. 1. 07. P. 11962.

30g. 300573. Aus hellem, durchsichtigem Gummi bestehender Sauger. „Vulkan" Gummiwaren-Fabrik Weiß & Bäßler, Leipzig-Lindenau. 17. 1. 07. V. 5561.

30i. 300991. Desinfektionsapparat mit mit ihm vereinigtem Heißwasserkessel. Theodor Lübbecke, Hamburg, Bahnhof Sternschanze. 27. 12. 06. L. 16833.

30k. 300564. Narkosenmaske, deren vor dem Aetherraum angeordnetes Einatmungsventil von einem Heizmantel umgeben ist. Eduard Bildheuser, Aachen, Kleinkölnstr. 23. 8. 1. 07. B. 33161.

30k. 300580. Apparat zum Einziehen von Menthol, bestehend aus einer durch einen mit zwei Röhrchen versehenen Deckel verschlossenen Blechbüchse. Fritz Geiger, Säckingen. 28. 1. 07. G. 16793.

30k. 300595. Schutzrohr für Saugglocken zur Behandlung entzündlicher Erkrankungen. F. und M. Lautenschläger, Berlin. 2. 2. 07. L. 17203.

30c. 301559. Kastrierzange, die ohne zu schneiden, den Samenstrang an einer oder auch mehreren Stellen quetscht, indem der Samenstrang zwischen die übereinandergleitenden Maulteile eingeklemmt wird. Richard Blunk, Wesel. 12. 2. 07. B. 33512.

30d. 301211. Menstruations-Binde mit Kieselguhr-Füllung. Engelhardt Muhs, Kiel, Fleethörn 41/43. 6. 2. 07. M. 23565.

30d. 301816. Verbandhalter, bestehend aus zwei Stoffhälften, welche je mit einem Streifen Heftpflaster verbunden sind. Verbandstoff-Fabrik „Colonia" Dr. Vogt & Dr. Rosiny, Cöln. 28. 1. 07. V. 5583.

30d. 301554. Orthopädisches Stuhlband mit Schulterringen, zum Geradsitzen für Kinder. Arnold Laboschinski, Berlin, Neue Königstr. 5. 12. 2. 07. L. 17251.

30d. 301565. Mit Drahtgerippe versehene Schuheinlage, besonders für Plattfüße. Ludwig Hertzig, Rostock, Marienkirche 5. 13. 2. 07. H. 32407.

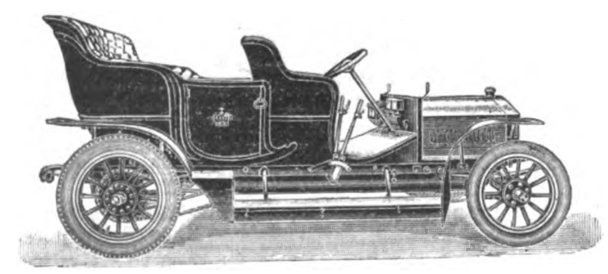
30d. 301567. Höhrrohr mit Befestigungsbügel. Karl Weiß, Braunschweig, Schuhstr. 1. 14. 2. 07. W. 21874.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Köln a. Rh. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von Heynemannsche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.


Prof. Dr. Soxhlet's
Nährpräparate:
Nährzucker u. verbess. Liebigsuppe
in Pulverform in Dosen von 1/2 kg Inh zu 1.50 M.
Nährzucker-Kakao
in Dosen von 1/2 kg Inhalt zu 1.80 M.


Pollantin
D. R.-P. No. 152163
K. K. Oest. Pat. No. 32155
K. Ung. Pat. No. 14563
specifisches Heilserum
gegen
Heufieber
hergestellt
unter Kontrolle des Erfinders Prof. Dr. Dunbar
von Schimmel & Co. Miltitz bei Leipzig
Anwendung äusserlich!
Zu beziehen durch die Apotheken. = Literatur zu Diensten


GEGEN PERTUSSIS
ist DR. Kopp's
Bromo-Thymin
das wirksamste Praeparat
Depot: Dr. Ad. Kopp, Straßburg i. Els.
Proben und Literatur auf Verlangen. — Preis 1,50 M.



Nr. 18. 1907. 1. Juli.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.



Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Der chronische Kopfschmerz und seine Behandlung.

Von **Dr. med. Georg Luda**, dir. Arzt der „Lichtheilanstalt des Westens" in Berlin.

Die Behandlung des chronischen Kopfschmerzes ist eine sehr schwierige und meist undankbare Aufgabe, so äußert sich Strümpell in seinem bekannten Lehrbuche der inneren Medizin. Das Aufblühen und die wissenschaftliche Begründung der physikalischen Heilmethoden haben diese weitverbreitete Ansicht durch ihre Erfolge erschüttert. Die medikamentöse Behandlung, welche in der Regel nur eine symptomatische Bedeutung hat, konnte eben deswegen keine dauernden Erfolge zeitigen. Der chronische Kopfschmerz ist ein Leiden, bei welchem vor der Anwendung symptomatisch wirkender Medikamente direkt gewarnt werden muß, da eine Gewöhnung des Organismus an dieselben, welche zu mißbräuchlicher Benutzung durch die Patienten führt, eintritt, welche ihrerseits wiederum die Chancen auf eine dauernde Heilung verschlechtert.

Als chronischen Kopfschmerz bezeichnen wir eine Erkrankung, welche, ohne daß krankhafte Veränderungen des Gehirns oder bestimmter Nerven vorliegen, sich in gleicher Weise bei blutarmen wie vollblütigen Personen äußert. Der sogen. anaemische Kopfschmerz ist meist nicht sehr heftig, ist drückend und dumpf und hat seinen Sitz meist in Stirn und Schläfe. Man findet ihn bei Personen, welche Zeichen allgemeiner Blutarmut darbieten, an Blässe, Schwindel- und Ohnmachtsanfällen leiden. Charakteristisch für denselben ist, daß er bei längeren Stehen heftiger, im Liegen besser wird.

Der sogen. hyperaemische Kopfschmerz ist pochend, klopfend, der jedesmaligen Pulswelle entsprechend, die Schmerzen werden überall empfunden, besonders stark an den Schläfen und auf dem Scheitel, als ob der Schädel zerspringen will. Das Gesicht ist gerötet, alles, was Blutandrang nach dem Kopf erzeugt, vermehrt die Beschwerden.

Der nervöse Kopfschmerz ist charakterisiert durch dumpfen Druck und das Gefühl, als wenn der Kopf durch einen Reif zusammengepreßt wird.

Den toxischen Kopfschmerz finden wir, abgesehen von Vergiftungen besonders bei chronischen Verdauungsstörungen, bei Verschwellungen der Nase, sowie bei Urämie; er entsteht durch Autointoxikation des Körpers mit Stoffwechselgiften und verschwindet, wenn das Grundleiden behoben wird.

Im folgenden soll nur von den drei ersten Formen als den wichtigsten und am schwersten zu behandelnden die Rede sein.

Suchen wir die Grundursache jeder dieser drei Formen zu ergründen, so finden wir, daß es sich um anormale Blutdruckverhältnisse im Gehirn handelt. Das Schlimmste aber sind die starken Schwankungen des Blutdrucks im Gehirn, welcher je nach dem psychischen Befinden wechselt, bei geringen körperlichen oder geistigen Anstrengungen stark gesteigert, zu anderen Zeiten unter die Norm herabgesetzt ist. Die Folge davon ist gesteigerte Erregbarkeit oder Erschöpfung. Es ist wohl einleuchtend, daß dieser Zustand nur auf ein abnormes Verhalten der blutdruckregulierenden Nerven zurückzuführen ist. Damit ist uns auch der Fingerzeig zu einer rationellen Behandlung gegeben.

Was die Behandlung des nervösen Kopfschmerzes anbetrifft, welcher anaemischer oder hyperaemischer Natur sein kann, so steht die rationelle Wasserbehandlung nach wie vor an der Spitze. Sind Anzeichen vorhanden, daß Hyperaemie im Gehirn die Ursache der angegebenen Beschwerden ist, so weichen dieselben oft sehr schnell den fließenden Fußbädern oder dem kalten beweglichen Fächer auf die unteren Extremitäten, einem fächerartigen Wasserstrahl, wie er in dieser Form auch zum Rasensprengen verwandt wird. Das fließende Fußbad besteht aus einer kleinen ovalen Holzwanne, welche durch einen Gummischlauch mit der Wasserleitung in Verbindung gesetzt wird, so daß das Wasser an dem einen Ende unter starkem Druck einströmt, am anderen durch angebrachte Löcher wieder abfließt. Es ist also hier der Kältereiz mit einem starken mechanischen Reiz durch das fließende Wasser verbunden, welch letzterer noch dadurch erhöht wird, daß der in dem Gefäß stehende Kranke beide Füße kräftig übereinander reibt. Dauer des Bades 3—6 Minuten. Das fließende Fußbad gibt vorzügliche Heilerfolge bei auf Hyperaemie des Gehirns beruhendem Kopfschmerz und Migräne und ist ein so sicher wirkender Heilfaktor, daß, falls nach seiner Anwendung der Kopfschmerz nicht aufhört oder stärker wird, mit Sicherheit anzunehmen ist, daß der Kopfschmerz auf Blutleere des Gehirns infolge nervösen Krampfes der Gehirnblutgefäße beruht. In diesem Falle wird man mit erregenden Umschlägen auf den Kopf oder mit einem warmen Nackenschlauch zum Ziele kommen.

Wir gehen jetzt zur Allgemeinbehandlung über. Dabei ist besonders zu bemerken, daß Neurastheniker starke thermische oder mechanische Reize zu Beginn der Behandlung sehr schlecht vertragen, es ist dies bei der Neigung derselben zu starken Blutdruckschwankungen ohne weiteres erklärlich. Man wähle daher mittlere, dem Indifferenzpunkt nahekommende Temperaturen (24° R) für Bäder, von denen besonders die sogen. Halbbäder in Betracht kommen, bei denen sich nur soviel Wasser in der Wanne befindet, daß es den Leib gerade überspült. Im Bade wird der Patient leicht übergossen und frottiert und reibt sich auch selbst, bis eine entsprechende Reaktion erzielt wird. Es kommt vor, daß diese Prozedur nicht vertragen wird, in diesem Falle ist eine feuchte Ganzpackung von $^1/_2$—$^3/_4$ Stunde mit darauffolgendem Halbbad von guter Wirkung. Die so beliebten kalten Abreibungen oder Abklatschungen sind oft vom Uebel. Die mildeste und angenehmste

Prozedur ist zweifellos das Luftbad. Der Patient kleidet sich schnell aus, frottiert die Haut etwas über dem Hemde, entledigt sich auch des letzteren und bewegt sich dann längere Zeit in einem Zimmer mit guter Luft, wobei er anfangs durch Reiben von Brust, Armen und Beinen etwaigem Frösteln zu begegnen sucht. Dauer anfangs 2—3 Minuten, später länger. Anwendungszeit morgens und abends. Ein ausgezeichnetes und für alle, selbst die empfindlichsten Patienten angenehmes und sicheres Heilmittel stellt das elektrische Bogenlichtbad dar. Vier Bogenlampen mit Reflektor versehen, vor welche blaue Glasscheiben gesetzt werden, die ein mildes, beruhigendes blaues Licht hindurchlassen, befinden sich in einem Kasten, in welchen der Patient sich hineinsetzt. Der Kopf ragt heraus, um den Hals wird durch ein herumgelegtes Handtuch ein Abschluß erzielt. Durch die auf Brust, Rücken und die beiden Seiten fallenden Lichtstrahlen wird die Haut in günstiger Weise angeregt, das Blut nach derselben gezogen und die inneren Organe entlastet, so daß schon bei mäßiger Temperatur Schweißausbruch eintritt. Die Temperatur läßt man am besten nicht über 40—42° R ansteigen. Dauer des Bades 15—25 Minuten. Nach dem Bade Abkühlung in lauwarmem Wannenbade (30° R), welches durch Zuleitung von kühlem Wasser noch weiter abgekühlt werden kann. Darauf folgt ohne Abtrocknung eine trockene, ganz lose Ruhepackung von 20 Minuten. Wöchentlich werden 2—3 Bäder gegeben. Der Erfolg ist ein ausgezeichneter und bei längerer Anwendung, Verordnung zweckmäßiger Lebensweise, regelmäßig zu nehmender Luftbäder, ein dauernder. Die Verordnung von Ganzmassage erweist sich in vielen Fällen ohne Nutzen, in anderen wirkt sie direkt aufregend. Teilmassage, in sanfter Weise ausgeführt, z. B. des Kopfes und des Halses, ist oft von Vorteil, besonders bei dem sogenannten rheumatischen Kopfschmerz, einem Leiden, auf welches die Schweden Henschen, Helleday und Norström zuerst hingewiesen haben und welches in chronischen entzündlichen Veränderungen der Halsmuskeln und der Kopfschwarte seinen Ursprung hat. Galvanisation des Kopfes, von der Stirn zum Nacken oder quer durch den Kopf, wirkt nur symptomatisch, ebenso die elektrostatische Behandlung (Franklinisation); elektromagnetische Behandlung, Suggestion sind ohne Nutzen.

Nierengürtel.

Von Dr. med. **Fackenheim,** prakt. Arzt, Cassel.

Es war mir in der Praxis wiederholt aufgefallen, daß es keinen Apparat gibt, den man Nierenleidenden empfehlen konnte, um sie, da sie nicht andauernd im Bett liegen müssen, vor weiteren Erkrankungen infolge Erkältung zu schützen. Ich konstruierte deshalb folgenden Apparat, dem ich den Namen „Nierengürtel“ gab:

Der Apparat besteht aus einem Gurt aus zweckmäßig elastischem Material, auf welchem verschieb- und feststellbar zwei Gummiblasen angebracht sind. Die Gummiblasen haben eine ovale, nierenförmige Gestalt und können in verschiedener Größe hergestellt werden.

Die Anwendungsweise ist folgende:

Die mit Thermophoresalz gefüllten und verschlossenen Gummiblasen werden in kaltes Wasser gelegt und aufgekocht, oder die Gummiblasen werden mit heißem Wasser, Sand oder dergl. gefüllt, verschlossen, die Blasen dann an dem Gürtel befestigt und dieser an der Vorderseite des Leibes geschlossen, so daß die Blasen in der Nierengegend auf der bloßen Haut oder auf dem Hemd fest anliegen. Der Zweck des Nierengürtels ist eine dauernde Erwärmung der Nierengegend. Die Wärme hält je nach dem Inhalt der Gummiblasen drei bis zwölf Stunden lang an.

Die Wirkung des Nierengürtels ist durch die Wärmeausstrahlung bedingt. Doch hat die Erfahrung gelehrt, daß außer der ursprünglich gewollten Wirkung „des Schutzes der Nierengegend“ noch andere Wirkungen beim Tragen des „Nierengürtels“ eintreten.

1. Im allgemeinen entsteht sofort ein vermehrtes Wärmegefühl im ganzen Körper, verursacht durch einen gesteigerten Blutdruck im Gefäßsystem. Dieses Wärmegefühl kann so stark sein, daß ein richtiger Schweißausbruch erfolgt.

2. Die Zirkulation in der Rückenmuskulatur wird vermehrt und es verschwindet sofort das viele Krankheitszustände begleitende, lästige Symptom der Rückenschmerzen.

3. Die Nierengegend wird stark erwärmt und die Zirkulation in dieser Gegend befördert. Dadurch werden:

a) Die Nieren reichlicher mit arteriellem Blut durchströmt und in ihrer Funktion gekräftigt. Sie vermögen infolgedessen Stoffwechselprodukte: Eiweiß, Zucker, Toxine und Antitoxine, und Fremdkörper: Bazillen, Gries und Zerfallprodukte leichter auszuscheiden, werden aber auch selbst besser ernährt und vor Erkrankungen und Schädigungen geschützt.

b) Das Herz wird entlastet, kann kräftiger arbeiten und überflüssige Wassermengen werden leichter ausgeschieden.

4. Durch die vermehrte Zirkulation in der Nierengegend werden auch das Rückenmark und das Lendenmark und die von ihm ausgehenden Nervenstränge besser ernährt und funktionell gekräftigt. Es wird dadurch das ganze zentrale Nervensystem angeregt und z. B. die Impotenz sehr günstig beeinflußt und je nach der Ursache eventl. geheilt.

Ich habe infolgedessen den Nierengürtel seit einiger Zeit bei verschiedenen Krankheitszuständen angewendet und sehr gute Erfolge erzielt und dieselben sind mir von verschiedenen Kollegen bestätigt worden.

Ich kann daher den Nierengürtel bei folgenden Krankheiten empfehlen:

Akute und chronische Nierenentzündungen, Nierengries, Nierensteine und Kolik, Herzkrankheiten, Tabes dorsalis. Zur Verhütung von Nierenkrankheiten nach Scharlach, Diphtheritis, Typhus und anderen Infektionskrankheiten. Bei Gicht, Rheumatismus, Diabetes, Arteriosklerose und andern Stoffwechselkrankheiten, Impotenz und Rückenschmerzen. Besonders guten Einfluß hat er bei Neurasthenikern und Frauen, die über Rückenschwäche und Rückenschmerzen klagen.

Der Gürtel kann von denjenigen Personen, die ihrem Beruf nachgehen, auch im Bureau, Kontor, auf der Reise und bei jeder anderen Gelegenheit getragen werden, da er auf der Haut fest anliegt und die Figur nicht verunstaltet. Der Nierengürtel ist gesetzlich geschützt, im Inland und Ausland zum Patent angemeldet, und ich habe die Absicht, die Fabrikation und den Vertrieb einer leistungsfähigen Firma zu übergeben.

Aseptische Wochenbettbinde.

D. R. G. M. Nr. 298216.

Von **Dr. E. Rothschuh,** Aachen.

Die Binde soll der Absicht dienen, das „Wickeln“ der Wöchnerin nach der Geburt dem allgemeinen Gebrauch bei Aerzten und Publikum zugänglich zu machen; sie ist daher einfach und billig konstruiert, so daß auch die weniger bemittelten Frauen, bei denen gerade eine stützende Wochenbettbinde zur völligen Wiederherstellung der Gesundheit und der Arbeitskraft am dringendsten von Nöten ist, sie sich beschaffen können oder im schlimmsten Falle sogar selber improvisieren.

Fünf Bindenstreifen sind mit ihrem Rückenteil dachziegelförmig übereinander genäht, während die Seitenzipfel, mit Haken und Oesen versehen, frei bleiben. Die Binde, welche aus weichem, unbegrenzt waschbaren Stoff ohne irgend welche harten Teile, Spangen, Schnallen, Stangen oder dergl. besteht, wird sofort nach Beendigung der Geburt unter die Wöchnerin geschoben, die Streifen werden, unten anfangend, der Reihe nach über dem Leibe fest angezogen und geschlossen und stellen so eine sehr wohltuende Kompression dar, welche täglich der wechselnden Uterusgröße entsprechend verändert wird.

Die dazu gehörigen Schambinden, aus ganz weichem Frottierstoff bestehend, werden auf dem Rücken angeknüpft, mit einem Wattepolster versehen zwischen den Schenkeln durchgezogen



und vorne möglichst hoch oben mit Sicherheitsnadeln an je zwei Bindenstreifen befestigt, damit sie den Druck nach der Tiefe hin vermehren helfen. Es werden jeder Binde zwei Stück beigegeben, damit sie bei Durchtränken sofort ausgekocht werden; bei der Bauchbinde genügt während der ersten acht Tage einmaliges Sterilisieren.

Die Binde wird nur in einer Größe hergestellt, weil sie durch event. Abtrennen eines Streifens resp. Abschneiden der Zipfel für jede Form und Figur sich zustutzen läßt. Sie ist zu beziehen von der Bandagenfabrik Paul Thomas in Aachen.

Milch-Konservierung durch Blaudium.

Bekanntlich haben die Eisenoxydulsalze infolge ihrer starken Affinität zum Sauerstoff die Eigenschaft, sich leicht in Oxydverbindungen zu verwandeln. Besonders rasch geht die Umwandlung vor sich, wenn sich die Salze in Lösung oder in feuchtem Zustande befinden, indem der Sauerstoff der Luft aufgenommen wird. Außer vom Luftsauerstoff kann die oxydierende Wirkung auch von Sauerstoffverbindungen, besonders denen des Stickstoffes, ausgeübt werden. Diese Verhältnisse haben im Laboratorium und in der Technik schon vielfache Verwertung gefunden.

Neuerdings ist vom Apotheker A. Flügge in Hannover ein Verfahren zur Konservierung der Milch durch neutrales kohlensaures Eisenoxydul, sog. Blaudium, zum Patent angemeldet worden. Vielleicht ist auf diese Methode ein Problem gelöst, das schon in der mannigfachsten Weise bearbeitet worden ist, ohne endgültig erledigt zu werden.

Die Herstellung des neutralen kohlensauren Eisenoxyduls geschieht nach einem unter Nr. 178878 patentierten Verfahren und beruht auf der Erkenntnis, daß die Bikarbonate der Alkalien imstande sind, gepulvertes Eisensulfat in konzentrierter Anreibung mit Glyzerin oder Zuckerlösung vollständig in Eisenkarbonat umzusetzen und daneben schwefelsaures Alkali zu bilden — nach der Gleichung: $FeSo_4 + 2\,KHCO_3 = FeCO_3 + K_2SO_4 + H_2O + CO_2$. Das auf diesem Wege gewonnene Ferrokarbonat ist ein grünlichweißes, mikroskopisch feines, geschmackloses Pulver, dem die reduzierende Eigenschaft der Eisenoxydule im höchsten Maße zu eigen ist.

Die Anwendung dieses Eisensalzes zur Milchkonservierung ist sehr einfach. Zu einem Liter frische Milch setzt man drei bis fünf Tropfen Blaudium, rührt um und kocht entweder auf freiem Feuer oder im Wasserbade (Soxhlet) ab. Dabei spielt sich folgender Vorgang ab: Das Blaudium desoxydiert sowohl die in die Milch gemolkene Luft wie auch Sauerstoffverbindungen, Ozon, die zum schnellen Verderben der Milch und zu schädlicher Nebengärung Veranlassung geben können.

$$2\,FeCo_3 + O = Fe_2O_3 + 2\,CO_2.$$

Der natürliche Eisengehalt der Milch, nach König im Durchschnitt 0,029 g Fe_2O_3 im Liter, wird bei der Behandlung mit Blaudium etwas erhöht, indem sich lösliches Eisenalbuminat (Flügge) bildet. Der Ueberschuß des Blaudiums setzt sich als Eisensesquioxyd und Eisenkarbonat ab, wobei es Verunreinigungen der Milch kraft seines hohen spezifischen Gewichtes und seiner äußerst feinen Verteilung mit zu Boden reißt. Von diesem Bodensatze, welcher sich fest ansetzt, kann die Milch nach dem Erkalten in etwa einhalb bis einer Stunde glatt abgezogen werden.

Die mit Blaudium behandelte Milch behält den frischen, süßen Geschmack bester Milch und ist zu allen Zwecken verwendbar. Bewährt sich die Konservierungsmethode in der großen Praxis, so würde man in dem Blaudium ein gutes Prophylaktikum gegen die zahlreichen durch Verabreichung zersetzter Milch, besonders im Sommer, auftretenden Erkrankungen der Kinder, speziell der Säuglinge zu begrüßen haben.

Horlicks Malz-Milch.

In den Jahren 1891 und 1892 erschien in Amerika und England ein neues Nährpräparat auf dem Markte, Horlicks Malted-Milk, welches sich sehr rasch die Anerkennung des ärztlichen wie des Laienpublikums gewann, in den ersten medizinischen Fachzeitschriften vielfache Empfehlung fand und gewissermaßen populär wurde, indem es nicht nur in den meisten Krankenhäusern, besonders den Säuglings- und Kinderheimen Englands und Nordamerikas eingeführt wurde, sondern auch speziell in der neuen Welt sich als ein schmack- und nahrhaftes Erfrischungsgetränk in den Hotels und Restaurants und auch in Familien allgemeine Beachtung errang.

Ueber die Herstellung dieses Nährmittels, das jetzt auch in Deutschland eingeführt wird, lesen wir in der Medical Review, Oktober 1900: „Horlicks Malzmilch wird in der Form eines trocknen Pulvers produziert. Ihre Bestandteile sind Kuhmilch, pasteurisiert und im Vakuum mit den Extrakten des Weizens und des Gerstenmalzes kombiniert. Bei dem Herstellungsprozeß verwandelt die Diastase (Malzferment) die Stärke in Dextrin und macht das Kasein der Milch ungerinnbar.*) Die Verwandlung der Stärke macht die Nahrung assimilierbar und die Verwandlung des Kaseins verhindert ein Erbrechen in der Form von geronnener Milch".

The Lancet rühmt den Geschmack der Malz-Milch als ausgezeichnet, und The Edinbourgh Medical Journal ist voll „hohen Lobes" über ihre „bewundernswürdige" Wirksamkeit. Die Zusammensetzung der Malz-Milch ist gleich der einer auf 4% Wassergehalt eingedampften Frauenmilch, nur ist ein hoher Prozentsatz der Kohlenhydrate ein Extrakt von Getreide und Malz. Einen Vergleich läßt dieses Nährmittel mit der Liebigschen Malzsuppe, modifiziert von Keller, zu, die mit Benutzung des Loefflundschen Malzsuppenextraktes eine ausgedehnte, und wenn indiziert, höchst segensreiche Anwendung in der Therapie der Kinderkrankheiten, speziell gewisser Darmstörungen der Säuglinge (Milchnährschaden, Czerny-Keller) findet, und natürlich auch von Erwachsenen mit Vorteil genossen wird und zwar von Gesunden und Kranken. Für Gesunde und Kranke ist auch die Horlicks Malz-Milch bestimmt. Daß sie während des spanisch-amerikanischen Krieges Regimenter Soldaten ernährte, auch im südafrikanischen Feldzuge ausgiebig zur Verwendung kam, spricht für ihren Wert in der Diätetik der Gesunden. Daß sie geeignet ist, magen- und darmkranken Personen Mahlzeiten zu ersetzen, und in der neuen Welt überhaupt vielfache Verwendung in Krankheitsfällen (Influenza, Anaemie, Neurasthenie, Rekonvaleszenz usw.) gefunden hat, wie wir aus den Berichten der Fachzeitschriften ersehen, dürfte der Malz-Milch ein günstige Aufnahme auch in der alten Welt sichern. Für Kinder im ersten Lebensjahre kommt sie in den Fällen in Betracht, wo unbedingt Konserven angewendet werden müssen; bei der Empfindlichkeit des Säuglingsorganismus gegen Ernährungsstörungen irgend welcher Art ist es allerdings dringend zu empfehlen, auch die Malz-Milch nur unter ärztlicher Kontrolle zu verabreichen. Für ältere Kinder ist diese Kontrolle bis zu einem gewissen Grade entbehrlich. Da die Malz-Milch 22,26% Eiweiß enthält, ist sie in genügender Verdünnung zu genießen, weil eine Eiweißüberfütterung im Sinne der „kräftigen Kost" zu schweren Schädigungen führen kann. Dies ist besonders für Säuglinge und junge Kinder zu beachten. Diesen Verhältnissen wird die Gebrauchsanweisung gerecht durch den sehr richtigen Passus: Das Verhältnis von Malz-Milch zu Wasser hängt von dem Alter und Gesundheitszustand des Kindes ab.

Von den modernen Ernährungsphysiologen und -Therapeuten ist Horlicks Malz-Milch deshalb mit Wohlwollen zu begrüßen, als es wohl das einzige Nährpräparat ist, dessen Produzent nicht das Hauptgewicht auf das Eiweiß gelegt hat. Dieser Satz mag manchem Leser rätselhaft erscheinen, doch ist hier nicht der Ort, den Gedanken weiter zu verfolgen.

Außerdem ist das Präparat verhältnismäßig billig: eine große Flasche von ca. 460 g Inhalt kostet 2,75 M., das Kilo also etwa 6 M.; in größeren Quanten (Krüge von reichlich 5 Pfd.

*) Wie uns die Firma brieflich mitteilt, ist diese letzte Angabe unrichtig, das Kasein gerinnt zwar, aber in so feiner Form wie in der Frauenmilch.



Inhalt) gekauft ist die Malz-Milch noch billiger: ein Kilo kostet dann nur etwa 5 M. Tropon kostet pro Kilo nur 4 M., Eucasin aber 12 M., Cibils Fleischextrakt 8 M., Nutrose 20 M., Puro 25 M.; Somatose gar 48 und Meat juice 83 M. pro Kilo. Berechnet man freilich den Wert eines Präparates nach dem Eiweißgehalt, so rangiert die Malz-Milch (1000 g Eiweiß ca. 24 M.), zwischen Eucasin (1000 g Eiweiß ca. 13 M.) und Cibils Fleischextrakt (1000 g Eiweiß 16,50 M.) einerseits und der Nutrose (1000 g Eiweiß ca 27 M.). Da es aber verkehrt ist, ein Nährpräparat nach seinem Eiweißgehalt abzuschätzen, ist Malz-Milch als ein verhältnismäßig billiges Präparat anzusehen, das nur durch Tropon an Billigkeit übertroffen wird.

Periodische Literatur.

Die Behandlung der Impotenz. Klinischer Vortrag. Von Fürbringer, Berlin. (Deutsche medicinische Wochenschrift Nr. 7, 1907.)

Gegenstand des Themas ist die absolute und relative Impotentia coeundi, die Unmöglichkeit den Beischlaf in normaler Weise bezw. überhaupt auszuüben, sei es, daß eine mechanische Hemmung der Potenz (Mißbildungen, Defekte der Genitalien) oder bei intakten Genitalien eine Impotenz als Teilerscheinung von Allgemeinkrankheiten organischer oder funktioneller Natur oder die idiopathische Form aus unbekannter Ursache vorliegt. Die Behandlung der mechanischen Behinderung des Beischlafs aus Anlaß abnormer Zustände des Membrum virile und seiner Nachbarschaft kann natürlich nur eine chirurgische sein. Bei Potenzstörungen durch Diabetes, Fettsucht, Nephritis, Tabes hat die Therapie im allgemeinen den für diese Krankheiten geltenden Grundsätzen zu folgen. Die besten Erfolge läßt die Obesitas zu; zu warnen ist aber vor einer allzu rigorosen, mit allen Faktoren zugleich einsetzenden, schwächenden Entziehungskur. Der der Impotenz verfallene Diabetiker bietet nicht selten einen auffallend mangelhaften Parallelismus zwischen Intensität und Fortschritt des Grundleidens und der Störung des Geschlechtsvermögens dar; richtige Heilungen sind hier nur in Ausnahmefällen zu erzielen. Noch trüber sieht es mit der Therapie der die Brightsche Krankheit und Schrumpfniere begleitenden Potenzstörung aus. Unberechenbar liegen die Verhältnisse bei der Tabes; am günstigsten lassen sich die Fälle an, in denen Ejakulation und Erektion nach bedenklicher Abnahme von Libido und Orgasmus auffallend lange erhalten bleiben; häufiger allerdings sind die Fälle der Erektionsschwäche bei erhaltenem oder sogar gesteigertem Geschlechtstrieb. Oft ist der mit tief gesunkener Erektionsfähigkeit einhergehende gesteigerte Nisus vor Entwicklung der klassischen Tabessymptome das Vorstadium beherrschend; liegt in solchen frischen Fällen die syphilitische Infektion nur kurze Zeit zurück, so kann Quecksilber im Verein mit Jod ausgesprochene Besserungen zuwege bringen. Wesentliches Interesse beansprucht die Impotenz durch die hier wichtigste Intoxikation, den Morphinismus. Selbst dem Erlöschen der geschlechtlichen Tätigkeit sich nähernde Verminderung der Potenz auf dem Wege der Lähmung der Reflexerregbarkeit oder Gefühlsabstumpfung weichen oft schnellen namhaften Aufbesserungen und selbst richtigen Heilungen mit der Einleitung rationeller Entziehungskuren. Unter der großen Gruppe der nervösen Impotenz beanspruchen die Fälle der psychischen Impotenz, deren ungetrübtes Bild besonders junge Ehemänner, die sich niemals einer Schwächung durch sexuelle Mißwirtschaft schuldig gemacht haben, in der ersten Zeit nach ihrer Verheiratung vorführen, eine psychische Behandlung, sie zählen gleich jenen, bei welchem die begleitenden neurasthenischen Beschwerden nicht tief greifen, bezw. auf die Geschlechtsgegend sich beschränken, zu den glücklichsten Aufgaben für den erfahrenen Arzt, der über die nötige allgemeine psychiatrische Bildung verfügt. Für die Behandlung der impotenten Neurastheniker bildet die Therapie der sexuellen Neurasthenie als solche die Grundstütze. Darunter ist eine mehr oder weniger deutlich sich klinisch abhebende Form der Neuropathie zu verstehen, die meist durch sexuelle Schädlichkeiten herbeigeführt wird, und deren Klinik stets geschlechtliche Störungen darbietet. Dem Kausalitätsprinzip entsprechend, bildet hier die nächste Aufgabe das allgemeine antineurasthenische Heilverfahren, Verbot körperlicher und geistiger Anstrengung, Anordnung einer geregelten Lebensweise, einer reizlosen, kräftigen Kost, Aufenthalt auf dem Lande, im Gebirge, an der See, Reisen, nicht strapaziöse Leibesübungen in frischer Luft. Daneben sind als wichtige Heilfaktoren hydriatische Maßnahmen, elektrische Behandlung und Massage heranzuziehen, aber mit wohl überlegter Individualisierung. Die Impotenz in ihrer atonischen und erethischen Form verträgt kältere Grade der hydriatischen Prozeduren als die krankhaften Pollutionen; vor einer von vornherein rigorosen und brüsken, auf die Genitalien lokalisierten Kälteeinwirkung ist zu warnen; bei großer Erregbarkeit sind laue Vollbäder, eventuell mit Salz und aromatischen Zusätzen am Platze. Die elektrische Behandlung verdient in sachverständiger Hand bei der Impotenz nicht organischen Ursprungs entschieden Vertrauen; bezüglich der Applikationsmethoden sind die einfachsten die besten. Die Massage ist am bekömmlichsten als allgemeine Körpermassage.

Den verhältnismäßig geringsten Nutzen hat F. von der medikamentösen Behandlung gesehen. Injektionen von Poehlschem Spermin haben höchstens wegen der Möglichkeit einer günstigen Beeinflussung der Neurasthenie einigen Wert. Das von großen Erwartungen begleitete Yohimbin ist nur in der tiefen Minderzahl der Fälle von Erektionsschwäche verschiedenen Ursprungs einer annehmbaren Wirkung fähig, ohne unangenehme Nebenerscheinungen zu setzen; und wenn es auch anscheinend in der Tierpraxis mit gutem Erfolg verwandt wird, bei Menschen müssen die Mißerfolge überwiegen. Das mit nicht minderer Reklame propagierte Muiracithin hat F. nur ganz ausnahmsweise einen wahrscheinlich suggestiven Erfolg gebracht, und er rät dringend, die Erwartungen nicht zu hoch zu spannen und über dem Muriacithin die altbewährten Heilfaktoren nicht zu vergessen. Ein Medikament, dessen potenzsteigernde Wirkung außer Zweifel steht, ist der Alkohol. So bedenklich sein Mißbrauch gerade bei den depotenzierenden funktionellen Nervenleiden auch ist, wertvoll erweist sich oft seine Herrschaft durch temporäre Anregung der Libido mit entsprechender Hebung der Erektionsfähigkeit. Nicht zu vernachlässigen sind die mechanischen Apparate zur Behebung der Impotenz, so weit sie einer rationellen Therapie entsprechen, d. h. besonders, in den in der Richtung der paralytischen Form sich bewegenden Fällen. Zu erwähnen sind der Gassensche „Erektor“ unter der Form einer elastischen Metallserpentine, der billigere Gersonsche Apparat, eine elastische mit Zinkpflaster bestrichene Binde.

Was die spezialistische Lokaltherapie betrifft, so steht F. auf dem Standpunkt, daß Harnröhrenstrikturen und chronische Gonorrhoe nicht als Vollursache schwerer Potenzstörungen gelten können; bei aller Hochachtung einer rationellen örtlichen antigonorrhoischen Therapie gegenüber Trägern eines robusten Nervensystems glaubt er eine schablonenhafte einseitige, systematische, irritierende Behandlung der Harnröhre verurteilen zu müssen, wo reizbare Nervenschwäche konkurriert und diese eine selbständige Stellung gewonnen hat. Der Nutzen einer milden örtlichen Therapie ist selbst bei intakter Harnröhre nicht von der Hand zu weisen (vorsichtige Bougiekur, Winternitzscher „Psychrophor“, Arzpergerscher und Felekischer Kühlapparat).

Allgemeine roborierende Gesundheitspflege spielt neben allem eine wichtige Rolle, besonders Leibesübungen in frischer Luft, Radfahren etc. Praktisch wichtige Momente bieten die Fragen nach der Gestaltung, bezw. therapeutischen Wirksamkeit der Ehe und der Bewertung des Entgegenkommens der Gattin beim geschlechtlichen Akt. Die erstere ist oft schwer zu entscheiden; den Geschlechtsschwächling einem üppigen Weibe zuzuführen, ist ebenso verkehrt, wie die keusche Frau dem ausgedienten Wüstling preiszugeben; bei Sexualneurasthenikern mäßigen Grades kommt die gesunkene Potenz oft genug in glücklicher Ehe zur Blüte. Prüderie und Ungeschick der Lebensgefährtinnen verhindern oft bei geschlechtsschwachen Männern die Ausnutzung der noch bestehenden sexuellen Kraft; da erweist sich nicht selten die taktvolle Unterweisung der Frau im Entgegenkommen durch den beratenden Praktiker von hohem Wert.

Quecksilber-Velopural, ein neues Inunktionspräparat. Bebert (aus Dr. Josephs Poliklinik für Hautkrankheiten, Berlin). (Fortschritte der Medicin Nr. 3.)

Wenn auch mit den Quecksilberseifen bezüglich der Unsauber-



keit und Hautreizung ein wesentlicher Fortschritt erzielt worden ist, so geschieht dies doch zum Teil auf Kosten der Vollkommenheit der Ausnutzung des Mittels; wenn nämlich nicht genügend Wasser im Verlauf der Inunktion zugesetzt wird, springt Quecksilber in kleinen Kügelchen aus der trockenen Seife und geht für die Kur verloren. Diesen den alten Quecksilberseifen anhaftenden Fehler unter gleichzeitiger Beibehaltung der alten Vorzüge sucht ein neues vom Apotheker J. Cohn-Berlin hergestelltes und Quecksilber-Velopural bezeichnetes Präparat, zu vermeiden. Es wird hier das in der üblichen Weise mit Lanolinum anhydricum extinguierte Quecksilber im Verhältnis 1:2 der als Velopural bezeichneten Grundlage zugesetzt. Diese ist eine Seife, die unter Zusatz von Olivenöl zu einer homologen Salbenmasse verarbeitet wird; man kann also das Velopural ebenso richtig eine Seife nennen, die sich als Salbe verwenden läßt, als auch eine Salbe, die sich verseifen läßt. Dank der Eigenschaft als unguentum kann man das Velopural zunächst trocken auf die Haut bringen und daselbst verteilen, ohne daß Quecksilberkügelchen herabfallen; wenn es sich nur noch schwer verteilen läßt — nach einigen Minuten —, kann man es dann dank seiner Eigenschaft als Seife unter wiederholtem Zusatz von heißem Wasser verseifen. Der Erfolg ist der, daß alles in dem Präparat enthaltene Quecksilber ohne Verlust inungiert wird, während nur ein matter grauer Schimmer auf der sonst normalen Haut zurückbleibt. Die praktische Erprobung wurde an zehn Patienten mit den verschiedensten Krankheitserscheinungen (maculo-papulöse, papulöse, ulceröse Syphilide, cerebrale Erscheinungen u. a. m.) vorgenommen mit dem Erfolg, daß bei allen die Krankheitserscheinungen durch 30 bis 40 Innunktionen zum Schwinden gebracht wurden, wobei nur bei zweien eine kürzere Unterbrechung durch eine Stomatitis notwendig wurde, und mehrere, die schon früher Schmierkuren mit Quecksilbersalben durchgemacht, die Annehmlichkeit der neuen Schmierkur gegenüber der alten hervorgehoben. Der Grad der Verreibung des Quecksilbers in dem Mittel vor der Anwendung und der durch die Inunktion erzielten weiteren Verreibung, wovon nach Kromayer die Wirksamkeit eines Inunktionsmittels abhängen soll, wurde mikroskopisch durch Feststellung der Größe der Quecksilberkügelchen kontrolliert und gegenüber der offizinellen Quecksilbersalbe keinerlei Unterschied gefunden. Danach bietet das Quecksilber-Velopural ein Inunktionsmittel dar, das, ohne einem der andern in Gebrauch befindlichen Inunktionsmittel an Wirksamkeit nachzustehen, gegen die meisten derselben wesentliche Vorteile bietet.

Neuere Arzneimittel.

Pädotheon Schoder ist der gesetzlich geschützte Name eines von der Firma Gustav Schoder, Fabrik medizinisch-diätetischer Präparate in Feuerbach-Stuttgart, in den Handel gebrachten Nähr- und Kräftigungspräparates, das, nach einem besonderen Verfahren hergestellt, die Eigenschaften des Malzextraktes und des Haematogens vereinigt. Die zahlreichen Gutachten von Aerzten, die mit diesem Präparat in der Praxis wie in Anstalten Versuche angestellt haben, haben etwa den Inhalt, daß das Pädotheon Schoder von sehr angenehmem Geschmacke ist, daß es mit Vorliebe von Kindern und von bezüglich Geschmacksreizen sehr empfindlichen Erwachsenen genommen wird, daß es günstig auf die Verdauung einwirkt, die Blutbildung unterstützt, besonders gute Erfolge bei angeborenen, konstitutionellen Schwächezuständen der Kinder wie der Erwachsenen erzielen läßt und wegen seiner hustenmildernden und lösenden Eigenschaft auf chronische und akute Erkrankungen der Atmungswege eine günstige Wirkung entfaltet. Daß das in dem Präparat enthaltene Eisen in Form des Haemoglobins dargeboten wird, in einer Bindung also, in der es trotz der merkwürdigen Arbeit von Laspeyres in Bonn (Med. Klin. 1907 Nr. 21) am besten resorbiert und assimiliert wird (Cloetta, Siegert u.a.), ist ein besonderer Vorzug dieses Roborans.

Patentnachrichten.

Patent-Erteilungen.

30f. 184980. Badewanne mit zur Ausführung leiblicher Uebungen beim Baden dienenden, unter der Wirkung einer Gegenkraft stehenden Zugmitteln. Johann Löber, Solingen, Schützenstr. 39. 21. 1. 06. L. 22101.

30h. 185031. Verfahren zur Herstellung von zu Immunisierungszwecken geeigneten Lösungen von Bakteriengiften. Dr. Peter Bergell, Barbarossastraße 30, und Dr. Fritz Meyer, Corneliusstr. 1, Berlin. 18. 2. 05. B. 39249.

30a. 185155. Operationswerkzeug mit Luft- oder Flüssigkeitspolster. Dr. Louis Wullstein, Halle a. S., Kruckenbergstr. 26. 24. 4. 06. W. 25635

30f. 185228. Massierapparat mit kreisförmig sich bewegendem Massierorgan. George Wells Fitz, Boston, Mass., V. St. A. Vertr.: F. C. Glaser, L. Glaser, O. Hering und E. Peitz, Pat.-Anwälte, Berlin SW. 68. 9. 7. 05. F. 20397.

30f. 185229. Vorrichtung zum Strecken des menschlichen Körpers mit Hilfe des Körpergewichts. Dr. Max Koehler, Hohenlohehütte O.-Schl. 18. 4. 06. K. 31843.

30f. 185378. Vorrichtung zur Erzeugung von Vibrationen des Trommelfelles oder anderer Körperteile. Emil Loest, Barmen. 13. 7. 06. L. 22910.

30g. 185230. Verschluß für Kapillarröhren mit unebener Bodenfläche Société Chimique des Usines du Rhône, anct. Gilliard, P. Monnet & Cartier. St. Fons b. Lyon. Vertr.: C. Fehlert, G. Loubier, Fr. Harmsen und A. Büttner, Pat.-Anwälte, Berlin SW. 61. 6. 1. 06. S. 22117.

30g. 185329. Verfahren und Vorrichtung zum Füllen von Röhrchen mit Lymphe oder anderen Flüssigkeiten. Alan Baldrey Green, Bedfordshire, und Allen und Hamburys Ltd., London. Vertr.: P. Müller, Pat.-Anw., Berlin SW. 61. 8. 7. 06. G. 23291.

Für diese Anmeldung ist bei der Prüfung gemäß dem Unionsvertrage vom $\frac{20. 3. 83}{14. 12. 00}$ die Priorität auf Grund der Anmeldung in Großbritannien vom 14. 7. 05 anerkannt.

30h. 185156. Lösliche antiseptische Stäbchen. Dr. Kurt Trappe, Leipzig-Eutritzsch, Delitzscherstraße 74, und Alfred Kreidner, Leipzig-Reudnitz, Josefinenstr. 20. 15. 4. 05. K. 29382.

30h. 185330. Verfahren zur Herstellung mit Sandelholzöl und mit Copaivabalsam klar mischbarer Kawawurzelextrakte. J. D. Riedel, Akt.-Ges., Berlin. 24. 2. 06. R. 22366.

30i. 185331. Verfahren zur Entwicklung von Sauerstoff zu Desinfektions-, Bleich- und Heilzwecken. Dr. Leopold Sarason, Hirschgarten bei Berlin. 19. 12. 05. C. 14190.

30d. 185377. Gebärmutterhalter. Otto Hüller, Berlin, Stromstr. 55. 15. 2. 05. H. 34709.

30e. 185227. Tragbare zum Befördern von Verletzten und Kranken in schräger Lage. Dr. Johann Philipp, Oberleutensdorf in Böhmen. Vertr.: Dr. W. Brückmann, Rechtsanwalt, Berlin SW. 6. 3. 7. 06. P. 18684.

30d. 185499. Bruchband mit an den vorderen Enden des Leibgurts sitzenden Pelotten. Karl Tiesel, Wien; Vertr.: A. Rohrbach und W. Bindewald, Pat.-Anwälte, Erfurt. 5. 11. 04. T. 9982.

Gebrauchsmuster.

30e. 301221. Kissen aus Schwammgummi. Vereinigte Gummiwaren-Fabriken Harburg-Wien vorm. Menier. J. N. Reithoffer, Harburg a. E. 8. 2. 07. V. 5606.

30f. 301297. Massiergerät mit hohlem, durchlöchertem Körper und Kolben, welches beim Reiben Fett odgl. abgibt. Paula Nicolai geb. Müller, Dresden, Nürnbergerstr. 17. 12. 11. 06. N. 6494.

30f. 301298. Haube aus luftigem Roßhaargewebe zum Niederhalten der Haare beim Massieren usw. der Kopfhaut. Paula Nicolai geb. Müller, Dresden, Nürnbergerstr. 17. 12. 11. 06. N. 6495.

30f. 301299. Frottiergerät mit auswechselbarem Stoffläppchen. Paula Nicolai geb. Müller, Dresden, Nürnbergerstr. 17. 12. 11. 06. N. 6499.

30f. 301404. Aus Glas bestehende Vorrichtung zur Stärkung und zur Bestimmung der Aufnahmefähigkeit der Lunge an Luft in Maßeinheiten. Robert Gasch, Berlin, Mulackstr. 1/2. 9. 2. 07. G. 16861.

30f. 301491. Gestell zur Aufnahme der Kohlensäureflasche nebst Armatur und Mischvorrichtung zur Bereitung von Kohlensäure-Bädern. Emil Arthur Schneider, Berlin, Kommandantenstr. 44/44a. 30. 6. 06 Sch. 28518.

30g. 301545. Fläschchen mit Stopfen und aufsetzbarer, hermetisch abschließender Metallkappe, zur Aufnahme leicht flüchtiger Flüssigkeiten. Fritz Beier, Berlin, Neue Winterfeldtstr. 42. 9. 2. 07. B. 33463.

30g. 301556. Tropfzählerglas mit eingeschliffenem Deckelstopfen, bei dem der Tropfschnabel an einer abgeflachten Seite der Stopfenplatte angesetzt ist. Hubert Henn, Berlin, Schönhauserallee 44. 12. 2. 07. H. 32395.

30h. 301651. Aus getrennten Schichten bestehende Tabletten für Kohlensäurebäder. Fritz Harnisch, Berlin, Potsdamerstr. 22. 8. 1. 07. H. 32057.

30h. 301652. Tablette für Kohlensäurebäder. Fritz Harnisch, Berlin, Potsdamerstr. 22. 8. 1. 07. H. 32057.

30k. 301194. Aseptischer Oelzerstäuber mit aufgesteckter Zerstäubungsröhre. Julius Lieberg und Heinrich Lieberg, Cassel, Mosenthalstr. 4. 26. 1. 07. L. 17165.

45g. 301164. Milchprüfungsfilter mit aus der Filterfläche ausgesparten Sektor. Dr. Georg Bender und Dr. Max Hobein, München, Gabelsbergerstraße 76a. 5. 11. 06. B. 32586.

45h. 301328. Hornschere. Akt.-Ges. für Feinmechanik vorm. Jetter & Scheerer, Tuttlingen. 5. 2. 07. A. 9882.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Köln a. Rh. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von [illegible]

Nr. 19. 1907. 8. Juli.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.



Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Kurmilch und Milchkuren.

Originalbeitrag von Dr. **A. Kühner**, Coburg.

Milchkuren, der systematische, methodische, regelmäßige, ausschließliche oder vorwiegende Gebrauch der Milch zu Heilzwecken, waren schon den ältesten Aerzten bekannt. Die Milch bietet ein ebenso leicht verdauliches, als für den Stoffersatz ausreichendes, in verschiedenen Formen und Mischungen zu nehmendes Nahrungsmittel, das zu jeder Zeit, in jeder Familie, in der Großstadt sowie auf dem Lande zur Verfügung steht, so daß bei zahlreichen Erkrankungen unter allen Diätkuren die Milch den Vorzug verdient. Kasein und Albumin decken den Stickstoffbedarf, Butter und Milchzucker das Nährbedürfnis an Kohlenhydraten; der zur Gärung stets bereite Milchzucker leitet die verschiedensten chemischen Umwandlungen ein, Salze, Erden, zumeist auch Eisen, lassen sich in einer zur Entwickelung des Organismus hinreichenden Menge zuführen und dies Alles in leicht löslicher oder gelöster Form. Unter allen Diätkuren ist daher unstreitig die Milchkur, vorausgesetzt eine reine Beschaffenheit der Milch, eine geeignete Form der Darreichung, Annehmlichkeit, Bekömmlichkeit des Genusses, Ausdauer und Konsequenz der Verabreichung, die wirksamste. Schwierigkeiten und Bedenken involviert eine Milchkur in Bezug auf das Material, die Kurmilch. In Bezug auf deren zweckmäßige Auswahl stellt sich die Milchkur bei der Landbevölkerung im allgemeinen günstiger als in der Großstadt. Von den Wurzeln im landwirtschaftlichen Betrieb, von Feld, Acker und Wiese bis in den Mund des Kindes oder Erwachsenen als Konsumenten führt ein langer, viel verschlungener Weg, auf welchem die Milch je nach Art der Dungmittel, je nach Fütterung, Haltung, Wartung, Pflege, Alter, Individualität, Gesundheitszustand der Nutztiere, je nach der Reinlichkeit des Warte- und Stallpersonals, deren Bildungsstand und Fertigkeit, je nach wissentlich oder unwissentlich, selbst gewissenlos hervorgebrachten Veränderungen ihrer Quantität oder Qualität, je nach Transport und Aufbewahrung so vielseitige und durchgreifende Veränderungen erfahren kann, daß von diesen der Erfolg einer Milchkur wesentlich abhängig ist. Gerade die Kuhmilch, welche gewöhnlich als Kurmilch benutzt wird, bedingt, frisch gemolken, Gefahren der Infektion und erleidet im gekochten Zustand Einbuße an Wohlgeschmack und Nährkraft; dabei läßt sich in sehr vielen Fällen nicht bestimmen, ob die Wässerigkeit der Milch durch künstlichen Wasserzusatz oder durch schlechte, übermäßig wässerige Fütterung verursacht ist. Dagegen pflegt die Ziege wässeriges Futter hartnäckig abzulehnen, ihre Milch ist dadurch gleichmäßiger und nahrhafter, sie kann ohne Gefahr roh getrunken werden, ist aber der Träger von einem nicht Jedermann zusagenden Aroma, an dessen Genuß sich freilich Kinder und Erwachsene schnell gewöhnen. Auch ist es bei der Art der Defäkation des Tieres und bei seiner Schwanzbildung viel leichter, die Milch reinlich zu erhalten, als bei der Kuh. Gewohnheitsgemäß greift man bei der Wahl der Kurmilch doch zur Kuhmilch. Diese ist aber in der großen Mehrzahl der Fälle schon wegen ihrer Quelle sehr ungeeignet zum kurgemäßen Gebrauch, weil infolge schmutziger Milchwirtschaften und ihrer Behandlungsweise von Bakterien übersät. „Oft ist alles schmutzig und verkehrt: die Umgebung als Ganzes, der Stall, die Streu, die Kühe, die Melker, die Geräte, die Wasserversorgung und jeder Vorgang von der Kuh zur Milchkanne. Wo alles unreinlich und Nachlässigkeit im Hantieren die Regel, ist vorauszusetzen, daß das Produkt unrein und zweckwidrig“*). Ungemein leidet zudem überall die Milch auf dem Transport, indem die Milchkannen im Sommer auf Bahnhöfen oder in der Eisenbahn oft stundenlang der stärksten Sommerhitze ausgesetzt sind. Auch durch die Aufbewahrung und selbst im Hause erfährt die Milch noch eine Verschlechterung und Verunreinigung. Ueberall, wohin wir blicken, fließen die Quellen zur lauteren und unlauteren Beschaffenheit der Milch, deren gesundheitsfördernden, Krankheit erregenden, verhütenden und heilenden Eigenschaften und Wirkungen so reich, daß der Arzt, insoweit nicht die Gesetzgebung Garantieen bietet für die Beschaffung reiner, unverfälschter Milch, oft die größten Schwierigkeiten findet. bei der Kontrolle jener Quellen einer lauteren Beschaffenheit der Milch. Was aber die Werkzeuge dem Handwerker, die Instrumente dem Künstler, die Waffen dem Krieger, das ist eine gute, einwandfreie Milch für den Kranken und Arzt bei der Durchführung einer Milchkur.

Das Ideal der Kuhmilchgewinnung ist Keimfreiheit nach den Prinzipien der chirurgischen Aseptik — aseptische Milch. Zu diesem Zweck werden gegenwärtig in großen Milchkuranstalten nach ungemein umständlichen und kostspieligen Verfahren die Kühe nach vollständiger Befreiung von Kotteilen, Staub und losen Haaren im Innern besonders abgeschlossener aseptisch gehaltener Melkräume unter einem äußerst sauberen Betrieb gemolken. Neben peinlichster Sauberhaltung der zur Aufnahme der Milch bestimmten Gefäße werden geeignete Vorrichtungen beschafft, um die Milch sofort nach dem Melken schnell und genügend tief abzukühlen. Auf diese Weise wird eine aseptische Rohmilch erzielt, die allen hygienischen Anforderungen genügt. Die Tatsache, daß die polizeiliche Kontrolle, vorausgesetzt, daß sie geschickt ge-

*) Wörtlich nach: Infantile Mortality and its principal cause dirty milk. By Charles Harrington MD. Prof. of Hygiene. The American Journal of the Medical Sciences. Im allgemeinen nicht nur für amerikanische, sondern auch für deutsche Verhältnisse gültig, wenngleich ich betone, daß ich auch in Deutschland Musteranstalten zur Beschaffung reiner Milch besichtigt habe. In England sind die Zustände infolge des amtlichen Schlendrians (red tape) noch schlechter als in Amerika. Die Milch z. B in London wird aus weiter Entfernung hergebracht, unterliegt keiner Kontrolle von seiten einer Behörde und auch an der Stelle der Produktion sind die Lokalbehörden ohne Macht.

handhabt wird, zwar die physikalischen und chemischen Eigenschaften der Milch überwacht, keineswegs aber allenthalben genügende Garantieen bietet für eine genügende Stallhygiene einer aseptischen Milch, legt den Aerzte-Vereinen, Sanatorien und soweit als angängig dem praktischen Arzt die Verpflichtung auf, bei Vornahme von Milchkuren reine aseptische Milch zu beschaffen. Nach eingehendem Studium der Literatur*), nach zahlreichen Besichtigungen kleinerer und größerer Betriebe von Milchwirtschaften glaube ich, zur Gewinnung einwandfreier Kurmilch die Befolgung von 25 Milchregeln, ausgearbeitet von kompetenten Sachverständigen unter Mitwirkung namhafter Kliniker und Aerzte der Praxis und durchgeführt in den Musterstallungen der Deutschen Milchwerke in Zwingenberg (Hessen). als Grundlage empfehlen zu können**). Es ist Sache der Aerzte-Vereine, Sanatorien u. s. f., mit Milchwirtschaften Abkommen zu treffen, daß eventuell unter Zuziehung von einem Veterinär Garantieen geboten werden für Beschaffung einer einwandfreien Milch nach jenen Prinzipien.

Ist aseptische, einwandfreie Kurmilch beschafft worden, so ist zur Durchführung einer Milchkur noch einigen Voraussetzungen zu entsprechen. Was die Verdauung der Milch anlangt, so gerinnt dieselbe je nach dem Säuregehalt des Magensaftes mehr oder weniger schnell im Magen. Letzterer ist nun ein ebenso kurioser Gast als die Zunge und als der Darm des Menschen. Der eine will und verträgt gar keine Milch, der eine besser warme. d. h. gekochte, der zweite kuhwarme, der dritte kalte. der vierte abgerahmte. der fünfte mit gleichen Teilen Wasser verdünnte, der sechste mit Zusatz von Reis. Gries, Haferschleim oder in Form von Milchsuppe mit Weizenmehl, Maismehl (Polenta). geriebenem Brot. der siebente nimmt lieber Ziegenmilch als Kuhmilch, der achte will lieber einen Milchbrei mit Kartoffeln, der neunte zieht dicke (saure) Milch oder Buttermilch allen anderen Sorten vor u. s. f.

Für die Milchkuren Erwachsener gelten folgende Regeln: 1. Man beginne mit kleinen, oftmals täglich wiederholten Gaben. Man lasse, weil solches leichter zu vertragen. die Milch nicht trinken, sondern mit dem Löffel essen. 2. Bei ganz schwachem Magen verdünne man die Milch mit Wasser oder einem aromatischen Getränk oder mit einem passenden Mineralwasser oder entrahme sie. 3. Viele Erwachsene vertragen die Milch besser mit Zusätzen von Brot, Semmeln, Zwieback und dergl. oder Zusatz von etwas Kognak. 4. Länger als zwei bis vier Wochen setzen wenige eine „reine" Milchkur, auch mit Brot und dergl. durch. 5. Man steigere die Milchmenge allmählich, aber bald in wenigen Tagen zur Tagesgabe, wenn sie vertragen wird. 6. Der Uebergang von der Milchdiät zur gewohnten oder gemischten Ernährung muß allmählich erfolgen. Käse und Eier eignen sich am besten zuerst, von Getränken der Thee. Später kommen Fleisch, namentlich die sogen. weißen Sorten an die Reihe. Gekochtes und reifes gutes Obst und im Wasser abgekochte Gemüse, Kartoffelbrei, Pflanzennahrung paßt eher zur Milch als tierische.

Vorausschicken will ich über Vornahme der Milchkuren im allgemeinen, daß, wie ich nach eigenen Erfahrungen bestätigen kann, für die Entscheidung der Frage, ob überhaupt eine Milchkur günstige Erfolge verspricht, sowie im weiteren für die Entscheidung, welche Art der Anwendung vorzuziehen, die instinktiven Eingebungen des Kranken maßgebend sind. Eine Milchkur wird nur tuto und cito wirken, wenn sie jucunde dem Kranken entgegenkommt.

Manchen ist die Milchkur zu naturell. Der Mensch und namentlich der Kranke unterschätzt das Nächstliegende; das Fremdartige hat mehr Anziehungskraft und erweckt die Erwartung einer wunderbaren Heilwirkung. Für solche ziehe ich eine Kur mit Kumys, Kefir vor. In neuester Zeit habe ich mehrfach mit günstigem Erfolg den durch die bulgarische Maja aus der Milch gewonnenen Yoghurt*) verwendet, eine Dickmilch besonderer Art, welche durch die künstliche Spaltung und Auflösung der Eiweißkörper der Tiermilch für die Verdauung schon vorbereitet ist, deshalb vom schwächlichsten menschlichen Magen gut vertragen wird und in sehr großen Mengen, ohne auch nur die geringsten Beschwerden zu erzeugen, genossen werden kann.

Was nun die speziellen Milchkuren betrifft, so ist der Name Kavall innig an die Bedeutung derselben geknüpft. Kein Geringerer als Winternitz macht indeß neuererdings darauf aufmerksam, daß der von Dr. Philipp Kavall, Leibarzt des Kaisers Nikolaus von Rußland, vor 40 Jahren in den Archives générales nach einem in der Gesellschaft in St. Petersburg gehaltenen Vortrag erschienene Artikel über Milchkuren ganz in Vergessenheit geraten ist und daß strenge Milchkuren außer von Kavall fast niemals, jedenfalls nicht ausdauernd und methodisch genug durchgeführt worden sind. Winternitz gibt daher in wortgetreuer Uebersetzung den betreffenden Artikel wieder, welchem wir nur Einiges im nachstehenden entnehmen**). Die Milchkur kann als das wichtigste Heilmittel bei folgenden Erkrankungen gelten: Blutarmut, Bleichsucht bis zur Hydraemie, Hydrops jeder Art, Asthma als Folge von Emphysem und Lungenkatarrh, Lebererkrankungen (einfache Hypertrophie, Fettleber), Ernährungsstörungen als Folge von Magen- und Darmkatarrhen, perverse Innervation, welche die Form von Neurasthenie, Hysterie oder Hypochondrie angenommen haben, hartnäckige Dyspepsie, insofern sie nicht von anatomischen Störungen, Magengeschwür, Magenkrebs, sondern von Blut- und Säfteentmischungen abhängig, ferner katarrhalische, rheumatische, gichtische Affektionen. Je mehr die Ursache des Leidens in den Verdauungsorganen lokalisiert ist, desto mehr paßt die Milchkur; Heilung oder wenigstens Besserung wurde erzielt bei chronischen Reizungen der Mundhöhle. des Rachens, der Speiseröhre, selbst bei Magengeschwüren. Solche gastrische Beschwerden bilden den größeren Teil der 200 zitierten Fälle.

Fragen wir, welchem der Bestandteile der Milch die Heilkraft zuzuschreiben ist, dem Kaseïn, dem Milchzucker, den Salzen, Fetten oder der besonderen Mischung dieser Elemente? ob der tonischen, resorbierenden, diuretischen, diaphoretischen Wirkung? so ist diese Frage nicht exakt zu beantworten. Um die Wirkung der Milchkur ganz zu verstehen, ist deren Bedeutung für Gesunde hervorzuheben. Es ist zweifellos, daß, wenn ein Mensch statt der gewöhnlichen, komplizierten Nahrung sich auf das einfachste und natürlichste Nährmittel beschränkt, sich unter anderen Lebensbedingungen befindet. Nach einiger Zeit wird er eine gänzliche Umwandlung seiner Blut- und Säftemischung erfahren. Keine der modifizierenden, alterierenden Methoden bietet mehr Sicherheit als die Milchkur, wenn die Aufgabe erwächst, die Konstitution eines Kranken vollkommen umzugestalten.

Meine Erfahrungen und diejenigen vieler anderer Kollegen konstatieren Besserungen und fast vollkommenes Wohlbefinden bei organischen Herzkrankheiten, vorgeschrittenen Nierendegenerationen.

*) Als Hauptwerk nenne ich: Die Milch und ihre Bedeutung für Volkswirtschaft und Volksgesundheit, dargestellt im Auftrag der wissenschaftlichen Abteilung der allgemeinen Ausstellung für hygienische Milchversorgung, Hamburg 1903, Verlag von C. Boysen, Mk. 6.—, woselbst auch die ganze ungemein reiche Literatur.

In demselben Verlag sind erschienen: Die Milchküche der St. Gertrud-Gemeindepflege in Hamburg 1889—1904.

Die Milch Ein großes Nahrungs- und Heilmittel. Von Ad. Af. Michaelis. Stuttgart. Verlags- und Handelsdruckerei Hans Blober.

Das Kind, seine geistige und körperliche Pflege bis zur Reife. Herausgegeben von Ph. Biedert. Verlag von Ferdinand Enke. 5 Lieferungen.

**) Es ist hier nicht der Ort, diese 25 Milchregeln, welche je nach örtlichen Rücksichten einige kleine Abänderungen wünschenswert machen, zum Abdruck zu bringen. Die Broschüre: Die deutschen Milchwerke und ihre Stellung zur „Künstlichen Ernährung des Säuglings" ist wohl sämtlichen Aerzten Deutschlands zugegangen oder wird ihnen von den Milchwerken Zwingenberg (Hessen) auf Wunsch gewiß zugänglich gemacht werden. Auch liegt der Gedanke nahe, überall da, wo einwandfreie natürliche Kurmilch nicht zu beschaffen, die in jener Broschüre empfohlenen künstlichen Milchpräparate zur Kur heranzuziehen. Da ich ganz unbefangen schreibe, will ich diese Milchfabrikate gar nicht einzeln benennen, sondern auf jenes schöne Werkchen verweisen.

*) Nur um Anfragen zu begegnen, erwähne ich, daß Kefirpastillen und Maya- sowie Yoghurttabletten nebst der ganzen bezüglichen Literatur den Aerzten zur Verfügung gestellt werden von Osk. Mühlradt in Berlin NW. 23 X.

**) Blätter für klin. Hydrotherapie.



Fieber bildet keine Kontraindikation gegen Milchkur, doch muß man in diesen Fällen die größte Vorsicht anwenden. Man muß *anfangs* die Dosen nicht zu rasch steigern, damit die Kranken nur so viel Milch nehmen, als sie leicht verdauen *können.*

Diakon-Band.

Die Firma Wilh. Jul. Teufel in Stuttgart bringt eine Neuheit auf den Markt, die wegen ihrer Vorzüge allseitige Beachtung verdient. Es handelt sich um ein Diakonband getauftes Wickelband, welches die Nachteile anderer Bänder nicht aufweist, sondern allen Anforderungen, die man an ein Wickelband stellen darf, gerecht wird. Zunächst ist das Problem gelöst, eine Binde herzustellen, die trotz großer Elastizität und Dehnbarkeit ihre Breite nicht verändert. Durch sinnreiche Anordnung des Gewebes, nicht durch Verwendung von Gummi, ist dieses Ziel so vollkommen erreicht, daß das Diakonband um volle 100% gedehnt werden kann, ohne schmäler zu werden. Außerdem verzieht es sich beim Anlegen nicht, bildet keine Falten und die Ränder reversieren nicht. Die Ränder verdienen besondere Beachtung: sie sind nämlich geschlossen, können also unmöglich ausfransen, und doch ist die Gewebsart die gleiche, wie die der übrigen Binde, also auch die Elastizität und Ausdehnungsfähigkeit die gleiche. Da das Ausfransen verhütet ist, kann das Diakonband lange in Gebrauch bleiben. Natürlich wird es schmutzig, kann aber immer und immer wieder durch einfaches Auswaschen in heißem Wasser mit Seife nach einer auf der Bindenumhüllung beigegebenen Anweisung gereinigt werden, so daß es ein äußerst sparsames Verbandmaterial darstellt. Das Band ist ferner sehr dünn, porös und sehr leicht, es schmiegt sich jedem Körperteil gut an und erleichtert so das Anlegen des Verbandes. Wegen seiner Elastizität dürfte das Diakonband imstande sein, die mit vielen Nachteilen behaftete Gummibinde zu ersetzen, was von großer Bedeutung für die Stauungstherapie werden würde. Nach unsern Erfahrungen ist ein Versuch mit der Binde wohl zu empfehlen. Sie wird in verschiedenen Breiten von 4 bis 16 cm angefertigt.

Trockenklosett

aus Hartsteingut mit leicht auswechselbarem, kappenartig auf dem Unterteil aufsitzenden Einsatze.

Von Johannes Peppler in Obertürckheim ist ein Trockenklosett angegeben worden, dessen Einsatz leicht vom Unterteil zu entfernen und wieder einzusetzen ist. Der Einsatz sitzt mittels eines breiten, den Sitzrand des Unterteiles allseitig überragenden Randes kappenartig auf dem Unterteil und ist auf diesem durch wenige praktisch angeordnete Schrauben befestigt. Zwischen Einsatz und Unterteil kommt eine dünne Gummilage zwecks Abdichtung und zur Vermeidung einer Reibung der Steingutteile zu liegen. Die kreuzweise Anordnung der länglichen Schraubenlöcher trägt den Schwindungsverhältnissen bei Steingut Rechnung, es wird damit gleichzeitig auch eine Spannung und ein dadurch bedingtes Abbrechen der Sitzklappen vermieden. Innerhalb kurzer Zeit lassen sich die wenigen angebrachten Schrauben lösen und damit auch der Einsatz abheben, so daß der Klappenmechanismus leicht von oben eingesetzt, jederzeit bequem repariert und gereinigt werden kann Ebenso ist die Reinigung des Innern des Unterteils dadurch auf die einfachste Weise möglich.

Das Gutachten eines Sachverständigen besagt folgendes: „Das Trockenklosett mit Klappenverschluß hat neben der gefälligen Form anderen Systemen gegenüber den besonderen Vorzug aufzuweisen, daß die Klappe eingesetzt werden kann, ohne den Klosettkörper von seinem Ort entfernen zu müssen. Dies wird dadurch bewerkstelligt, daß der Schüsseleinsatz separat abgenommen werden kann und die Klappeneinrichtung nunmehr freiliegt. Damit ist der Vorzug verbunden, daß die Oeffnung am Abgang der Schüssel sehr groß gewählt werden konnte und zwar größer als bei Klosetts, deren Klappe durch den Abgangsstutzen eingeführt werden muß.

Weiter empfehlenswerte Eigenschaften besitzt das Klosett dadurch, daß der Abgangsstutzen weit nach hinten gerichtet und die Klappe derart angeordnet ist, daß sie sich nach hinten öffnet, wodurch die Exkremente ohne Verunreinigung des Körpers in das Klosettrohr fallen. Da das Klosettrohr aus zwei Teilen besteht, werden eventl. Reparaturen nicht nur schnell, sondern auch billiger vorgenommen werden können, als dies bei Klosetts, die aus einem Stück gearbeitet sind, der Fall ist.

Wenn nun die Gesamtausführung schön, solid vorgenommen wird, so ist es außer Frage, daß dieses neue Klosett einen gangbaren Artikel repräsentiert."

Daß das Klosett auch in sanitärer Beziehung große Vorteile bietet, geht aus der Beschreibung deutlich hervor.

Periodische Literatur.

Die Behandlung des Fiebers der Phthisiker mit Antipyreticis, insbesondere Maretin. Aus der städt. Krankenanstalt Kiel von Dr. Tollens. (Deutsche medicin. W. Nr. 8.)

Für die Behandlung des Fiebers der Phthisiker stellt Verf. folgende Grundsätze auf: 1. Möglichst genaue Feststellung des Fiebertypus durch zwei- und dreistündliche Messung. 2. Anwendung des Antipyreticums bei starker Höhe und langer Dauer des Fiebers, wenn der Kranke sehr unter den Fiebererscheinungen leidet und dabei den Appetit verliert. 3. Darreichung des Mittels vor Beginn oder ganz zu Anfang der Temperatursteigerung. 4. Eventuell Darreichung des Antipyreticums über Monate bis zur Erzielung eines annähernd afebrilen Zustandes.

Von den Antipyreticis empfiehlt Verf. ganz besonders das Maretin, mit dem sich in Dosen von 0,25 bis 0,5 vorzügliche Regulierung der Temperatur erzielen läßt. Die von vereinzelten Seiten dem Maretin nachgesagten Giftwirkungen hat er bei eigens dazu angestellten Versuchen nicht verifizieren können: auch bei monatelanger Darreichung von Maretin hat er keine schädlichen Nebenwirkungen, insbesondere auf die roten Blutkörperchen gesehen.

Zur Prophylaxe und Therapie der harnsauren Diathese empfiehlt Dr. Wolff-Berlin (Aerztliche Rundschau Nr. 6) auf das wärmste die Offenbacher Kaiser Friedrich-Quelle, ein lithionhaltiges Wasser, dessen Gebrauch eine bedeutende Steigerung der Ausscheidung von Harnstoff und Harnsäure herbeiführt. Da sie ein erfrischendes und wohlschmeckendes Getränk darstellt, so kann sie es dem Gichtiker erleichtern, sich von seinem Todfeind, dem Alkohol, zu befreien.

Plattfuß-Metall- und Zelluloid-Metalleinlagen. Von Dr. Lengfellner, Berlin. (Münch. med. W. Nr. 9.)

An der Hand von Abbildungen erläutert L. die Herstellung von Metalleinlagen, die dem Postulat genügen, daß jede Einlage genau dem individuellen Fuß angepaßt ist und der Wölbung entspricht, die der Patient momentan vertragen kann, und daß ein Heruntertreten der Einlage unmöglich ist. Weiter zeigt er, wie solche Metalleinlagen sich mit Zelluloid kombinieren lassen; dadurch gewinnt die Einlage alle Vorteile des Zelluloids: sie wird genau dem individuellen Fuß angepaßt, sie bietet die Möglichkeit, durch Kork oder Gummiplatte speziell empfindlichen Plattfüßen Rechnung zu tragen, sie erlaubt die Berücksichtigung der Ränder (Außen-, Innen-, Fersenrand); dagegen kann der Klotz wegfallen; die gleichzeitige Verwendung von Metall gibt die Sicherheit, daß die Einlage nicht heruntergetreten wird; das Metall in Zelluloid gehüllt, erweist sich schon in 1 mm Dicke resistenter, als mehrere Millimeter dickes Metall allein.

Draht-Zelluloidverbände. Von Dr. Heine, Dortmund. (Münch. medic. W. Nr. 9.)

Drahtbinden lassen sich in verschiedenen Modifikationen zu Verbänden bezw. portativen Apparaten benutzen. Sie eignen sich zu Verbänden mit Wasserglas, Papiermaché und besonders zu dem



in der Orthopädie viel verwandten Zelluloidverband. Eine mit Zelluloidazetonlösung bestrichene ungegipste Drahtbinde gibt nach dem Trocknen einen überaus festen, leichten, elastischen Verband, der keinerlei Einlagen zur Verstärkung wie Stahlstangen, Stahldraht etc. bedarf. Der Draht-Zelluloidverband kommt hauptsächlich zur Anwendung bei Korsetts, Hülsenapparaten und Fußeinlagen nach Lange. Als unterste Lage verwendet man zweckmäßig einen Trikotschlauch. Dieser wird z. B. bei Herstellung eines Korsetts über das Gipsmodell gezogen und mit Zelluloidazetonlösung bestrichen. Ueber diese Unterlage wickelt man die Drahtbinde und bestreicht sie ebenfalls mit der Lösung; um ein glattes Anliegen der Binde zu erzielen, muß man eventuell hier und da kleine Einschnitte in den Rand derselben machen. Drei solcher Binden bezw. eine dreifache Lage derselben genügen zu einem Verbande. Bei der Anfertigung von Plattfußeinlagen nach Lange nimmt man statt des Gurtbandes Drahtgazestreifen, die unterste Lage längs und darüber zwei querliegende; das gibt eine sehr elastische und dauerhafte Einlage. Der Drahtzelluloidverband läßt sich mit einem scharfen Messer gut schneiden und ebenso leicht garnieren. Die Drahtbinden sind in jeder gewünschten Breite als sogen. Patentdrahtborte von der Deutschen Drahtgipsbindenfabrik in München zu beziehen.

Ovogal, ein neues Cholagogum. Von Dr. Rahn, Dresden. (Münch. medicin. W. Nr. 10.)

Das einzig wirksame Mittel zur Beeinflussung der Sekretion der Leber ist die Galle selbst, deren verschiedene Säuren das zuverlässigste Cholagogum darstellen, die aber im freien Zustande eine unangenehme Reizung des Magen-Darmtraktus zur Folge haben. Wörner hat nun versucht, die Säuren der frischen Rindergalle an Eiweiß zu ketten und so in eine Verbindung überzuführen, der keine Nebenwirkungen zukommen. Dieses Mittel, das als „Ovogal“ als loses Pulver oder in Originalschachteln zu 50 elastischen Gelatinekapseln à 0,5 g Inhalt in den Handel kommt, hat im Tierexperiment eine hervorragend gallentreibende Wirkung gezeigt. Auch über günstige klinische Erfahrungen liegen Berichte vor. Verf. hat das Mittel in ca. 30 Fällen einer Prüfung unterzogen. Bei zwei Fällen von drohender Gallensteinkolik gelang es durch Ovogal dreimal täglich einen Teelöffel den Anfall zu koupieren; bei den verschiedensten Formen von Darmkatarrhen, erhöhter Reizbarkeit — bald Durchfall, bald Verstopfung, bald Blähung — bei Haemorrhoidalbeschwerden, bei Magendarmkatarrhen mit Säureüberschuß und quälenden Sensationen, bei subakutem Dickdarmkatarrh, bei chronischem Leberkatarrh, ganz besonders bei Neurasthenikern, die gerade auf den Darm viel Acht und Sorgfalt legen und doch nicht die gewünschte regelmäßige Arbeitstätigkeit desselben erzielen können, schließlich auch bei katarrhalischem Ikterus wurden die verschiedenen vorhandenen Beschwerden in günstigster Weise durch Ovogal (ein bis zwei Teelöffel täglich oder ein bis fünf Kapseln) beeinflußt. Bei den engen Beziehungen zwischen übermäßiger und mangelhafter Gallen- und Darmsaftsekretion und bei der Bedeutung der Leber als Sitz so mancher funktioneller Störungen der Darmtätigkeit und der Verdauung dürfte der Indikationskreis des Ovogals noch leicht zu erweitern sein.

Neuere Arzneimittel.

Escalin. Seit kurzer Zeit erscheint, von den Vereinigten Chemischen Werken A. G. in Charlottenburg hergestellt, eine Aluminiumglycerinpaste auf dem Markte, die nach den Erfahrungen Prof. Dr. Klemperers (vergl. Therapie der Gegenwart, 1907, Mai) berufen zu sein scheint, in der Therapie der Magen- und Darmblutungen und des Ulcus rotundum ventriculi eine große Rolle zu spielen. Die Wirkung des Aluminiumpulvers ist dieselbe wie die der bisher verwandten Bismutum subnitricum, also eine mechanische, indem sich das Pulver wie ein Schorf (ἐσχάρα = Schorf, daher Escalin) über die blutende, wunde Fläche legt und sie nach außen abschließt. Bismutum subnitricum wirkt zwar in Dosen von 15 bis 25 g ausgezeichnet, doch hat Prof. Klemperer (l. c.) bereits nach 10 g lebensgefährliche Intoxikationserscheinungen ähnlich wie bei Quecksilbervergiftung, beobachtet und deshalb nach einem ungefährlichen Ersatzmittel gesucht. Er fand es in dem feinst gepulverten Aluminium. Da dieses stark stäubt, wird es im Verhältnis 2:1 mit Glycerin zu einer Paste verrieben, die sich leicht mit Wasser zu einer dichten Emulsion aufschwemmen läßt. Die Anwendung geschieht so, daß man vier bis fünf Pastillen (diese sind in einer Originalröhre zu 1,50 M. enthalten) in ein Glas mit ca. 100 ccm Wasser tut und rührt mit einem Löffel bis zur Bildung einer gleichmäßigen Emulsion um. Diese trinkt der Kranke, ebenso den Rückstand, nachdem er auch mit Wasser aufgeschwemmt worden ist. Dann fastet der Patient ein bis zwei Stunden. Die Behandlung einer Magenblutung gestaltet sich nach Prof. Klemperer (l. c.) folgendermaßen:

„Die Patienten bekamen unmittelbar nach der Aufnahme, bezw. nach erfolgter Blutung 10 g Escalin und blieben darnach den ganzen Tag ohne Nahrung, nur daß sie kleine Eisstückchen schluckten. Sie erhielten in sechsstündigen Zwischenräumen je 300 ccm Milch per rectum und im Fall bedrohlicher Anaemie subkutane Kochsalzinfusion. Am nächsten Morgen wieder 10 g Escalin und darnach in ein- bis zweistündlichen Pausen je 100 g gekühlter Milch gegeben. Auch am dritten Tage wurde an dieser Ernährung festgehalten. Am vierten Tage wurde die letzte Gabe von 10 g Escalin gereicht und an diesem Tage mehrmals aufgeweichter Zwieback, auch Gelbei zur Milch gegeben. Vom fünften Tage an wurde Kartoffelpuree zugelegt und dann allmählich zu gemischter Diät übergegangen“.

12 Fälle wurden so behandelt und sämtlich geheilt. Nach Darreichung des Escalins war im Kot kein Blut mehr nachweisbar. Auch beim Ulcus ventriculi verschwand unter dem Einflusse des Escalins das Blut im Stuhle. Gute Erfolge erzielte Klemperer weiterhin bei chronischen Diarrhoeen infolge von Darmgeschwüren und bei Darmphthise.

Patentnachrichten.

Patent-Erteilungen.

30f. 184511. Vorrichtung zur Behandlung schwer beweglicher Gliedmaßen mit einer drehbaren Auflagefläche, an der ein in beliebigem Winkel einstellbares Pendel befestigt ist. Dr. F. Schäffer, Leun, Kr. Wetzlar. 24. 12. 05. Sch. 24831.

30f. 184575. Vorrichtung zur medizinischen Lichtbehandlung. Dr. Ernst Kromayer, Berlin, Lützowstr. 89/90. 21. 2. 06. K. 31419.

30h. 184576. Verfahren zur Herstellung die Zähne nicht färbender Kaupräparate. Ludwig Sensburg, München, Herzog-Rudolfstr. 11. 20. 5. 06. S. 22807.

30h. 184637. Verfahren zur Herstellung medizinischer Bäder. Dr. Robert Schubardt, Berlin, Kurfürstenstr. 139. 1. 8. 05. Sch. 24143.

53e. 184482. Verfahren zur Herstellung eines Malzmilchpräparats. Samuel Felix, Dresden, Theresienstr. 14. 12. 11. 05. F. 20885.

30e. 185666. Kopfverdeck für Tragbahren und ähnliche Krankentransportmittel. Franz Winiker, Berlin, Kalkscheunenstr. 3. 29. 5. 06. W. 25802.

30a. 185945. Obturator für chirurgische Instrumente. Dr. Georg Glücksmann, Berlin, Cuxhavenerstr. 17. 4. 4. 05. G. 21169.

30d. 186124. Instrument zum Aufsägen von Gipsverbänden. Georg Bordewieck, Hamburg, Humboldtstr. 69. 31. 8. 05. B. 40807.

30d. 186176. Vorrichtung zum Schließen des Mundes während des Schlafes. Kuno Felsch, Elberfeld, Heubruchstr. 2. 27. 3. 06. F. 21560.

30d. 186347. Vorrichtung zum Verhindern des Stotterns. Ludwig Warnecke, Hannover, Brühlstr. 11. 26. 7. 06. W. 26069.

30d. 186348. Vorrichtung zum Verhindern des Stotterns. Ludwig Warnecke, Hannover, Brühlstr. 11. 26. 7. 06. W. 26070.

30e. 186225. Als Unterlage für Kranke dienendes Bettkissen mit einer Aussparung zur Aufnahme einer Bettschüssel. Ulrich Arnegger, Rheineck, Schweiz. Vertr.: Eduard Franke u. G. Hirschfeld, Pat.-Anwälte, Berlin SW. 13. 12. 6. 06. A. 13280.

30f. 186177. Zweipolige Kammelektrode zur Behandlung der Kopfhaut. Wilhelm Bosse, Dresden, Pirnaischestr. 69. 28. 12 05. B. 41795.

30g. 186086. Tropfenheber. Willy Ernst Kersten, Bonn, Poststr. 15. 24. 3. 06. K. 31654.

30i. 186087. Verfahren zur Verhinderung des Staubens auf Straßen. Stephan Mattar, Leipzig, Thomasring 16, und Dr. Robert Funcke, Lorch bei Stuttgart. 13. 9. 05. M. 28175.

30i. 186178. Verfahren zur Herstellung eines Verbandstoffes. Richter & Co., Brüx, Böhmen. Vertr.: E. W. Hopkins und K. Osius, Pat.-Anwälte, Berlin SW. 11. 7. 3. 06. R. 22419.

Gebrauchsmuster.

30a. 300575. Apparat zur Prüfung des Geschmacksinnes, in Kastenform mit Schmeckstoffen in Flaschen und in Einzeletuis befindlichen Pumpen



mit durch Schlauch verbundenen Ansatzstücken. Medizinisches Warenhaus *Akt.*-Ges., Berlin. 19. 1. 07. M. 23453.

30a. 300590. Exzisionsinstrument zur Ausschneidung von Teilen aus dem Halse krebsverdächtiger Gebärmuttern. Dr. W. Thorn, Magdeburg, *Moltke*str. 12d. 30. 1. 07. T. 8276.

30a. 300784. Sphygmomanometer mit Skalenfeinstellung und anliegendem Quecksilberbehälter. F. O. R. Goetze, Leipzig, Härtelstr. 4. *26. 1. 07.* G. 16781.

30b. 300528. Wärmevorrichtung für zahnärztliche Gebrauchsgegenstände. Ernst Resch, Cöln, Kaiser-Wilhelmring 16. 29. 1. 07. R. 18670.

30b. 300553. Bougie-Mundstück (Kanüle) mit hinter der Spitze desselben angeordnetem Tellerring zum Einpressen von Bougies. Heinrich Noffke, Berlin, Yorkstr. 19. 23. 8. 06. N. 6373.

30b. 300578. Luftpumpe für ärztliche Zwecke mit einem Luftauslaß, der in den Hub des Kolbens zur Verminderung des wirksamen Zylinderraumes eingeschaltet ist, und einer Vorrichtung zum Drosseln der fortbewegten Luftmenge. Vereinigte Elektrotechnische Institute Frankfurt-Aschaffenburg, m. b. H., Frankfurt a. M. 24. 1. 07. V. 5572.

30b. 300862. Gaumenplattenpresse, deren Schlagbolzen mittels einer Fußplatte direkt auf das formengebende Gußmaterial wirkt. Rosa Kallmann, geb. Wald, Berlin, Rosenthalerstr. 4. 15. 9. 05. K. 26113.

30b. 300872. Ovale Saugscheibe für künstliche Gaumen, mit erhöhten Rändern. G. Wolf, Krefeld, Neue Linnerstr. 90. 24. 11. 06. W. 21266.

30b. 300980. Matrize für zahntechnische Zwecke, mit auswechselbaren Matrizenbändern. Paul Eger, Oelsnitz i. V. 12. 12. 06. E. 9628.

30c. 300924. Zange zum Abtöten des Samenstranges bei Vieh. Akt.-Ges. für Feinmechanik vorm. Jetter & Scheerer, Tuttlingen. 5. 2. 07. A. 9881

30d. 300861. Beheizbare feuchte Kopfkompresse, insbesondere gegen Seekrankheit, mit einer den die Stirn und Schläfe des Schädels umschließenden Kompressenteil gegen den Schädel drückenden Spannvorrichtung. Paul Kappmeier, Altkloster, Kr. Stade. 18. 11. 04. K. 23075.

30d. 300933. Hörrohr für Schwerhörige, mit Schalldämpfung. Carl Mez, Freiburg i. Br., Karthäuserstr. 48. 6. 2. 07. M. 23568.

30e. 300516. Mit verschließbarer Abflußöffnung versehenes Stechbecken. Frida Gerber geb. Oettinger, Königsberg i. Pr., Fliesstr. 20/21. 22. 1. 07. G. 16758

30e. 300587. Zusammenlegbares Transportgestell für Krankentragen, für feststehende oder bewegliche, offene oder geschlossene Räume aller Art. Carl Hohmann, Berlin, Gertraudtenstr. 8/9. 29. 1. 07. H. 32279.

30e. 300588. Zweifach zusammenklappbare, desinfektionsfähige Krankentrage aus Metallrohr, welche in einem vor Nässe schützenden, leicht und staubfrei verschließbaren Aufbewahrungsschnallsack vermittels zweier Traggurte auf dem Rücken transportiert werden kann. Carl Hohmann, Berlin, Gertraudtenstr. 8/9. 29. 1. 07. H. 32280.

30d. 301917. Filzförmiger Verbandstoff aus einem Gemisch von Holzwolle und Baumwolle. Fa. Paul Hartmann, Berlin. 12. 2. 07. H. 32388.

30e. 301901. Selbsttätig sich ab- und aufwickelnder Beerdigungsapparat. L. Grünberg, Iserlohn. 14. 1. 07. G. 16717.

30f. 302105. Untersuchungsstuhl für Röntgenographie mit motorisch bewirkter Seiten- und Höhenverstellung. Fa. Max Kohl, Chemnitz i. S. 19. 2. 07. K. 30234.

30i. 301915. Mit brennbarem, das Atmen beförderndem Präparat überzogenes Papier als Asthma-Heilmittel (Asthma-Räucherpapier). G. Vorlaender Nachfolger, Bad Oeynhausen. 9. 2. 07. V. 5611.

30i. 302101. Räucherapparat zum Vergasen von alkoholischen Flüssigkeiten. Georg Tscheuschner, Charlottenburg, Am Bahnhof Westend 2. 18. 2. 07. T. 8312.

30k. 301911. Irrigator-Garnitur, dadurch gekennzeichnet, daß auf ein Hartgummiklistierrohr mit Hahn ein Glasmutterrohr aufgesteckt wird. Thüringer Glas-Instrumenten-Fabrik W. Schmidt & Co., Luisenthal i. Th. 31. 1. 07. T. 8270.

30k. 301919. Verdampfer zum Inhalieren und zur Gesichtspflege Anna Schaaf, Leipzig, Böttchergasse 7. 14. 2. 07. Sch. 25045.

30k. 302068. Kegelförmiges, luftdicht verschließbares Gefäß mit langem und kurzem Rohr zur Einführung von Oel und anderen Flüssigkeiten in den Mastdarm mittels Druckluft oder Wassers. Dr. W. Bauermeister, Braunschweig, Sandweg 3. 13. 12. 06. B 32939.

30a. 302400. Für Röntgenstrahlen undurchlässige, elastische offene Hohlsonde aus Gummi und Metall. Vereinigte Gummiwaren-Fabriken Harburg-Wien vormals Menier. J. N. Reithoffer, Harburg a. E. 21. 2. 07. V. 5633.

30e. 302444. Zusammenlegbares Notbett für Verwundete, bei welchem Kopfkissen, Unterbett und Decke aus einem Stück bestehen. Franz Billmann, Wegberg, und Eduard Herbertz, M.-Gladbach, Ringstraße 16. 1. 12. 06. B. 32835.

30g. 302436. Notbesteck für subkutane Eingriffe. F. Comar & Fils & Cie., Paris. Dr. Antoine-Feill, Dr. Geert Seelig und Dr. P. Ehlers, Rechtsanwälte, Hamburg. 1. 9. 06. C. 5448.

30h. 302365. Bestandteile zu einem kohlensauren Bade, welches sich zur leichteren Dispensierung in festen Schalen (Schutzkästen) befinden. Otto Gelder, Berlin, Alexandrinenstr. 137. 31. 1. 07. G. 16811.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Köln a. Rh — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von Heynemannsche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.







Bekanntmachung.

Gemäß Erlaß des Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten vom 12. Juni d. Js. — M. Nr. 1930 — wird vom 1. Juli d. Js. ab der Stadtkreis Dt. Wilmersdorf mit dem Stadtkreise Schöneberg zu einem Kreisarztbezirke zusammengelegt. Aus diesem Anlasse und unter Bezugnahme auf die Polizei-Verordnungen vom 15. Dezember 1902 (Amtsbl. S. 577) über das Meldewesen der Aerzte, Zahnärzte und Tierärzte im Landespolizeibezirk Berlin, vom 21. August 1903 (Amtsbl. S. 403) betreffend Gewerbebetrieb der nicht approbierten Heilpersonen, sowie vom 13. Dezember 1902 (Amtsbl. S. 578) über die den Hebammen im Landespolizeibezirk Berlin obliegenden Verpflichtungen, mache ich bekannt, daß der Königliche Kreisarzt, Medizinalrat Dr. von Kobylecki in Schöneberg, Mühlenstraße 6a, zur Entgegennahme der in Frage stehenden Meldungen vom 1. Juli d. Js. ab für Schöneberg und Dt. Wilmersdorf zuständig ist.

Berlin, den 7. Mai 1907.

Der Polizei-Präsident.

I. A. 3408. 07. von Borries.



Nr. 20. 1907. 15. Juli.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.



Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Kapitel aus der Ernährungstherapie der Säuglinge.

II. Ueber die Verwendung fettarmer Nahrungsgemische in der Ernährungstherapie der Säuglinge.

Von **Dr. med. Prüssen,** Kinderarzt in Köln a. Rh.

In Frankreich tritt eine große Anzahl namhafter Kinderärzte (Budin, Chavanne, Rotschild u. a.) bei der Durchführung der künstlichen Ernährung der Säuglinge für die Ernährung mit Vollmilch ein. Auch in Deutschland wird die Anwendung derselben von einigen Kinderärzten (Oppenheimer, Schlesinger) empfohlen, die überwiegende Mehrzahl nimmt jedoch einen ablehnenden Standpunkt ein und wendet Milchverdünnungen an. Vom ersten Tage an sind wohl nur äußerst selten mit Erfolg Säuglinge mit Vollmilch genährt worden. Auch die Anhänger der Vollmilchernährung wenden für die erste Zeit in der Regel Verdünnungen an und empfehlen die äußerste Vorsicht und Aufmerksamkeit, wenn ein Versuch mit Vollmilch schon in dieser frühen Zeit gemacht wird. Bei der weiteren Ernährung mit Vollmilch nach den ersten Lebenswochen wird dieselbe nur in sehr geringen Mengen verabreicht, nach Budin 100 g pro Kilo Gewicht. Ein Kind von 4000 g würde demnach täglich nur eine Milchmenge von 400 g erhalten, was für eine Mahlzeit, wenn 5 als Norm herabgesetzt werden, 80 g = 5 Strich der gebräuchlichen Milchflaschen ausmacht. Es ist einleuchtend, daß die Verordnung derartig geringer Nahrungsmengen in zahlreichen Fällen an dem Widerstand der Mütter bezw. Pflegerinnen scheitern wird.

Verfolgt man das Schicksal der Säuglinge, welche mit einwandsfreier, d. h. nicht zersetzter reiner, oder nur wenig verdünnter Vollmilch genährt werden, so sieht man allerdings eine geringe Anzahl gedeihen.

Viele reagieren jedoch sofort mit akuten Störungen, welche sich in großer Unruhe, Meteorismus und Erbrechen äußern und zum Absetzen der Vollmilch zwingen.

Andere Kinder „vertragen" die Vollmilch, entwickeln sich auch wohl anfangs befriedigend. Bald jedoch zeigt sich vielfach hartnäckiger Gewichtsstillstand oder sogar Abfall, der durch Steigerung der Nahrungsmengen nicht behoben, sondern verschlimmert wird. Außerdem tritt nicht selten eine hartnäckige Obstipation auf. Der Stuhl hat dann eine feste, trockene Beschaffenheit, so daß er von der Windel herunterrollt, und zeigt alkalische Reaktion.

Ein solcher Stuhl zeigt an, daß die Resorptionsfähigkeit für das Fett gestört ist.

Früher glaubte man, und viele namhafte Kinderärzte (Biedert, Selter u. a.) stehen m. W. auch heute noch auf diesem Standpunkte, daß in dem Kasein der Kuhmilch das schädliche Agens zu suchen sei, welches durch seine Schwerverdaulichkeit und „Stagnierung im Darm" zu den festen Stühlen führe und die weitere Entwicklung des Kindes hemme. Fügt man aber bei einem derartig gestörten Kinde bei gleichbleibender oder verringerter Eiweißmenge Fett in Form von Sahne oder Rahm zu der Nahrung hinzu, so tritt eine Verschlimmerung des Zustandes ein. Das Gewicht nimmt ab, die Agilität wird geringer, der Turgor wird schlaffer. Die Konsistenz und das Aussehen des Stuhles bessert sich allerdings, er wird breiiger und bekommt nicht selten eine goldgelbe Farbe.

Eine Besserung bezw. Heilung des Kindes und eine Regelung der Stühle erzielt man, wenn man die Fettmenge verringert, und falls sich die Notwendigkeit herausstellt, durch Kohlehydrate den Ausfall an Fett ersetzt. Die einfache Verringerung einer bis dahin an sich zweckmäßigen, aber zu reichlich gegebenen fettreichen Nahrung durch Verminderung des Volumens der Einzelmahlzeit und namentlich durch Verlängerung der Trinkpausen führt in vielen Fällen zum Ziele. Dieser Weg — Verringerung des fast stets zu reichlich gegebenen Nahrungsquantums und Verlängerung der Trinkpausen, sollte stets zunächst beschritten werden; denn der Verwendung von Kohlehydraten sind beim Säugling Grenzen gesetzt. Für Säuglinge bis zu drei Monaten sind alle Mehle eine gefährliche Nahrung. Manche Säuglinge bis zu diesem Alter vertragen wohl anstandlos ziemlich beträchtliche Mehlmengen. Man hat aber absolut keinen Maßstab dafür, ob im gegebenen einzelnen Falle das Mehl vertragen wird. Ein Probieren nach dieser Richtung kann aber schon zu erheblichen Störungen führen.

Schleimabkochungen können gefahrlos bei Säuglingen in den ersten drei Monaten verwandt werden. Im Gegensatz zu den Mehlabkochungen enthalten die Schleime nur ein geringes Quantum Stärke, aber ein nennenswertes Quantum Pflanzeneiweiß. Der höhere oder geringere Gehalt an diesen beiden Stoffen ist von der Dauer des Kochens und von der Menge des verwandten Materiales im Verhältnis zum Wasser abhängig. Man stellt die Schleime her, indem man Reis, Hafergrütze oder Graupen lange der Siedetemperatur bei gleichem Feuer aussetzt. Die in einem solchen dünnen und schwachgesalzenen Schleim enthaltenen Stärkemengen werden vom Säugling in den ersten drei Monaten ausgenutzt.

Für Säuglinge nach den ersten drei Monaten eignen sich Mehlabkochungen. Zu deren Herstellung eignen sich alle käuflichen Mehlsorten. Ein Vorzug der sogenannten fabrikmäßig hergestellten, z. T. dextrinisierten Kindermehle (Theinhardt, Nestlé, Rademann u. a.) besteht nicht, doch kann man dieselben für die Praxis öfters nicht entbehren. Im allgemeinen genügt eine 3% Mehlabkochung. (Zwei Eßlöffel auf einen Liter.) Erreicht man mit dem Zusatz einer Schleim- oder Mehlabkochung zu der Milch keine Besserung, so ist ein zweites Kohlehydrat, nämlich Zucker, zuzusetzen.

Von diesem kommt in Betracht Milchzucker, Rübenzucker und Maltose. Milchzucker hat den Vorteil, daß er auch in großen Dosen vom Säugling gut vertragen wird, für den Ansatz leistet er jedoch vielfach wenig oder nichts. Ersetzt man Milchzucker durch Rübenzucker, so tritt manchmal der gewünschte Erfolg ein. Ein Nachteil des Rübenzuckers ist der stark süße Geschmack. Die Säuglinge gewöhnen sich derartig an denselben, daß sie später nur schwer an andere Geschmacksempfindungen zu gewöhnen sind. Die Maltose findet Verwendung in einer Reihe von Malzpräparaten, welche neben Maltose meistens noch ein anderes lösliches Kohlehydrat, nämlich Dextrin, enthalten. So enthält der sogen. Soxhletsche Nährzucker 41% Dextrin und 52% Maltose, Soxhlets verbesserte Liebigsuppe enthält 61% Maltose und 22% Dextrin. Beide Präparate sind brauchbar. Störend ist bei dem Soxhletschen Nährzucker die oft stark stopfende Wirkung. Liebes Neutralnahrung ist eine trockene Malzsuppe, welche nur mit Milch vermischt zu werden braucht. Mellins Food enthält fast nur wasserlösliche Kohlehydrate. Allenburysche Kindernahrung Nr. 1 und 2 ist mit Milch gemischt und enthält demnach noch nennenswerte Mengen Eiweiß und Zucker.

Malted Food (Allenburysche Kindernahrung Nr. 3) ist nur Malzmehl, welches der Milch zugesetzt werden muß. Ebenfalls ein gutes Präparat ist Brunnengräbers Malzextrakt. Die von J. v. Liebig angegebene Liebigsche Suppe ist nur sehr schwer herzustellen und deshalb für die Kinderstube wenig geeignet. Sie ist in zweckmäßiger Weise von Keller umgeändert worden. Von den oben genannten Präparaten unterscheidet sie sich durch einen nicht unerheblichen Mehlzusatz (5%), welcher in erster Linie eine abführende Wirkung des Malzes vermeiden soll. Außerdem hat der Autor eine genaue Vorschrift für die Herstellung gegeben, welche jedoch von Fall zu Fall leicht modifiziert werden kann. Menge und Gewicht beziehen sich auf einen Liter Malzsuppe. Ein derartiges Quantum ist jedoch meistens nicht notwendig bezw. nützlich.

50 Gramm (3 Eßlöffel und ein Teelöffel) Weizenmehl werden in $^1/_3$ Liter kalter Kuhmilch eingequirlt. Die Mischung wird durch ein Sieb geschlagen, die auf dem Sieb bleibenden Mehlklumpen werden entfernt, nicht durch das Sieb hindurchgepreßt. 100 g Malzsuppenextrakt (= $2^1/_2$ Eßlöffel) werden in einem anderen Gefäß in $^2/_3$ Liter lauwarmem Wasser gelöst und die Lösung mit der Mehl-Milchmischung vereinigt. Je nach Bedarf kann man die Mengen und die Mischungen modifizieren. Setzt man aber mehr Milch hinzu, so muß die Menge des Mehles reduziert werden. Da Malzextrakt nicht aufgekocht zu werden braucht, kann man auch jeder Einzelportion der Mehl-Milch-Wassermischung die gewünschte Menge Extrakt hinzufügen. Was die Verwendung aller dieser Malzpräparate anbelangt, so werden die Soxhletschen Präparate (bei harten trockenen Stühlen speziell die verbesserte Liebigsuppe) auch schon von Säuglingen in den ersten drei Monaten gut vertragen. Der Anteil der Präparate kann 5—6% auf die Mischung berechnet betragen. Die Kellersche Malzsuppe muß für so junge Säuglinge derartig modifiziert werden, daß das Mehlquantum höchstens 3%, die Extraktmenge 5—6%, wieder auf die ganze Mischung berechnet, ausmacht.

Im Gegensatz zu diesen Mischungen, welche in der Vollmilch, die in ihnen zur Verwendung gelangt, noch ein nennenswertes Quantum Fett enthalten, ist die Buttermilch annähernd fettfrei. Um sie auf den erforderlichen Nährwert zu bringen und sie so für die Ernährung brauchbar zu machen, wird das Fett durch 2 Kohlehydrate ersetzt. Die Herstellung einer derartig angereicherten Buttermilch ist folgende (auf einen Liter berechnet):

4—5 Eßlöffel Buttermilch (kalt!) werden mit 15 g (einem Eßlöffel) Weizenmehl kalt angerührt und dann der Rest des Liters zugegossen. Man läßt dann in einem möglichst weiten Gefäß unter fortwährendem Umrühren die Milch bis zum Aufwallen erhitzen, zieht sie dann vom Feuer zurück und läßt sie noch einmal aufwallen. Dieses wird noch einmal wiederholt und bei dieser letzten Wiederholung werden 60 g (3 Eßlöffel) Rohrzucker hinzugefügt. Die Buttermilch enthält also 1,5% Mehl und 6% Zucker. Merkt man sich diese beiden Zahlen, so kann man die Mehl- und Zuckermengen für das jeweilig erforderliche Quantum leicht berechnen. Die Schwierigkeit der Beschaffung einer einwandsfreien Buttermilch verringert die Möglichkeit der Anwendung derselben für die Praxis erheblich. Nur ein mit größter Sauberkeit gewonnenes Produkt kann Verwendung finden.

Der gewöhnliche Abfallstoff der Molkereien ist völlig unbrauchbar. Der Anwendung von fabrikmäßig hergestellten Konserven möchte ich nicht das Wort reden. Neben vereinzelten meistens nur zeitweisen Erfolgen habe ich zahlreiche Mißerfolge gesehen. Gestatten es die Verhältnisse, kann man sich die Buttermilch selbst bereiten. Man beimpft frische gute Milch mit etwa 10 ccm Buttermilch oder einer Reinkultur von Milchsäurebakterien, läßt sie in der Nähe eines Ofens stehen und schlägt die dickgewordene (reiche) Milch so lange, bis die Butter entfernt ist. Ob die saure Reaktion der Buttermilch eine Bedeutung für den therapeutischen Effekt beanspruchen kann, ist nicht einwandsfrei bewiesen.

Tatsache ist jedenfalls, daß man mit Magermilch, welche in gleicher Weise mit zwei Kohlehydraten versetzt ist, in analogen Fällen ebenfalls Erfolge erzielt. Aber auch die Magermilch ist einwandsfrei nur schwer zu beschaffen. Im Sommer dürfte eine einwandsfreie Magermilch nur in Anstalten zu haben sein, wo die Milch durch eine saubere Zentrifuge entrahmt werden kann. In einem sauberen Haushalt kann man — im Winter wenigstens — eine brauchbare Magermilch erhalten, wenn man die Milch bei kühler Temperatur etwa zwei Stunden lang in flachen Schalen stehen läßt und dann die obersten Schichten abrahmt. Eine solche Magermilch ist allerdings nicht so vollständig entrahmt, wie eine mit der Zentrifuge hergestellte. Vorübergehend kann als fast fettfreie Nahrung Molke Verwendung finden, über deren Herstellung bereits das Nötige gesagt ist (vergl. Nr. 12, Molke in der Ernährungstherapie der Säuglinge).

Fassen wir noch einmal kurz das Wesentlichste über die Anwendung einer fettarmen, bezw. kohlehydratreichen Nahrung bei durch fettreiche, bezw. kohlehydratarme Nahrung geschädigten Säuglingen zusammen, so ergibt sich, daß in leichten Fällen eine einfache Einschränkung des vielfach zu reichlich gegebenen Nahrungsquantums und eine Verlängerung der Trinkpausen zur Wiederherstellung genügt. Ueberhaupt empfiehlt es sich, wie bereits erwähnt, in jedem Fall, in dem es sich um eine Ueberfütterung handelt, wenigstens kurze Zeit die frühere — auf ein vernünftiges Maß — reduzierte Nahrung weiter zu geben, um ein klares Bild über den Grad der Ernährungsstörung zu erhalten. Tritt also nach einfacher Reduzierung der bis dahin zu reichlich gegebenen Nahrungsmenge ein Erfolg nicht ein, so muß der Ausfall an Fett durch Kohlehydrate gedeckt werden. In den ersten drei Monaten geschieht das durch eine Schleimabkochung, in späteren Lebensmonaten durch Mehlabkochungen. Führt dieser Weg nicht zum Ziele, so ist als zweites Kohlehydrat Zucker hinzuzufügen. Von diesem kommen — nach der Wertigkeit aufgezählt — Milchzucker, Rohrzucker und Maltose in Betracht. Letztere kann in den Soxhletschen Präparaten (Nährzucker und verbesserte Liebigsuppe) sowohl für ganz junge, als für ältere Säuglinge zur Verwendung kommen. Kellersche Malzsuppe und die anderen Malzpräparate eignen sich mehr für ältere Säuglinge, oder es müssen die Mehl- und Malzzusätze entsprechend modifiziert werden. In den seltenen Fällen, in denen auch ein so geringer Fettgehalt, wie er z. B. in der Kellerschen Malzsuppe enthalten ist, nicht vertragen wird, ist Buttermilch, Magermilch oder Molke, mit zwei Kohlehydraten angereichert, angezeigt.

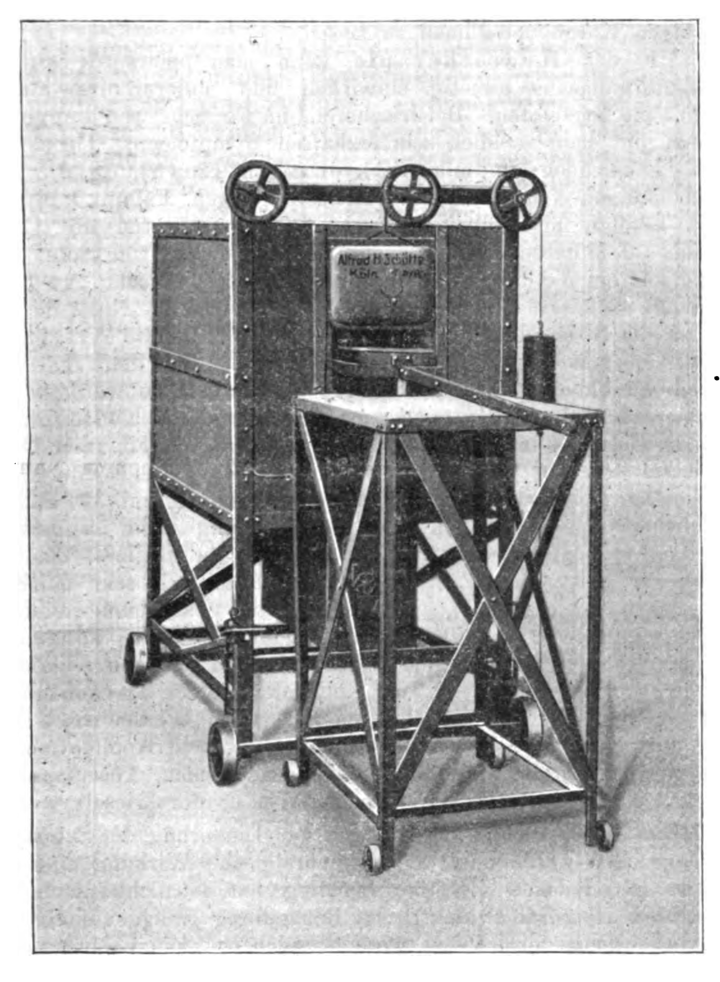
Der Erfolg einer so eingeleiteten Ernährungstherapie hängt in erster Linie davon ab, wie weit die Schädigung des erkrankten Säuglings fortgeschritten ist und ob derselbe Kohlehydrate „verträgt". Schlägt ein derartiger Ernährungsversuch fehl, so ist es am besten, eine natürliche Ernährung — welche in jedem Falle die sichersten Resultate ergibt — an der Ammenbrust einzuleiten. Die Technik derselben erfordert in solchen Fällen allerdings häufig einige Modifikationen.



Verbrennungsofen.

Das Vernichten von Sputum, Fäkalien, von gebrauchtem Verbandmaterial, Versuchstieren, überhaupt von Stoffen, welche die Gefahr der Weiterverbreitung von Krankheiten in sich bergen, geschieht gegenwärtig noch in mangelhafter und unzuverlässiger Weise. Die Desinfektion mit Kalkmilch, Karbolsäure und anderen Chemikalien bietet nicht immer die absolute Sicherheit der Zerstörung aller schädlichen Krankheitserreger, und dann macht die Anwendung und die schließliche Beseitigung der Desinfizientien wiederum Schwierigkeiten.

Diesen Uebelständen soll der nachstehend beschriebene Verbrennungsofen, welcher von der Firma Alfred H. Schütte in Köln a. Rh. in den Handel gebracht wird und unter Nr. 298754 als D. R. G. M. patentamtlich geschützt ist, in wirksamer und unbedingt zuverlässiger Weise dadurch Abhilfe schaffen, daß er nach Art der Krematorien die zu vernichtende Materie durch die entwickelte Hitze nicht nur unschädlich macht, sondern bis auf den Aschenrückstand vernichtet.



Der im Bilde dargestellte Verbrennungsofen ist nach Konstruktion, Wirkung und Bedienung sehr einfach; er gleicht einem Glühofen, wie er z. B. in Maschinenfabriken zum Glühen und Härten des Stahles, zur Erzeugung von Temperaturen von etwa 1000 Grad Celsius verwandt wird. Ein Mantel von starkem Eisenblech umschließt den mit Chamottesteinen ausgemauerten Verbrennungsraum. Zur Aufnahme des zu vernichtenden Materials dient ein mit Deckel versehener gußeiserner Verbrennungskasten, der auf einem fahrbaren, mittels zweier Haken am Ofen feststellbaren Tisch an die Oeffnung des Verbrennungsraumes herangerollt und mit einer zweizinkigen praktischen Gabel in diesen Raum hineingeschoben wird.

Der gußeiserne Verbrennungskasten ist in den Abmessungen von 600 mm Länge, 250 mm Breite und 110 mm Höhe ausgeführt und faßt z. B. etwa zehn Liter Auswurfflüssigkeit. Man schiebt den Kasten, damit er nicht springt, stets gefüllt in den Ofen, den man des schnelleren Heißwerdens leer anheizt. Die aus dem Feuerraum durch seitliche Oeffnungen des Verbrennungsraumes aufsteigende heiße Luft und emporschlagenden Flammen umspielen den eisernen Kasten und verbrennen nicht nur alles in ihm enthaltene Material vollständig, sondern auch die etwa aufsteigenden Gerüche und Gase. Die heiße Luft entweicht aus dem Verbrennungsraum durch einen Rohrstutzen in die Esse.

Eine Probe hat ergeben, daß bei angeheiztem Ofen ein Quantum von 20 kg verdorbener Lunge, Fleisch- und Knochenabfällen in reichlich einer halben Stunde völlig geruchlos verschwand und nur die weißliche Knochenasche und andere anorganische Fixa hinterließ.

Die Aufstellung des Ofens macht keinerlei besondere Vorrichtungen erforderlich. Das Abzugsrohr kann an eine Esse angeschlossen oder, indem man es genügend verlängert, ins Freie geführt werden. Was das Heizmaterial anlangt, so kann man Koks oder Kohle verwenden, doch liefert die genannte Firma auch Oefen für Gasheizung, wobei zwar die Bedienung wesentlich einfacher und reinlicher ist, andererseits aber ein Hochdruckgebläse mit einem Winddruck von mindestens 700 mm Wassersäule erforderlich ist, um das Gas im Verhältnis von 1 : 6 mit atmosphärischer Luft zu vermischen, da nur auf diese Weise die zur Verbrennung nötige Hitze von etwa 1000 Grad Celsius zu erreichen ist. Diese Oefen würden sich nur für größere Anstalten eignen, wo ein gutes Heizgas und Kraft (zirka 1 PS) zum Betriebe des Hochdruckgebläses zur Verfügung stehen.

Es empfiehlt sich übrigens, namentlich für größere Anstalten, mehrere Verbrennungskasten anzuschaffen, um ein rasches Auswechseln und ununterbrochenes Beschicken zu ermöglichen.

Da zweifellos die radikalste Vernichtung des Auswurfes Tuberkulöser, der Exkremente Typhöser und anderen infektiosen Materials wie z. B. gebrauchter Verbandstoffe durch Verbrennen erfolgt, dürfte die Anschaffung eines solchen Verbrennungsofens für Lungenheilstätten, Sanatorien und Krankenhäuser zu empfehlen sein, ferner aber auch für tierärztliche Hochschulen, medicinische Laboratorien, dann für Schlachthäuser, Metzgereien und ähnliche Betriebe, wo die völlige Vernichtung übelriechender oder kranker Stoffe im Interesse der öffentlichen Hygiene geboten ist.

Periodische Literatur.

Ein neuer Katheter-Dampfsterilisator mit Aufbewahrungsbehältern für die einzelnen Katheter. Von Dr. Bloch, Berlin. (Berlin. klin. W. Nr. 10.)

Während der aus vulkanisiertem Kautschuk bestehende Nelatonkatheter leicht in Wasser auszukochen und zu sterilisieren ist, ohne daß sein Material Schaden leidet, ergeben sich Schwierigkeiten für die Sterilisierung der mittelweichen Seidengespinst-Katheter mit Mercierscher Krümmung. Von Sterilisierungsmethoden für diese ist zu fordern, daß sie in kurzer Zeit Außen- und Innenseite des Katheters keimfrei machen, ohne daß das Material des Instruments geschädigt wird, d. h. die Imprägnierungsmasse weich und damit die Oberfläche rauh wird, und daß nach der Sterilisation keine chemischen Substanzen am Katheter haften bleiben, durch die bei der Einführung die Urethralschleimhaut gereizt werden könnte. Verf. empfiehlt einen von Casper angegebenen, von der Firma L. Löwenstein & Co.-Berlin angefertigten Apparat, der folgende Vorzüge aufweist: 1. Er ist außerordentlich handlich und daher geeignet, vom Arzt in der Sprechstunde und vom Patienten benutzt zu werden; 2. mehrere Katheter können gleichzeitig sterilisiert werden, ohne daß sie sich berühren und so eventuell miteinander verkleben; 3. die desinfizierten Katheter können darin eine zeitlang steril aufbewahrt werden; 4. der Dampfentwickler besitzt einen von dem Sterilisationsraum völlig getrennten Raum, wodurch eine Benetzung der Katheter mit kochendem Wasser völlig ausgeschlossen ist; 5. der Dampf wird gezwungen, die Lichtung der Katheter zu durchziehen, wodurch rasch die der Außen- und Innenseite anhaftenden Keime abgetötet werden.

Der Apparat besteht aus einem dosenförmigen Dampferzeuger,

um den drei bis vier Tuben kreisförmig herumgelegt sind; diese dienen zur Unterbringung der Katheter; sie stehen an einer Seite mit dem Dampfraum des Dampferzeugers in Verbindung und sind auf derselben Seite am Ende mit einer Verschraubung versehen, welche eine durchbohrte, in der Verschraubung drehbare Düse zum Aufstecken der Katheter besitzt; das andere Ende jeder Tube ist fest verschlossen. Der Dampf tritt aus dem Dampfraum durch die Kommunikation in die einzelnen Tuben, geht, die Katheter außen umstreifend, nach dem verschlossenen Tubenende zu und tritt durch die Katheterfenster in das Innere, durchzieht die Lichtung, um am anderen Ende durch die als Ventil wirkenden Düsen, auf welchen die Katheter aufgesteckt sind, ins Freie zu entweichen. Zum bequemeren Transport des Apparates befindet sich in der Decke des Kessels eine Einsenkung zur Aufnahme eines ebenso gestalteten Fußgestells, einer Spirituslampe, eines kleinen Bechers zum Abmessen der nötigen Wassermenge und einer Flasche für den Spiritus. Zum Gebrauch wird das Wasser durch die Füllöffnung eingebracht, die Spiritusschale in die Einsenkung des Fußgestells gestellt, auf welches dann der Dampferzeuger gesetzt wird. Eingehende Versuche zur Prüfung der Wirksamkeit haben ergeben, daß eine zweieinhalb Minuten lang ausgeübte Sterilisation der Katheter im Apparat genügt, um solche Mikroorganismen abzutöten, die für die Blase pathogen sind; nach fünf Minuten lang ausgeübter Sterilisation werden auch resistente sporenbildende Keime darin abgetötet. Ein so desinfizierter Katheter läßt sich mindestens 48 Stunden keimfrei im Apparat aufbewahren. Eine Störung in der Funktion des Apparates trat bei den Versuchen nie ein; die Dampfentwicklung trat ein bis drei Minuten nach Entzündung des Brenners auf. Die Instrumente waren bei der Herausnahme meist trocken und glatt, die Bildung von Kondenswasser also sehr gering.

Die physikalische Behandlung der Tabes dorsalis.

Von Dr. Tobias und Dr. Kindler, Berlin. (Berlin. klin. W. Nr. 9 und 10.)

Von den verschiedenen Theorien bezüglich der Aetiologie der Tabes hat am meisten befruchtend auf die Tabesbehandlung die Edingersche Abnutzungstheorie gewirkt, insofern als man danach von den früher geübten exzessiven Maßnahmen allgemein zurückgekommen ist und das Wesentliche der Tabestheorie in einer schonenden Behandlung erblickt. Eine Prophylaxe der Tabes ist heute noch unmöglich, ebenso erscheint eine Heilung im ganzen ausgeschlossen; es muß deshalb das Bestreben sein, die ausgebrochene Erkrankung so frühzeitig als möglich zu erkennen und durch geeignete Kautelen in Schranken zu halten.

Eine spezielle Diät für den Tabiker gibt es nicht; trotzdem ist die Ernährungsfrage von größter Wichtigkeit, weil die Tabes als sehr langwierige Krankheit eine sorgfältige Erhaltung der Kräfte erfordert. Reizlose, laktovegetabile Kost mit besonderer Berücksichtigung der Fette und Kohlehydrate ist im allgemeinen anzuraten, Fleisch wegen seiner irritierenden Eigenschaften einzuschränken; Alkohol in mäßigen Mengen als Anregungsmittel ist meist nicht zu entbehren. Energische Mastkuren üben auf die Tabes keinen günstigen Einfluß aus; forzierte Entfettungskuren können eine rapide Verschlimmerung des Leidens herbeiführen.

Die Massage kann gute Dienste leisten bei den allgemeinen Störungen des Gesamtorganismus, so bei Fettsucht, atonischer Obstipation, Muskelschwäche nach längerer Bettruhe; weiter ist sie von Nutzen bei Erscheinungen des tabischen Prozesses selbst; eine milde Streichmassage wirkt beruhigend bei Paraesthesien, lanzinierenden Schmerzen etc.; eine erregende Wirkung der Massage ist zu verwerten bei anästhetischen Zonen, Taubheitsgefühlen etc. Immer muß die Massage schonend und ohne große Kraft ausgeübt werden.

Allgemeine Gymnastik kommt nur für initiale Fälle oder für solche, die seit längerer Zeit keine Verschlimmerung, keinen Fortschritt, haben erkennen lassen, in Betracht. Als Indikation gilt nur das Erfordernis eines allgemeinen Kräftigungsmittels, als welches vorsichtige gymnastische Uebungen gelten können. Energisch zu warnen aber ist vor eigenmächtigem Gebrauch solcher, besonders nach irgend einem System (Müllern etc.).

Die kompensatorische Uebungstherapie der Tabes hat sich auch bei den Skeptikern Bürgerrecht erworben, wenn auch nicht in dem überschwänglichen Sinne der früheren begeisterten Anhänger. Man läßt den Tabiker üben, um die ataktischen Bewegungen zu vermindern, bezw. die Sicherheit des ganzen zu erhöhen. Je früher diese Behandlung beginnt, desto besser der Erfolg. Ob man die Uebungen an Apparaten vornehmen läßt, oder ob man sich einfacherer Hilfsmittel bedient, ist gleichgültig; die Hauptsache ist, daß der Kranke lernt, sie möglichst präzise auszuführen. Die dabei notwendige Anspannung der Aufmerksamkeit, die ungewohnte Muskel- und Nervenarbeit bringen manche Gefahren mit sich. Deshalb ist die sorgfältigste Ueberwachung notwendig; fortdauernd muß aufgepaßt werden, nicht nur welchen Einfluß die Uebungen auf die Ataxie, sondern auch auf den Allgemeinzustand ausüben. Dann läßt sich die Uebungsbehandlung in allen Stadien der Tabes, soweit sie mit Ataxie verbunden sind, anwenden. Ein Fortschreiten der Muskel- und Gelenksinnstörungen während der Beobachtung, Auftreten von Ermüdungserscheinungen während oder nach den Uebungen allgemein oder lokal im Kreuz oder in den Beinen zwingen zur Einstellung oder Einschränkung der Uebungen. Was die Häufigkeit der Uebungen betrifft, so empfiehlt es sich, sie etwa zweimal im Jahre in vier- bis sechswöchigen Kuren vornehmen zu lassen.

Mit der Hydrotherapie kann man einerseits auf den Gesamtorganismus günstig einwirken und andererseits einzelne Symptome bekämpfen. Bei frischeren, im Fortschreiten begriffenen Fällen mit hauptsächlich schmerzhaften Symptomen, Tabes dolorosa, kann auch die mildeste hydriatische Einwirkung die Reizerscheinungen verschlimmern. In den übrigen Fällen kann man gute Erfolge mit Vollbädern erzielen, am besten von 35° C. und 20 bis 60 Minuten Dauer, eventuell mit Zusatz von Sole, etwa 3 kg auf ein Vollbad; zwei bis drei Bäder pro Woche, zwölf bis achtzehn Bäder in einem Turnus sind ausreichend. Notwendig ist es, an die Bäder direkt Bettruhe anzuschließen; kalte Waschungen oder Uebergießungen sind kontraindiziert. Bei den Tabikern, deren Krankheitsprozeß relativ stillsteht, und die weniger über Schmerzzustände klagen, sind ganz besonders die Kohlensäurebäder indiziert, von 34 bis 35° C. und acht bis fünfzehn Minuten Dauer, zwei bis drei pro Woche. Hier können auch die noch energischer wirkenden Halbbäder von 34° C. mit Abkühlung um 3° und allmählichem Heruntergehen der Anfangstemperatur angewandt werden. Im allgemeinen ist es wichtig, nur mittlere Temperaturen zur Anwendung zu bringen; sehr kalte, wie sehr heiße (so alle Arten von Schwitzbädern) pflegen die Erscheinungen rapide zu verschlimmern. Bei den lanzinierenden Schmerzen können folgende Prozeduren empfohlen werden: Kurze, örtliche Abklatschungen von 18 bis 16° C. mit folgender kurzer Trockentupfung mit einem Frottiertuch, Packungen mit lauem Wasser von 31° C., die den Körper bis zur Achselhöhle umfassen, Applikation von Wärme auf den Rücken mit Hilfe von Sandsäcken, Thermophoren, Rückenschläuchen, die von warmem Wasser durchrieselt werden.

Die Elektrotherapie kann zur Linderung der Schmerzen herangezogen werden; ob die antineuralgische Wirkung eine subjektive ist oder eine objektive Grundlage hat, ist nicht entschieden. Welche Fälle für die elektrische Behandlung geeignet sind, muß im wesentlichen ausprobiert werden; auch ist nicht vorauszusagen, welcher Strom hilft; bei einem werden die Schmerzen durch Bepinselung mit der faradischen Bürste gelindert, bei dem andern tut die Galvanisation der Wirbelsäule mit der Massagerolle gute Dienste.

Neuere Arzneimittel.

Isoform. Nachdem das Isoform auf der chirurgischen Klinik in Breslau und von Galli-Valerio (1905) mit Erfolg erprobt worden ist, wird es als ungiftiges zuverlässiges Antiseptikum und Desodorans innerlich und äußerlich angewendet. Seiner Zusammensetzung $C_6 H_4 OCH_3 JO_2$ ist es ein Parajodanisol, ein schwach nach Anis riechendes, schwer lösliches, farbloses Pulver. Im Handel befinden sich: Isoformpulver, ein Gemisch aus gleichen Teilen Isoform und Calcium phosphoricum; Isoformpaste, bestehend aus Isoform und Glycerin āā, 1 %ige, 3 %ige und 10 %ige Isoformgaze und Isoformkapseln, die je 0,5 g



Isoform enthalten und zur Desinfektion des Verdauungstraktus verwendet werden. Fabrikant: Meister Lucius und Brüning in Höchst a. M.

Isoform ist auch enthalten in der seit kurzem von den Norddeutschen Chemischen Werken G. m. b. H., Berlin W. 8, in den Handel gebrachten **Saluferin-Zahnpasta,** die mit Seife hergestellt ist und nach Versuchen Dr. Sieberts an der Breslauer Universitäts-Hautklinik (Geheimrat Neisser) sich als ein sehr wertvolles Mittel zur Bekämpfung der Stomatitis mercurialis erwiesen hat. (Vergl. Deutsche Med. Wochenschr. 1907, Nr. 7.) Die bakteriologische Prüfung hat ergeben, daß es durch alleinige mechanische Reinigung der Zähne mit gewöhnlichem Wasser und der Bürste gelingt, die Zahl der Keime in der Mundhöhle vorübergehend auf etwa die Hälite zu verringern, daß aber die Zahl der Keime rasch wieder ansteigt; ferner daß bei Verwendung der Kalichloricum-Zahnpasta-Beiersdorff die Abnahme der Keime eine stärkere ist, daß aber auch hier die Zahl rasch wieder steigt; endlich, daß die Anwendung der Saluferin-Zahnpasta die bei weitem stärkste Verminderung der Keime und eine durch Wirkung der in Schleimhautwinkeln zurückbleibenden Reste des stark desinfizierenden Isoformpulvers verursachte langdauernde Hemmung der Wiederentwicklung der Mundparasiten zur Folge hat. So bewährte sich die Isoform-Zahnpasta in 45 Fällen von Stomatitis mercurialis, einer Affektion, die in ihrer Genese zu den Mundbakterien innige Beziehung hat; eine dreimal täglich vorgenommene Reinigung der Zähne mit Isoformpasta ließ in allen Fällen die ununterbrochene Durchführung der Quecksilberkur zu. Dr. Siebert kommt zu dem Schluß, daß die Saluferinpasta auf Grund der theoretischen und praktischen Versuche zur weiteren Anwendung nur empfohlen werden kann.

Peptannol. Fabr.: Dr. van Gember und Dr. Fehlhaber, Fabrik chem. pharm. Präparate, Berlin, Weißensee. Dr. Weitlauer empfiehlt in Nr. 8 der Münch. Med. Wochenschr. 1905 als Medikament bei Magenkatarrhen eine Kombination von Salzsäure, die die Verdauung befördere, und Gerbsäure, die adstringierend und mild desinfizierend wirke. Gegen Gicht und damit verwandte Affektionen rät San.-Rat Dr. Falkenstein (Berl. Klin. Wochenschr. 1906, Nr. 8) Zufuhr von Salzsäure anzuordnen, da er die harnsaure Diathese von einer Erkrankung der Magendrüsen abhängig macht. Diesen Anschauungen wird das Peptannol gerecht, das eine Kombination von 2% offiz. Salzsäure und 0,5% Gerbsäure, daneben von appetitanregenden Stoffen und Wein darstellt und den Anspruch erhebt, die beste Form zu sein, in der die Salzsäure dargeboten werden kann. Indikationen: akuter und chronischer Magenkatarrh und seine Folgezustände, drohende Gicht und harnsaure Diathese.

Patentnachrichten.

Patent-Anmeldungen.

30a. L. 21620. Chirurgische Zange. Ludwig Lieberknecht, Berlin, Dorotheenstr. 67. 9. 10. 05.

30d. W. 26069. Vorrichtung zum Verhindern des Stotterns. Ludwig Warnecke, Hannover, Brühlstr. 11. 25. 7. 06.

30d. W. 26070. Vorrichtung zum Verhindern des Stotterns. Ludwig Warnecke, Hannover, Brühlstr. 11. 25. 7. 06.

30h. F. 22574. Verfahren zur Herstellung reiner Lösungen der wirksamen Substanz der Nebenniere. Dr. Moritz Max Freund, Berlin, Münchenerstr. 45. 20. 11. 06.

30i. Z. 4877. Verfahren zur Herstellung formaldehydhaltiger Gummilösungen. Zieger & Wiegand, Leipzig-Volkmarsdorf. 7. 4. 06.

30k. G. 21709. Injektionsspritze mit einem hohlen, die Injektionsflüssigkeit aufnehmenden Kolben. Augustine Gaillot, Paris; Vertr.: C. Gronert und W. Zimmermann, Pat.-Anwälte, Berlin SW. 61. 10. 8. 05.

Für diese Anmeldung ist bei der Prüfung gemäß dem Unionsvertrage vom $\frac{20.\ 3.\ 83.}{14.\ 12.\ 00}$ die Priorität auf Grund der Anmeldung in Frankreich vom 24. 12. 04. anerkannt.

Patent-Erteilungen.

30d. 183362. Aus einem in die Gebärmutter einzuführenden Stiel und einer die Mündung bedeckenden Kappe bestehende Vorrichtung zum Verschließen der Gebärmutter mit Einrichtung zum Festhalten der Vorrichtung in der Gebärmutter. Fritz Küding jun., Malstatt-Burbach. 25. 3. 06. K. 31669.

30d. 183417. Verfahren zur Herstellung von zu Bandagen, Verbandudgl. Zwecken dienenden elastischen Bändern mit abwechselnd links und rechts gedrehten Kettefäden. Wilh. Jul. Teufel, Stuttgart, Neckarstr. 51. 28. 10. 04. T. 9964.

30d. 183418. Plattfuß-Bandage mit Einrichtung zum Anheben des Fußgewölbes. Heinrich Riechelmann, Hamburg, Eppendorferbaum 21. 15. 8. 05. R. 21499.

30g. 183334. Taschenbehälter für Speitücher mit je einem gesonderten Abteil für die reinen und gebrauchten Tücher. George Fingerhut, London; Vertr.: Dr. S. Lustig, Pat.-Anw., Breslau 2. 5. 06. F. 21706.

30h. 183465. Verfahren zur Herstellung eines in der Rinde von Rhamnus frangula oder Cascara sagrada enthaltenen Abführmittels; Zus. z. Pat. 175862. Dr. Hermann Emanuel Knopf, Frankfurt a. M., Kirchnerstraße 7. 19. 6. 06. K. 32289.

Gebrauchsmuster.

30d. 302809. Bruchbandfeder mit längs und seitwärts durch je eine Schraube verstellbarem Hals und durch eine Schraube nach jeder Richtung hin verstellbarer Pelotte. Gebr. Weck, Gräfrath, Kr. Solingen. 22. 1. 07. W. 21743.

30f. 302812. Auf mit Luft gefüllte Unterlagen gelagerter Massagestuhl zu Erschütterungsmassagezwecken. Gustav Adolf Schmitz, Linden b. Hannover, Jakobstr. 15. 25. 1. 07. Sch. 24883.

30k. 303233. Mittels Fingerdrucks zu regulierendes Verschlußstück für alle Arten von Irrigator-Spülinstrumenten. Carl Rauch, Cassel, Moltkestraße 9. 21. 1. 07. R. 18612.

30k. 303278. Saugapparat mit seitlichem Tubus zur Einführung von Instrumenten beliebiger Art unter gleichzeitiger Wahrung der Luftverdünnung im Apparat. Medicinisches Warenhaus Akt.-Ges., Berlin. 1. 3. 07. M. 23735.

30a. 303790. Blutentziehungsinstrument, bestehend aus einer Metallplatte mit zwei federnden Fingerhaltern und einer federnden Lanzette. Fa. F. L. Fischer, Freiburg i. Br. 22. 2. 07. F. 15237.

30d. 303750. Bruchband mit verstellbarer und abnehmbarer Pelotte. Rudolf Thate, Chemnitz, Brauhausstr. 5. 5. 3. 07. T. 8349.

30d. 303759. Aus zwei mittels Bügel verbundenen Wärmflaschen bestehender Bettschwitzapparat. Gotthelf Dillner, Obergohlis bei Dresden. 8. 3. 07. D. 12472.

30e. 303606. Krankentransportwagen mit verstell- und abnehmbarer Tragbahre. Fritz Engelhardt, Scherpenberg b. Mörs, und Wilhelm Erbach, Mörs. 25. 2. 07. E. 9855.

30f. 303532. Apparat zur Heißluftbehandlung mittels regulierbar und gleichmäßig verteilt erwärmter und trocken gehaltener Luft. Dr. Hans Bardey, Bad Stuer i. Meckl. 5. 12. 06. B. 32869.

30f. 303568. Hartglasstab nach Gebrauchsmuster 214922, mit dickerem, knopfförmigen, im Winkel von 45° gebogenem Ende. Dr. Otto Krug, Magdeburg, Breiteweg 128. 9. 2. 07. K. 30181.

30f. 303626. Elektromagnetischer Massierapparat. Felix Singer, Berlin, Regensburgerstr. 36. 6. 3. 07. S. 15062.

30f. 303730. Aus einem Stahlbande bestehender Ring für Heilzwecke, dessen Stoßflächen mit einem nicht magnetischen Element verbunden sind. Russell Allport und Thomas Mormoyle, Hobart, Tasmanien, Austr. Vertr.: Dr. Uhlig, Rechtsanwalt, Dresden. 3. 1. 07. A. 9794.

30f. 303751. Induktionsstab mit durch Steckkontakt anschließbarer Untersuchungslampe. Medicinisch-technische Gesellschaft m. b. H., Berlin. 6. 3. 07. M. 23775.

30f. 303752. Elektrode für Induktionsstäbe mit Oesen zur Aufnahme von Hilfselektroden. Medicinisch-technische Gesellschaft m. b. H., Berlin. 6. 3. 07. M 23776.

30f. 303753. Klammer zur Befestigung von Hilfselektroden an stabförmige Induktionsapparate. Medicinisch-technische Gesellschaft m. b. H., Berlin. 6. 3. 07. M. 23777.

30k. 303534. Zerstäuber nach Gebrauchsmuster 302550 mit einfach gebogenem Ausströmungsrohr. Alfred Garbe, Hannover, Stiftstr. 10. 31. 12. 06. G. 16768.

30f. 303743. Taschenkatheterisator mit am Gehäuse angeordneten, federnden, eine Zange bildenden Armen zum Festhalten und Einführen eines weichen Katheters. Fa H. Reiner, Wien. Vertr.: G. Dedreux und A. Weickmann, Pat.-Anwälte, München. 1. 3. 07. R. 18867.

30g. 304297. Säuglingsflasche mit konkavem Innen- aber planem Außenboden zwecks bequemer und sicherer Reinigung und mit spiralförmiger Verdickung am Hals als Sicherheitsvorrichtung gegen Abrutschen des Säugers. Dr. Otto Willke, Braunschweig, Fallersleberstr. 41. 24. 1. 07. W. 21751.

30g. 304301. Säuglingsflasche mit Einpressung der Zahl, Zeit und Größe der Säuglingsmahlzeiten für jedes Alter des Säuglings. Dr. Otto Willke, Braunschweig, Fallersleberstr. 41. 18. 2. 07. W. 21899.

30a. 304776. Optisches Instrument zur Untersuchung von Körperhöhlen, mit gebrochener optischer Achse, dadurch gekennzeichnet, daß dasselbe bei unveränderter Sehrichtung kein Spiegelbild gibt. H. Kollmorgen, Berlin, Bülowstr. 56. 16. 3. 07. K. 30509.

30a. 305049. Optisches Instrument zur Untersuchung von Körperhöhlen, mit gebrochener optischer Achse, dadurch gekennzeichnet, daß dasselbe bei unveränderter Sehrichtung kein Spiegelbild gibt. H. Kollmorgen, Berlin, Bülowstr. 56. 16. 3. 07. K. 30508.

30f. 304602. Tubus für Behandlung innerer Organe mit Röntgenstrahlen, am Vorderende aufgebogen. Fa. C. H. F. Müller, Hamburg. 4. 3. 07. M. 23758.

30k. 305061. Atmungsbalg für Asthmatiker. Paul Kuschla, Berlin, Potsdamerstr. 80. 20. 3 07. K. 30552.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Köln a. Rh. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von Heynemannsche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Nr. 21. 1907. 22. Juli.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.



Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Der Einfluss der Domestikation auf die Stuhlentleerung.

Von **Dr. Karl Lewin** in Halle a. S.

v. Hansemann hat als Erster darauf hingewiesen*), daß aus der großen Zahl der kulturellen Schädigungen diejenigen einer besonderen Hervorhebung bedürfen, welche durch die Domestikation der Menschen entstanden sind, d. h. durch den Uebergang aus dem Leben im Freien zu dem Bewohnen geschlossener Räume. Unter den durch die Domestikation entstandenen Krankheitsgruppen erwähnt v. Hansemann auch die Verdauungskrankheiten.

In Anlehnung hieran möchte ich darauf aufmerksam machen, daß in der Aetiologie der Verdauungsstörungen bisher in einseitiger Weise vorwiegend die Abweichungen von der ursprünglichen Ernährung in Erwägung gezogen worden sind. Nicht minder wichtig ist es jedoch, auch Betrachtungen anzustellen über die Unterschiede, wie der Mensch vor und nach der Domestikation seinen Darminhalt entleerte.

Im Freien erfolgte die Stuhlentleerung nicht sitzend, sondern breitbeinig in tiefer Kniebeuge stehend; wahrscheinlich stützte man sich noch mit den Fingerspitzen leicht auf die Erde zwischen beiden Füßen. Die Fußsohlen und Fingerspitzen sind somit als die eigentlichen Stützpunkte der Bauchpresse zu betrachten. Eine zweckmäßige Verstärkung erhielt die letztere durch den Kraftaufwand, der zur Erhaltung des Gleichgewichts in der Kniebeugestellung notwendig ist.

Eine gänzliche Verschiebung dieser Verhältnisse wurde durch die Defäkation auf dem Klosett herbeigeführt. Nicht stehend, sondern sitzend findet die Stuhlentleerung statt. Die Körperlast ruht nicht mehr auf den Fußsohlen und Fingerspitzen, sondern vorwiegend auf der Hinterfläche der Oberschenkel. Das bequeme Sitzen erfordert nicht die Anstrengung wie die Kniebeugestellung. Die Bauchpresse, ihrer ursprünglichen Stützpunkte und ihrer ursprünglichen Verstärkung beraubt, ist nun nicht mehr imstande das zu leisten, was sie vor der Domestikation des Menschen geleistet hat. Mangelhafte Fortbewegung des Darminhaltes in der oberen Hälfte des Verdauungskanals und nicht genügend ergiebige Kotentleerung ist die selbstverständliche Folge. Ueberdehnung und Verlagerung des ganzen Darmtraktus und seiner Aufhängebänder konnten nicht ausbleiben. Die hereditäre Uebertragung dieser erworbenen Eigenschaften auf die Nachkommen erklären die „Darmschwäche" unserer Zeit fast allein von diesen Gesichtspunkten aus.

Für die kommenden Generationen könnte demnach die Rückkehr zur natürlichen Defäkation eine ganz außergewöhnliche Bedeutung haben. Nicht nur viele Magen-Darmkrankheiten und besonders die Enteroptose würden zu den Seltenheiten gehören. Vermutlich würden auch viele Nervenleiden, Hautkrankheiten und andere durch Intoxikation vom Intestinaltraktus verursachten Störungen verschwinden.

Gegenwärtig kann man jedoch von der Stuhlentleerung in Kniebeuge nicht allzuviel erhoffen, da die oben erwähnten Veränderungen des Verdauungskanals bei der jetzigen Generation ein eklatantes Resultat unmöglich machen. Nichtsdestoweniger habe ich auf Grund obiger Ueberlegung seit einigen Jahren Patienten mit dyspeptischen Störungen oder hartnäckiger Obstipation zur Defäkation in tiefer Kniebeuge veranlaßt. Ueber die Schwierigkeiten, welche hierbei die Klosetteinrichtung bietet, half die Findigkeit der Patienten hinweg. Der eine rückte eine Kiste dicht an das Klosett heran, stellte sich auf dieselbe breitbeinig in tiefe Kniebeuge und entleerte so den Darm in das Kloset hinein. Ein anderer benutzte dazu zwei gewöhnliche Fußbänke, welche er, etwa einen halben Meter voneinander entfernt, dicht an das Klosett rückte, stellte auf jede derselben einen Fuß, und war so ebenfalls in der Lage, die Stuhlentleerung auf dem Klosett nicht sitzend, sondern breitbeinig in tiefer Kniebeuge stehend zu verrichten. Ein dritter zog einfach die Stiefeln aus und stellte sich direkt auf das Klosett.

Die Dyspeptiker gaben fast sämtlich an, eine erheblich größere Menge Kot entleert zu haben, als dies früher der Fall war; die dyspeptischen Beschwerden wurden erheblich geringer.

Auch bei hartnäckiger Obstipation erwies sich die Defäkation in Kniebeuge ab und zu als ganz zweckmäßig. Ein Patient, der angeblich seit zwanzig Jahren nicht ein einziges Mal ohne Klystier Stuhlgang erzielte, hat seit dem Tage, wo er mit der Defäkation in Kniebeuge begann, regelmäßig spontan zwei bis drei Stuhlentleerungen täglich. In vielen anderen Fällen, besonders bei Frauen, versagte dieses Mittel allerdings gänzlich.

Sollten obige Ausführungen allgemeine Zustimmung finden, so ergibt sich daraus die Notwendigkeit, daß die Klosetts außer der jetzigen Sitzgelegenheit auch die Möglichkeit bieten, die Defäkation in Kniebeuge zu verrichten. Dies läßt sich in einfacher Weise dadurch erreichen, daß vor dem Klosettsitz eine Schwelle (Trittbrett) angebracht wird von 15 bis 20 cm Höhe und je einen Meter Länge und Breite. Unseren Nachkommen bliebe es dann vorbehalten, allmählich die Sitzgelegenheit zu beseitigen und gänzlich zur Defäkation in Kniebeuge zurückzukehren. Dies könnte in einfachster Weise dadurch ermöglicht werden, daß die Höhe des Klosettsitzes nur 10 bis 15 cm beträgt; die für die Jetztzeit empfohlene Schwelle fällt dann natürlich wieder fort.

Anm. d. Red. Ich habe neulich Gelegenheit gehabt, ganz ähnliche Vorschläge zur Therapie der Obstipation, besonders der habituellen, wie sie unser geschätzter Mitarbeiter hier gibt, von Geheimrat Ewald in Berlin zu hören; er gab an, daß er allein durch Anordnung der physiologischen Stellung bei der Defäkation ganz eklatante Erfolge errungen habe.

*) Internat. med. Kongreß zu Lissabon. 19. bis 26. April 1906.

Ueber Pelveographie.

Von **Dr. Stefan Gaszynski,** Warschau.

In meinen vorhergehenden Arbeiten, wie: „Eine neue Theorie über Beckenmessung und die Beschreibung eines neuen Pelvimeters“ (Zentralbl. f. Gynaekologie Nr. 52, 1904), — „Zur Mechanik der Geburt, Einzelne Komponenten des Beckenbaues, Die Abhängigkeit der Conjugata vera vom unteren Symphysenwinkel“ (Zentralbl. f. Gynaekologie Nr. 25, 1905), — habe ich klar auseinandergesetzt, daß in den meisten pathologischen Becken die Abmessung der Conjugata diagonalis nicht ausreicht. Ihre absolute Größe, falls sie nicht im ganzen in Sicht genommen wird, muß stichhaltig angesehen werden, da die Beziehung der Conjugata diagonalis zur C. vera sehr schwankend ist und von der Größe der Beckenverengung, von der Höhe der Symphysis pubis und hauptsächlich von der Größe des unteren Winkels der Symphysis abhängt. Die Fehler, welche wir bei der Beschätzung der C. vera nach der C. diagonalis begehen, können 5—6 cm und mehr erreichen, was bei einer so kleinen Länge der üblichen Beckenweiten nicht ohne Einfluß bleiben kann.

Aber ungeachtet des Fehlers, den wir somit begehen, indem wir aus der einen Weite auf die andere schließen, kommt in dem Bau der pathologischen Becken noch ein Faktor zum Vorschein, der uns zu einer genauen Untersuchung der Becken sub partu veranlaßt.

Es genügt, die monumentalen Werke der Wiener Autoritäten auf dem Gebiete der pathologischen Anatomie (Breus et Kolisko) nachzuforschen, um die Ueberzeugung zu gewinnen, daß Conjugata obstetrika nicht immer auch die minimale Beckenweite besitzt. Conjugata minima befindet sich in dem mittleren und unteren Teile des Beckenkanals bei den meisten durch den Assimilationsprozeß entstandenen Becken (Assimilationsbecken), welche überhaupt in den pathologisch veränderten Becken eine vorwiegende Erscheinung darbieten. Zu derselben Kategorie werden auch kyphotische sowie alle anderen trichterförmigen Becken gezählt.

Die Aufgabe eines jeden Klinizisten besteht daher in keinem Falle in einer nach der Schablone asugeführten Messung des Beckeneinganges, sondern in der Bestimmung, wo eigentlich die Conjugata minima in dem Becken sich befindet und welche Länge sie besitzt.

Es befindet sich die Beckenverengung nicht immer in einem und demselben Durchschnitte: sie umfaßt oft eine breite Zone. Die Aufgabe eines Klinizisten besteht somit darin, bestimmen zu lernen, auf welcher Höhe des Beckenkanals sich die Verengungszone befindet, und ihre Weite kennen zu lernen.

Die Tiefe des Beckenkanals (vide Fig. IV meiner Arbeit: „Zur Mechanik der Geburt“ usw.) spielt im Verlaufe der Geburt eine sehr wichtige Rolle. Es verhält sich der Beckenkanal in Beziehung auf den Foetus (Geburtsobjekt) und vice versa anders bei einem tiefen und anders bei einem flachen Kanale. Der Geburtsmechanismus unterliegt dann besonderen Entwicklungen. Es paßt sich der Kopf veränderlich in einer engen und in einer weiten Verengungszone. Die klinische Beobachtung unterscheidet alle diese Einzelheiten sehr genau.

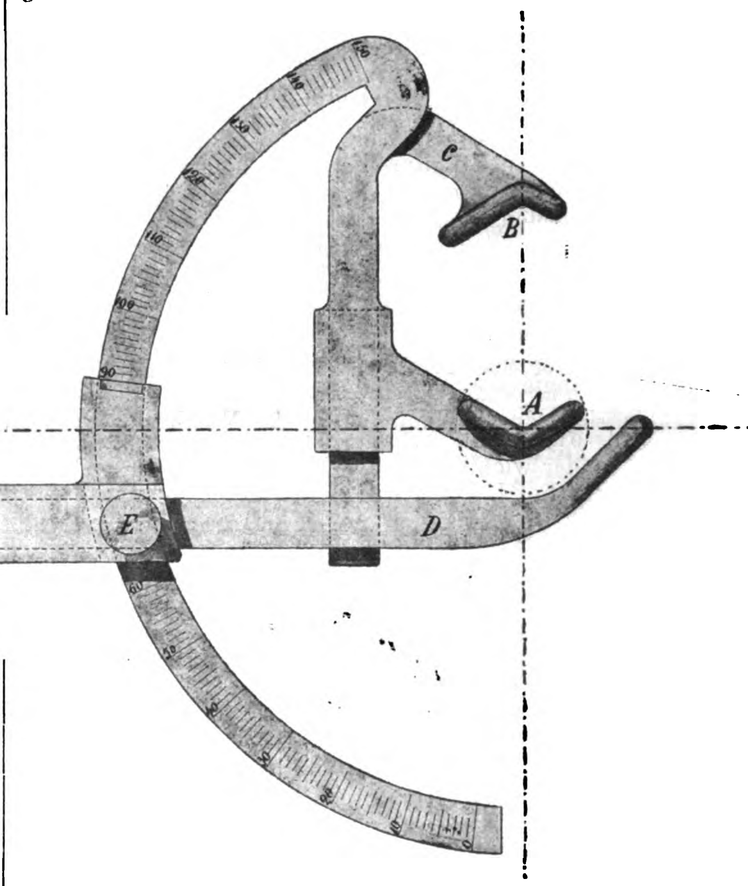
Indem man die Schablone bei Seite läßt, muß man bei dem klinischen Vorgehen alle Mitfaktoren, Komponenten des Beckenbaues berücksichtigen, um den Fall zu beherrschen und zu rechter Zeit die richtige Tätigkeit zu entfalten.

Eine vor der Geburt ausgeführte graphische Abbildung des Beckenkanals entfernt jede Zweifelhaftigkeit und gewährt dem Vorgehen volle Bedeutung.

Die weltlichen Museen beherbergen viele wertvollen und belehrenden Exemplare, die die zweifelhaften Probleme lösen, die aber nicht für jeden zugänglich sind.

Die Verbreitung der erlangten wissenschaftlichen Erfolge ist fast unmöglich, da, beim Mangel an graphischen Darstellungen des Beckenkanals in seiner ganzen Ausdehnung, alle Studien mehr von der persönlichen Empfindlichkeit, als von den konkreten unwiderlegbaren Basen abhängen müssen. Die Pelveographie gestattet uns, die persönlichen Empfindungen und Wörter in Bilder und Ziffern umzugestalten, und dann werden die Exemplare und der wissenschaftliche Erwerb der einen Museen mit denen der anderen verglichen und nachgeforscht werden können. Die Wissenschaft wird dadurch vertieft und für alle Forscher zugänglich.

Die Technik der Pelveographie sowie der Pelveograph selbst sind in den oben erwähnten Arbeiten genau beschrieben worden. Ich werde also nur auf die Einzelheiten davon eingehen müssen.



Die Technik selbst der Weitenaufnahme besteht in dem Anfassen der Symphysis pubis mittels Pelveometers in den Punkten A und B, in dem Verschieben der abgerundeten Enden der Lineale D bis zu dem gewünschten Punkte auf dem hinteren oder vorderen Beckenrande.

Die Zeichnungstechnik eines entsprechenden Beckens besteht darin, daß wir das Instrument auf dem Papier in der für eine gewisse Weite entsprechenden Lage ordnen und die Berührungspunkte des Instrumentes mit dem Beckenkanale anzeichnen. Die Symphysis pubis gilt dazu als Basis. Bei den Beckenmessungen in viva wird die Anfassungslinie der Symphysis mittels des Pelveographs nicht immer der idealen Linie, welche die Höhe der Symphysis kennzeichnet, angepaßt. Ungeachtet davon, wie Symphysis pubis angefaßt wird, bleiben die abgemessenen Punkte gegenseitig ohne Aenderung und die Zeichnung gewährt immer eine mathematische Genauigkeit.

An die sattelartigen Endungen in den Punkten A und B des Instrumentes können dünne Gummihütchen angelegt werden, um die Empfindlichkeit beim Anfassen zu lindern, event. um die



Beschädigung der weichen Teile zu vermeiden, insofern die Beckenmessungen unter Narkose vorgenommen werden. Da das *Instrument* während der ganzen Dauer der Beckenmessung unbeweglich, d. h. ohne seine einmal erwählte Lage zu ändern, *gehalten* wird, bleibt auch die Beziehung der abgemessenen Punkte unverändert und streng mathematisch.

Die beigefügte Abbildung erklärt besser als die Worte das sonst ganz einfache Instrument.

Yoghurt.

Die Tatsache, daß die Bakterien zur normalen Verdauung unentbehrlich sind, ist jetzt allgemein bekannt und anerkannt; und die Versuche von Thierfelder, Nuttal, Schottelius, Kijanitzka u. a., die den Beweis erbrachten, daß das von der Mutter unabhängige Tier seine Ernährung ohne Mithilfe der Mikroorganismen nicht zu vollführen vermag, ein Ergebnis, das ohne Zweifel auch auf den Menschen Anwendung finden darf, haben nicht nur das Interesse der Fachgenossen, sondern auch der Laien wachgerufen. Da es entschieden ist, daß wir eine Bakterienflora im Darm brauchen — normalerweise beträgt der Gewichtsanteil der Bakterienleiber im trockenen Kot etwa ein Drittel des Gesamtgewichtes (Straßburger) oder nach anderen vier Fünftel des Gewichtes des frischen Kotes — so wäre es unrichtig, als Ziel therapeutischer Maßnahmen eine Desinfektion des Darmes zu erstreben, ein Streben, das ja auch in krassem Widerspruch gegen die physiologischen Verhältnisse steht, die uns zwingen, tagtäglich mit der Nahrung ungezählte Scharen von Mikroben zuzuführen. Das Zeitalter der bedingungslosen Bakterienfurcht neigt sich seinem Ende zu. Eine andere Frage aber taucht auf: Die Frage, welche Bakterienarten für die Verdauung die besten Mitarbeiter darstellen. Bekanntlich hat auch schon der Säugling seine Bakterien im Darm und ist es von fundamentaler Bedeutung, insbesondere für den künstlich genährten, welche Bakteriengruppen die dominierenden sind; durch Veränderung der Ernährung kann man z. B. leicht die Fäulniserreger durch die Gärungserreger überwinden lassen und umgekehrt: dies sind aber mitunter Eingriffe von schwerwiegender Bedeutung für den Organismus. Auch für den Erwachsenen sind gewisse Bakterienarten von größerem Werte als andere und hat man es in der Hand, die schädlichen auszumerzen und die günstig wirkenden in ihren Wachstums- und Fortpflanzungsbedingungen zu unterstützen.

Zwei Bakterienarten sind es, die man aus dem Chaos der zum größten Teil noch unbekannten Darmmikrobenarten mit Regelmäßigkeit im Stuhle isolieren kann: Das Bakterium coli commune und Bacterium lactis aërogenes. Da das erstgenannte unter Umständen schädlich wirken und zur Krankheitsursache werden kann (Cholecystitis, Cholangitis, Peritonitis, Appendicitis, weiterhin Cystitis, Pyelytis, Meningitis, Panaritium, Gasphlegmone, Sepsis usw.), wenn Virulenz und Gewebsalterationen ihn dazu befähigen, das Bakt. lactis aërogenes aber ein sehr harmloser, physiologisch dagegen sehr wirksamer Spaltpilz ist (Mannaberg), so wird es in einer Reihe von Fällen vorteilhaft sein, den Milchsäurebazillus zu dem dominierenden zu machen.

Wie Dr. Löbel-Dresden in der „Therapie der Gegenwart", 1907, Märznummer, ausführt, hat man diesen Eingriff schon lange unbewußt durch Verabreichung saurer Milch, besonders der auf der Balkanhalbinsel gebräuchlichen, Yoghurt genannten Dickmilch vollzogen. Eingeführt in die Therapie wurde Yoghurt durch Dybowski und theoretisch seine Verwendung begründet von Metschnikoff. Das zur Bereitung dieser Sauermilch verwendete Mayaferment Dr. Trainer (von Osk. Mühlradt, Berlin 23) ist eine Reinkultur des Milchsäurebazillus; durch Zusatz derselben wird die beim Genuß gewöhnlicher saurer Milch im Magen auftretende Butter- und Essigsäuregärung dadurch vermieden, daß das Bakt. lactis das Uebergewicht über seine Begleiter hat und die Konkurrenten am Gedeihen hindert. Auch das Bakt. coli und andere unangenehme Darmmikroben werden durch die in großen Mengen zugeführten Milchsäurebazillen verdrängt, wie das Metschnikoff experimentell dargetan hat.

Man kann also — und die Erfolge Dr. Löbels sprechen dafür — Yoghurt prophylaktisch verwenden, d. h. um das Ueberwuchern schädlicher Darmparasiten zu verhindern, und zugleich zu therapeutischen Zwecken, nämlich um durch die produzierte Milchsäure die Darmschleimhaut zu lebhafterer Sekretion und die Darmmuskulatur zu lebhafterer Peristaltik anzuregen; ferner betont Dr. Löbel l. c., daß das Yoghurt antifermantativ, desinfizierend wirke und abnormen Gärungsprozessen entgegenwirke. Die Versuche Dr. Löbels, die ihm einen Hinweis auf Yoghurt gerechtfertigt erscheinen lassen, erstrecken sich auf chronischen Darmkatarrh, Dyspepsie, habituellen Meteorismus und lassen vermuten, daß dieses Medikament (wegen der durch Reize der Duodenalmucosa hervorgerufenen Kontraktionen der Gallenwege) auch zur Therapie des Katarrhes und Verschlusses der Gallenwege herangezogen zu werden verdient und auch auf den Gesamtorganismus von günstigem Einfluß ist, insofern als durch Verdrängen der Fäulniserreger im Darm das in der Nahrung zugeführte Eiweiß zu einem höheren Prozentsatz für die Ernährung verwendet wird, als wenn ein großer Teil fault und zu giftigen Substanzen zersetzt wird.

Periodische Literatur.

Beiträge zur Behandlung der Laugenverätzungen der Speiseröhre. Von Baß. (Wiener klinische Wochenschrift Nr. 11.)

Die Prognose der Laugenverätzungen ist traurig. Ein Viertel der Kranken stirbt, von den überlebenden behält die Hälfte schwere, die übrigen leichte, nur sehr wenige gar keine Strikturen. Die Therapie ist im Anfang, abgesehen von der illusorischen Wirkung schwacher Säuren, rein symptomatisch: Darreichung von Eis, Narkotizis, Exzitantien, Rektalernährung, später Darreichung von flüssiger Nahrung. Mayol hat die primäre Gastrostomie vorgeschlagen, um den Oesophagus ruhig zu stellen und doch den Kranken zu ernähren. Dies Verfahren beschränkt sich aber auf Fälle von beträchtlicher Abstoßung mortifizierter Teile des Oesophagus, von komplettem, entzündlichem Verschluß desselben und auf jene Fälle, wo man aus dem wiederholten Hervorwürgen blutigeitriger Massen den Durchbruch eines perioesophagealen Abszesses erschließen muß. Von anderer Seite ist die Einführung eines weichen Schlundrohres bald nach der Verätzung vorgeschlagen. Dadurch aber entsteht die Gefahr eines Dekubitus mit allen seinen bösen Folgen. So bleibt nur die methodisch geübte intermittierende Bougierung als eigentliche Therapie übrig. Von vielen Seiten wird vor dem Beginn vor Ablauf von drei bis vier Wochen nach der Verätzung gewarnt. Allein das frühzeitige Einsetzen dieser Behandlungsmethode — zu Anfang der dritten Wochen — bei sehr bald nach der Verätzung zur Behandlung kommenden Patienten hat gewisse Vorteile. Man kann mit dicken, weichen Sonden arbeiten, ohne Gefahr einer Perforation und ihrer Folgen, Strikturen mit ihren Folgeerscheinungen werden vermieden und die Ernährungsverhältnisse günstig gestaltet. So hat Verf. sehr günstige Resultate erzielt; er verwendet dabei Sonden mit einem Mantel aus gefirnißtem Gewebe und einem Kern von ineinander geflochtenen Bleidrähten. Die Aetzstrikturen sind nicht immer ringförmig; ihre Längenausdehnung ist sehr verschieden, sie treten multipel auf, es besteht die Gefahr eines häufigen Steckenbleibens von Fremdkörpern; und die Gefahr für den Patienten durch Anwendung feinster Sonden ist groß. Rezidive sind nicht selten. In Fällen, die so zur Behandlung kommen, ist die Gastrostomie angezeigt, um den Patienten aufzufüttern und dann unter günstigeren Verhältnissen die retrograde Bougierung ohne Ende mit Drains oder dem Eiselsbergschen konischen Schlauch durchzuführen. Verf. hat außerdem das Thiosinamin angewandt; jegliches Bougieren, mit Ausnahme der Revisionen, hörte während dieser Behandlungsmethode auf. Die Versuche hatten gute Resultate; die Strikturen wurden nicht nur nicht enger dabei, sondern dehnten sich öfters. Die anschließende Bougierung ging leicht und erfolgreich vor sich, so daß Verfasser dies Verfahren für schwer sondierbare, jedoch mindestens flüssige Nahrung durchlassende Strikturen empfiehlt. Bei Vorhandensein frischer Operationsnarben



bei Tuberkulose usw. erscheint die Thiosinaminbehandlung kontraindiziert.

Einiges zur Bierschen Stauung. Von Lichtenstein, Frankfurt a. O. (Allgem. Medic. Cent.-Ztg., Nr. 9.)

L. steht auf dem Boden funktionell-humoralpathologischer Begriffe; er ist begeisterter Anhänger der physikalischen Heilmethoden, besonders der Hydrotherapie, und hat damit sehr günstige Resultate auch ohne Biersche Stauung erzielt. Er betrachtet die Biersche Stauung als eine wertvolle Bereicherung seiner Mittel, sie soll jedem Einsichtigen als der Typus der Therapie gelten und dann als Beweis, daß jede Heilung und die Möglichkeit einer Heilung und die Grenzen einer Heilung sich eng an das Gefäßleben anschließen, wie er schreibt. Gute Erfolge hat Verf. — und zwar oft neben Anwendung der bisherigen Mittel — gesehen bei gichtischen, eitrigen Entzündungen nach Scharlach, Furunkeln, Karbunkeln, Mastitis, Abszessen, Sehnenscheidenentzündungen, Septikaemie, eitrigen Prozessen am Kopfe, Kopfschmerzen usw. Selbst bei chronischer Gelenktuberkulose gelingt die Heilung. Allerdings hat auch Verf. in einem Fall von Fußknochentuberkulose mit Sehnenentzündung ein allgemeines skrophulöses Ekzem sich entwickeln sehen, und in einigen Fällen von Armstauung bemerkte er Anschwellungen der Achseldrüsen der anderen Seite. Der Anwendung der Schröpfköpfe bei Lungenentzündung, trockenen Pleuritiden usw. stellt er eine gute Prognose. Die Bierschen Methoden verdienen nur eine ausgedehnte Anwendung, wenn sie 1. umständliche physikalische, bezw. hydrotherapeutische Heilmethoden ersetzen, 2. in der Wirkung und ihrem Erfolge ihnen noch überlegen sind, 3. in der Praxis leicht anwendbar sind, 4. dem biologischen Verständnis nicht widersprechen, 5. den therapeutischen Anschauungen neue Wege erschließen, 6. eventuell in Verbindung mit anderen physikalischen Hilfsaktionen anwendbar sind.

Novaspirin, ein verbessertes Aspirin. (Allg. Med. Cent.-Zeitg., Nr. 9.)

Aspirin wird nicht immer gut vertragen; Magendrücken, Aufstoßen, Uebelkeiten treten auf. Novaspirin enthält diese Schädlichkeiten nicht, an Stelle des Essigsäureesters des Aspirins ist die Methylenzitronensäure getreten. Seine schweißtreibende Wirkung ist geringer, die antifebrile schwächer, die Resorption und Spaltung tritt langsamer ein, die Ausscheidung dauert länger, der therapeutische Effekt hält daher länger an. Der günstige Einfluß auf Gelenkschmerzen und -Schwellungen, Menstrualkoliken, überhaupt seine nervenberuhigende und schmerzlindernde Wirkung wird gerühmt. Spezifisch soll es bei Erkältungskrankheiten wirken. Zweckmäßig ist, bei höherer Temperatur mit Aspirin die Kur zu beginnen und mit Novaspirin fortzusetzen. Die Einzeldosis sei 1 g, drei- bis viermal täglich, in schwereren Fällen wiederholt.

Neuere Arzneimittel.

Spermathanaton. Fabrikant: Chem. Laboratorium „Nassovia", Wiesbaden. Läßt man Kohlensäure auf Salze der Metaborsäure einwirken, so bildet sich neben Bikarbonat Tetraborsäure; letztere beide Substanzen reagieren weiter miteinander unter Bildung von Tetraborat, Kohlensäure und Wasserstoffsuperoxyd.

$$4\,NaBO_2 + 4\,CO_2 + 3\,H_2O = H_2B_4O_7 + 4\,NaHCO_3$$
$$H_2B_4O_7 + 2\,NaHCO_3 = Na_2B_4O_7 + CO_2 + H_2O_2.$$

Daß das Wasserstoffsuperoxyd ein ausgezeichnetes Desinfiziens ist, hat man in letzter Zeit immer mehr und mehr einsehen gelernt. Diese Tatsachen veranlaßten das Chem. Labor. „Nassovia", die genannten chemischen Substanzen zur Herstellung eines antikonzeptionellen Mittels, des Spermathanatons oder Spetons, zu benutzen. Dieses kommt in Form schwach komprimierter Pastillen in den Handel, von denen vor dem Koitus eine in die Vagina eingeführt wird; das Wasserstoffsuperoxyd wird nach obigen Gleichungen frei und in der Scheidenflüssigkeit fein verteilt, so daß es eine längere Zeit anhaltende bakterizide und natürlich auch spermatozide Wirkung entfalten kann.

Daß die Applikations- und Wirkungsweise im Vergleich zu anderen Antikonzipientien äußerst dezent ist, muß ohne weiteres zugegeben werden. Auch die erzielte Sicherheit vor Konzeption hat sich praktisch als genügend herausgestellt. So berichtet Dr. Kramer in der Oesterreich. Aerzte-Zeitung 1907, Nr. 10, p. 167 ff. von mehreren Fällen, wo die Indikation, den Eintritt oder Wiedereintritt der Gravidität zu verhüten, gegeben war und durch Anwendung des Spermathanatons erfüllt wurde. Ebenso sichere Wirkung hat Dr. R. Braun gesehen; er berichtet darüber in der Med. Woche 1906, Nr. 13. Einige Fälle sind ausführlich behandelt, u. a. ein Fall von außergewöhnlicher Foecunditas bei schwierigen Geburtsverhältnissen, ferner ein Fall, wo der Eintritt der ersten Gravidität wegen einer Reise unerwünscht war; in diesen und anderen Fällen leistete Spermathanaton die gewünschten Dienste.

Stramonium-Räucherpapier. Fabrikant: G. Vorlaender Nachf., chem. Fabrik, Bad Oeynhausen. Als besondere Vorzüge ihrer Stramoniumpräparate führt die Firma an, daß bei der Herstellung im Gegensatz zu amerikanischen und französischen Spezialitäten nur frische Kräuter zur Verwendung kommen und daß ein großer Wert auf eine praktische, die Anwendung erleichternde Form gelegt wird. Nachdem die Firma schon länger Stramonium-Zigaretten in den Handel gebracht hat, stellt sie seit einiger Zeit Stramonium-Räucherpapier her, das aus reiner mit Salpeter imprägnierter Zellulose besteht und einen doppelseitigen Ueberzug feinst gepulverter, frischer Stechapfelblätter trägt, also die Vorzüge der Charta nitrata und der Folia Stramonii vereinigt. Stengel und Blattrippen werden bei der Herstellung des Pulvers völlig ausgeschieden. Der widrige Geruch der glimmenden Stechapfelblätter wird durch einen geringen Zusatz von Folia Melissae soweit gemildert, daß Brechreizungen verhütet werden. Das Räucherpapier läßt sich bequem mitführen und unauffällig gebrauchen; es gestattet eine saubere, einfache Anwendung, und genügt schon in geringer Menge (ein Drittel oder Viertel eines Blattes), um einen Anfall zu koupieren. Die Verpackung der einzelnen Blätter garantiert eine fast unbegrenzte Haltbarkeit.

Allgemeines.

Gewerbe-Akademie Friedberg. Die an der Akademie hier kürzlich wieder unter dem Vorsitz eines städtischen Prüfungskommissars (Geh. Baurat) in den Abteilungen für Maschinenbau, Elektrotechnik, Bau-Ingenieurfach und Architekturfach abgehaltenen Ingenieurprüfungen haben wiederum ein günstiges Resultat ergeben, denn von den Kandidaten der Haupt- bezw. Vorprüfung bestanden 11 mit dem Prädikat „sehr gut", 20 mit „gut", 10 erreichten die Note „bestanden", während 3 die Prüfungen ganz oder teilweise wiederholen müssen.

Das neue Maschinenlaboratorium ist dem Herrn Dozenten Dipl.-Ing. Immerschitt unterstellt, der auch im Verein mit den übrigen Dozenten wieder die Exkursionen in die umliegenden Industriebezirke leiten wird.

Leichtverdauliches Gebäck.

Eine sehr günstige Aufnahme findet, wie uns mitgeteilt wird, in allen Heilanstalten der leicht verdauliche Zwieback von Ferd. Stemler, Friedrichsdorf Taunus, der nach ärztlichen Gutachten von vielen Kranken, denen anderes Gebäck Beschwerden verursacht, gut vertragen wird. Wegen seines angenehmen Geschmackes wird er von allen Patienten und Rekonvaleszenten sehr gern genossen.

Patentnachrichten.

Patent-Anmeldungen.

30k. K. 31604 Scheidenspritze, bei welcher ein selbsttätiges Rücksaugen der Spülflüssigkeit stattfindet. Heinrich A. Kaysan, Cassel, Wilhelmshöher-Allee 4. 17. 3. 06.

34g. W. 24982. Abnehmbares und verstellbares Verdeck für Tragbahren, Betten und Kinderwagen. Wilhelm Walbrecker, Ohligs. 30. 12. 05.

30e. Z. 5098. Druckball-Gebläse zum Aufblähen von Luftkissen. Ernst Zimmermann, Leipzig, Harkortstr. 19. 7. 11. 06.

24a. A. 13292. Rauchverzehrungeinrichtung für Zimmerheizöfen mit Zusatzluftzuführung. Heinrich Ahrens, Hamburg, Mühlenkamp 12, Haus 3. 14. 6. 06.

24g. A. 12848. Vorrichtung zur Vernichtung schädlicher Gase bei Feuerungsanlagen durch Behandlung der Rauchgase mit Flüssigkeiten. Johannes Aulitzky, Dresden-N., Kurfürstenstr. 9. 10. 2. 06.



30b. C. 14482. Ansaugevorrichtung für künstliche Gebisse. Maxime Carlavan, Marseille; Vertr.: C. Schmidtlein, Pat.-Anw., Berlin SW. 61. 27. 3. 06.

30k. H. 37333. Verfahren zur Erzeugung heilkräftiger Dämpfe durch Erwärmen von Kräutern usw. Fritz Hutzelmann, München, Ringseisstr. 3. 6. 3. 06.

Patent-Erteilungen.

30h. 183397. Vorrichtung zur Desinfektion von Räumen; Zus. z. Pat. 163189. Stanislaus von Kosinski, Charlottenburg, Kaiser Friedrichstraße 55. 6. 6. 05. K. 29687.

30k. 183363. Vorrichtung zum Zerstäuben flüssiger Heilmittel durch erhitzte Druckluft. Dr. Paul Louis Guyenot, Aix-les-Bains; Vertr.: Pat.-Anwälte Dr. R. Wirth, C. Weihe, Dr. H. Weil, Frankfurt a. M. 1 u. W. Dame, Berlin SW. 13. 13. 7. 05. G. 21590.

30e. 183763. Krankenbett mit Hebevorrichtung. Gustav Jäger, Heilbronn. 2. 7. 05. J. 8539.

30f. 183574. Glühlampe mit Spülvorrichtung für ärztliche Zwecke. Straßburger Installations-Gesellschaft Ziß & Mensler, Straßburg i. E. 25. 7. 05. St. 9669.

30h. 183551. Verfahren zur Herstellung von brausenden Eisenpeptonsirupen. Chemische Fabrik Helfenberg A.-G. vorm. Eugen Dieterich, Helfenberg, Sachsen. 4. 4. 05. C. 13529.

30h. 183712. Verfahren zur Herstellung eines gegen Tuberkulose von Warmblütern wirksamen Serums. Dr. Friedrich Franz Friedmann, Berlin, Lützowpl. 5. 24. 11. 03. F. 18225.

30h. 183713. Verfahren zur Herstellung gegen die Magenverdauung widerstandsfähiger Organpräparate udgl.; Zus. z. Pat. 128419. Chemische Fabrik Rhenania, Aachen. 17. 8. 05. C. 13872.

Gebrauchsmuster.

24e. 298754. Verbrennungsofen für Sputum, Versuchstiere, Verbandmaterial etc., mit eigenartig angeordneten Zügen. Fa. J. Aichelin, Stuttgart. 18. 12. 06. A. 9760.

30d. 299003. Pincette mit entsprechend dem Beckendurchgang gekrümmten, federnden Schenkeln mit Klauen zum Einführen von Pessaren. Dr. Otto Klug, Zschieren b. Klein-Zschachwitz. 14. 1. 07. K. 29909.

30d. 299005. Bruchband mit geteilter Pelotte, zwecks Fixation derselben am oberen Schambeinast, zur sicheren Zurückhaltung des Bruches. Dr. Walther Lange, Zwickau i. Sa., Stiftstr. 3. 16. 1. 07. L. 17106.

30e. 299270. Unterlagen-Kuvert mit aufgesetzter Klappe. Emanuel Cohn-Reisner, Berlin, Neue Friedrichstr. 65. 3. 12. 06. C. 5584.

30f. 298772. Aus Umformer, Transformator und Regulierwiderstand bestehender Anschlußapparat für elektrotherapeutische Zwecke. Werner Otto, Berlin, Friedrichstr. 131d. 12. 1. 07. O. 4080.

30f. 298981. Quarzkegelansatz für medizinische Lampen zur Bestrahlung und Behandlung der Schleimhäute. Hans Kollmorgen, Berlin, Bülowstr. 56. 5. 12. 06. K. 29601.

30f. 299008. Elektroden für Halsbehandlung, bestehend aus einem federnden Bande, an dem die Nackenelektrode mittels Stift und Spiralfeder isoliert gelagert ist, während die Seitenelektroden isoliert direkt am Bande in einem bestimmten Winkel angebracht sind. Dr. Karl Herschel, Halle a. S., Markt 20. 17. 1. 07. H. 32151.

30f. 299254. Mit Vorsprüngen versehener Ansatz für Vibrationsapparate. Karl Zitzmann, Erlangen. 20. 7. 06. Z. 4146.

30g. 298986. Stuhlzäpfchenpresse zur gleichzeitigen Herstellung mehrerer Zäpfchen. Eduard Bamann, Lindenberg, Schwaben. 12. 12. 06. B. 32935.

30i. 298778. Tropfapparat für Formalin, Ammoniak usw. an Wasserdampfdesinfektionsapparaten. Dr. Hermann Rohrbeck vorm. J. F. Luhme & Co., Berlin. 15. 1. 07. R. 18588.

30i. 298779. Kühlvorrichtung für Sterilisierapparate, einlegbar, Zu- und Ableitung in einem Rohre vereinigt. Dr. Hermann Rohrbeck vorm. J. F. Luhme & Co., Berlin. 15. 1. 07. R. 18589.

30i. 299258. Wohlriechendes Desinfektionskissen, das in das Pissoirbecken geworfen wird. Lübecker Teerproduktenfabrik Gustav Krickhuhn & Co., Lübeck. 19. 10. 16. L. 16568.

30k. 299200. Dilatator für Vulva-Vagina, Mastdarm usw., aus einem aus leicht desinfizierbarer Masse hergestellten, nach vorn sich verjüngenden und abgerundeten Kegel. Dr. O. Oberländer, Cöln a. Rh., Hohenzollernring 16. 20. 6. 06. O. 3828.

34k. 299208. Klosettschutz gegen Ansteckungen und Unsauberkeit. Paul Knedel, Anklam. 20. 11. 06. K. 29486.

64a. 298945. Metallener Lippenschützer in Form einer gebogenen auf den Glasrand aufzusetzenden Rinne. Robert Pröger, Dresden, Freibergerstraße 116. 16. 1. 07. P. 11939.

30a. 299311. Instrument zur Messung des inneren Beckenraumes mittels Faden von der Schamfuge aus. Wilh. Holzhauer, Marburg, Rbz. Cassel. 12. 1. 07. H. 32109.

30a. 299398. Knotenpinzette mit Längsriefen an den Enden der Branchen. Medizinisches Warenhaus Akt.-Ges., Berlin. 19. 1. 07. M. 23454.

30a. 299671. Apparat zur unblutigen Operation von Hämorrhoiden. Ernst Lohr, Solingen, Kaiserstr. 146. 3. 1. 07. L. 17070.

30b. 299685. Aseptischer scharfer Hebel zum Entfernen tief abgebrochener Zähne ohne Resektion. Otto Borgs, Emmerich. 18. 1. 07. B. 33276.

30d. 299310. Plattfußfeder. Fritz Möhring, Göttingen. 12. 1. 07. M. 23415.

30e. 299651. Beckenstütze mit geteilter Unterstützungsfläche und Befestigungsvorrichtung. Max Kahnemann, Berlin, Elsasserstr. 59. 29. 10. 06. K. 29274.

30f. 299323. Elektroden für Halsbehandlung, bestehend aus einem biegsamen, aus isolierendem Material hergestellten Bande, auf dem die Elektroden angebracht sind. Dr. Karl Herschel, Halle a. S., Markt 20. 17. 1. 07. H. 32155.

30f. 299324. Elektrodenanordnung für Ohrenbehandlung, bestehend aus einem federnden Bande mit federnder Scheitelpelotte, zwei hufeisenförmigen und zwei knopfförmigen Elektroden. Dr. Karl Herschel, Halle a. S., Markt 20. 17. 1. 07. H. 32156.

30f. 299327. Für Massage dienender, mit Öffnungen versehener Körper. „Oja" Institut für Schönheitspflege und Erzeugung kosmetischer Präparate, G. Knöpfler, Wien; Vertr.: R. Scherpe und Dr. K. Michaelis, Pat.-Anwälte, Berlin SW. 68. 18. 1. 07. O. 4089.

30f. 299663. Vibrationsapparat mit verstellbarer Pelotte. Vibrator, Gesellschaft für Massage-Apparate m. b. H., Berlin. 20. 12. 06. V. 5523.

30f. 299699. Kopfkissen, gefüllt mit Koniferennadeln, welche zur Erhöhung des Ozongeruches mit beliebig ätherischem Oel präpariert worden sind. Hugo Seydel, Dresden, Münchenerstr. 22. 25. 1. 07. S. 14818.

30k. 299401. Aus einer Mentholkristalle odgl. enthaltenden Röhre, Abschlußfiltern und Mundstück zum Einführen in die Nase bestehendes Inhalations-Instrument. G. Krause, München, Briennerstr. 35. 21. 1. 07. K. 29973.

30a. 305450. Elektrische Stirnbinde mit abnehmbarem Reflektor. Dr. Friedrich Keßner, Potsdam, Brandenburgerstr. 48. 11. 3. 07. K. 30429.

30a. 305466. Schlauch für gastroskopische Optik, in welchem zwei Leitungsdrähte spiralförmig angeordnet sind. Georg Wolf, Berlin, Karlstr. 18. 25. 3. 07. W. 22162.

30b. 305434. Glasbüchse mit eingeschliffenem Griffdeckel und Porzellaneinsatz, zur aseptischen Aufbewahrung von Bohrern, auch Winkelstückbohrern für die zahnärztliche Bohrmaschine. A. Leitritz, Grünberg i. Schl. 14. 2. 07. L. 17265.

30d. 305427. Haubenartiges Präservativ mit Verstärkungsrand. Emil Krtek Edler von Orlafeld, Innsbruck; Vertr.: O. Sack, Pat.-Anw., Leipzig. 5. 2. 07. O. 4106.

30d. 305428. Präservativ mit Spermafänger. Emil Krtek Edler von Orlafeld, Innsbruck; Vertr.: O. Sack, Pat.-Anw., Leipzig. 5. 2. 07. P. 4107.

30d. 305445. Haube zur Umhüllung des Kopfes, verwendbar bei Umschlägen oder bei Behandlung von Hautausschlägen. Amalie Bachner, geb. Blum, München, Hohenzollernstr. 154. 5. 3. 07. B. 33747.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Köln a. Rh.
Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von Heynemannsche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.





Nr. 22. 1907. 29. Juli.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.



Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Zur Behandlung der Schleimhäute mit violetten Strahlen.

Von **Dr. Theodor Schüler**, Charlottenburg.

Die Behandlung der Schleimhäute mit violetten Strahlen wurde zuerst von Dr. Strebel in München durch Einführung von Quarzstäben und von mit destilliertem Wasser gefüllten Quarzröhren angewendet. Als dann vor nicht langer Zeit in der Deutschen medicinischen Wochenschrift von Herrn Professor Kromayer, Berlin, eine Anzahl von Quecksilberdampf-Quarzlampen beschrieben wurde, befand sich unter denselben auch eine kleine sogenannte Harnröhrenlampe. Es stellte sich aber heraus, daß von all diesen Lampen nur die kleine medicinische Quarzlampe, welche von der Quarzlampengesellschaft in Pankow fabriziert wird, sich für die ärztliche Praxis eignet. Das Quarzgehäuse dieser Lampe ist eine Erfindung des Physikers der Firma Heräus in Hanau, des Herrn Dr. Küch; der erste, welcher Quecksilberdampflampen mit fließender Wasserkühlung versah, ist Herr Dr. Siedentopf in Jena, und der ganze Einbau der Lampe für ärztliche Zwecke wurde vom Herrn Professor Kromayer vorgenommen, der namentlich die Lampe so einrichtete, daß das Lampenfenster zugleich Druckglas für die Behandlung ist. Diese Lampe gibt bei 5 bis 8 A. und bei 40 bis 70 V. (bei 110 V. Gesamtspannung) ein besonders starkes Licht und eignet sich hervorragend für die Behandlung mit violetten Strahlen.

Da es sich, wie ich schon oben erwähnte, herausstellte, daß sich die sogenannte Harnröhrenlampe für die Behandlung nicht eignete, so strebte ich danach, die medicinische Quarzlampe für die Behandlung von Schleimhäuten einzurichten. Es war nicht möglich, nach meiner Ansicht, die eigentliche Harnröhrenlampe mit so starker Wasserkühlung zu versehen, daß sie wenigstens $^1/_4$ Minute gezündet in der Schleimhauthöhle bleiben konnte; dann ging es auch nicht gut an, eine gezündete Lampe z. B. in die Harnröhre einzuführen, und die Lampe erst nach der Einführung zu zünden, war doch erst recht nicht möglich.

Es ist mir nach zweijährigen Versuchen, die ich namentlich mit Herrn Kollmorgen (optische und mechanische Werkstätte, Berlin W., Bülowstr. 56) anstellte, gelungen, Quarzansätze herzustellen, welche nach meiner Ansicht so genügend starke violette Strahlen entsenden, daß sie sich für die Behandlung kranker Schleimhäute wohl eignen und einen Ersatz für eine eigentliche Schleimhauthöhlenlampe darstellen. Es ist mir dies dadurch gelungen, daß meine Ansätze mit einem Kegel beginnen, dessen Basis direkt an das Lampenfenster drückt, der sich allmählich verjüngt und in den eigentlichen 12 bis 14 Centimeter langen, vorn mit einer Olive versehenen, massiven Ansatz übergeht. Der Kegelanfang des Ansatzes ist von einem dünnen Metallmantel umkleidet und wird bei der Behandlung eingeführt in die Höhlung des eigentlichen an der Lampe befestigten Metallansatzes. Dieser Ansatz ist in seiner ganzen Ausdehnung hohl, so daß er vom fließenden Wasser umspült werden kann. Oben am Ansatz befindet sich eine kleine Schraube, durch die der eingeführte Quarzansatz während der Behandlung befestigt wird. Die Behandlung einer kranken Harnröhre z. B. wird folgendermaßen vor sich gehen:

Zuerst überzeuge ich mich durch genaue Spiegelung, welcher Teil der Schleimhaut erkrankt ist, ob ich also den Ansatz in seiner ganzen Ausdehnung oder nur einen Teil des Ansatzes brauche. Ich habe mir zu diesem Zwecke eine Anzahl (4) von Metallmänteln von verschiedener Länge herstellen lassen, die nur $^2/_{10}$ mm Wandstärke haben und die sich den Ansätzen genau anschließen, so daß die Ein- und Ausführung in der leichtesten Weise vor sich geht. Ich führe also den Ansatz, der vorher streng aseptisch behandelt wurde, beölt ohne Mantel oder mit einem der Mäntel versehen ein. Ich betone, daß die Einführung leicht und schmerzlos vor sich geht; bei sensiblen Patienten mache ich vor der Einführung eine Cocain-Injektion. Bei vorhandenen Strikturen muß die Striktur natürlich zuerst durch Bougieren beseitigt sein. Die Lampe, an welcher der Metallansatz angebracht ist, wird zuerst in die richtige Höhe an dem Ständer, auf welchem sie sich befindet, mit dem Patienten gebracht, sie wird dann gezündet und nunmehr bringt der Patient (beim ersten Male unter Leitung des Arztes) den Quarzansatz in die Höhlung des Metall-Ansatzes, so daß die Kegelbasis dicht gegen das Lampenfenster andrückt. Ich behandle im ganzen nicht über 4 Minuten. Ich beginne mit 40 V. und 5 bis 8 Amp. und steige langsam bei derselben A.-Stärke mit der Spannung, ich rate aber, nicht über 55 V. hinauszugehen. Es kommt ganz darauf an, ob sich Verbrennungen der Schleimhaut bemerkbar machen, hiernach richtet sich die Spannung. Leichte Verbrennungen haben nichts auf sich; kommt es aber zu stärkeren Verbrennungen, die im übrigen auch nichts auf sich haben und die sich namentlich durch Schmerzen, durch stärkere Absonderung und bei der Harnröhre durch häufigen Urindrang bemerkbar machen, so muß mit der Behandlung so lange pausiert werden, bis die Verbrennungs-Erscheinungen beseitigt sind. Ich habe sogar gefunden, daß diese Verbrennungen die Heilung der betreffenden Krankheit begünstigen. Es ist nötig, die Patienten hierüber genau zu belehren. Beim Schluß der Behandlung beende ich erst die Zündung der Lampe, ich löse die Schraubenbefestigung des Quarzansatzes, entferne selbst den Quarzansatz aus der Höhlung des Metall-Ansatzes und entferne zum Schluß den Quarzansatz aus der Schleimhauthöhle. Es ist dem Patienten einzuschärfen, damit der Quarzansatz durch seine Schwere nicht zur Erde fällt, daß alle erwähnten Manipulationen durch den Arzt gemacht werden. Wie viele Behandlungen nötig sind, das ist individuell und ergibt sich aus dem ganzen Verlaufe.

Ich habe mir außer den bis jetzt erwähnten Quarzansätzen von Herrn Kollmorgen noch zwei andere Arten von Kegel-

ansätzen herstellen lassen; die eine Art dient zur Behandlung von Krankheiten des Rektums und der Vagina und die andere Art zur Druckbehandlung von Warzen, kleinen Muttermälern usw. Bei der ersten Art ist der sich an den Kegel anschließende und verjüngende Quarzansatz 7 bis 8 Centimeter lang und viel dicker als die oben erwähnten Ansätze. Bei der zweiten Art ist das sich an den Kegel anschließende Quarzstück nur 2 bis 3 Centimeter lang. Die Wirkung aller dieser Kegelansätze ist nach meiner Ansicht eine ganz ausgezeichnete, und ich glaube nicht, daß sich mit Quarzansätzen eine stärkere Wirkung wird erreichen lassen.

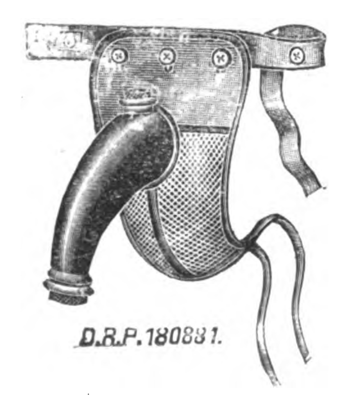
Meine Metallansätze mit Wasserkühlung lassen sich übrigens an der letzten Linse der Finsen-Reynlampe gut befestigen; sie müssen dann nur so gearbeitet sein, daß sie diese Linse ganz bedecken; es lassen sich dann die Kegelquarzansätze ebenso befestigen, wie ich angab. Es drückt die Kegelbasis gegen die letzte Linse der Finsen-Reynlampe. Die Wirkungen der Finsen-Reynlampe stehen nach meinen Versuchen denen der Quarzlampe nicht viel nach, nur daß bei der Finsen-Reynlampe 20 A. nötig sind. Da es sich aber nur um eine Behandlungsdauer von 4 Minuten handelt, so kommt der Kostenpunkt nicht gerade in Betracht.

Ich will zum Schluß noch einige Bemerkungen über die Druckbehandlung machen, welche mit der medicinischen Quarzlampe vorgenommen werden. Herr Professor Kromayer übt die Druckbehandlung, wie ich schon oben hervorhob, so aus, daß das Lampenfenster zugleich das Druckglas darstellt; es wird dann die zu bestrahlende Stelle fest gegen das Lampenfenster angedrückt und dann mit einigen Bindentouren daran befestigt. Ist die zu bestrahlende kranke Stelle kleiner als das Lampenfenster, so werden die gesunden Stellen durch Staniolpapier gegen das Eindringen der Strahlen geschützt. Es will mir nun so scheinen, als ob diese Methode oft ihre Unzuträglichkeiten hat, namentlich dann, wenn besonders kleine Stellen, z. B. die Nasenspitze, eine kleine Stelle der Oberlippe usw. bestrahlt werden sollen. Ich habe mir deswegen eine andere Art der Druckbehandlung erdacht.

Ich befestige den oben erwähnten Metallansatz an der Lampe und bringe in die Höhlung des Ansatzes ein besonders starkes Linsensystem, bestehend aus drei starken, miteinander verbundenen Quarzlinsen. Dieses Linsensystem drückt gegen das Lampenfenster. Ich schiebe dann über den Metallansatz eine Drucklinse in der Größe der zu bestrahlenden Stelle, welche während der Bestrahlung gegen dieses Druckglas angedrückt wird; ich habe mir vier Drucklinsen verschiedener Größe herstellen lassen, mit denen man auskommt.

Hinrichs Tripperheilsuspensorium.

Ein Suspensorium, welches infolge seiner Konstruktion geeignet erscheint, die Therapie der akuten Gonorrhoe wirksam und angenehm zu unterstützen, ist kürzlich in Deutschland patentiert worden; die bekannte Gummifabrik „Vulkan“,



Leipzig-Lindenau, hat Fabrikation und Vertrieb übernommen. Der Apparat besteht aus einem Trikotsuspensorium, an dessen Vorderöffnung sich eine aus wasserdichtem Stoff hergestellte Gliedhülle anschließt. Diese Hülle, welche die mittlere Größe eines erektierten Penis besitzt, hat am Vorderteil oben und ebenso am Ende ein kleines verschließbares Ventil, wodurch eine bequeme Füllung und Entleerung der Gliedhülle ermöglicht wird. Die Hülle wird mit kühlem Wasser, dem nach Belieben Arzneistoffe oder kleine Eiskörnchen zugesetzt werden können, gefüllt, so daß das erhitzte Glied in Wasser getaucht und gekühlt wird. Auf diese Weise sollen die bei der Heilung der Gonorrhoe oft eintretenden und ihren Verlauf störenden Erektionen und Pollutionen bedeutend gemindert, wenn nicht ganz verhindert werden. Die Idee scheint uns der Beachtung und Nachprüfung wert.

Periodische Literatur.

Ueber Ovogal, ein neues Cholagogum. Luihart, Berlin. (Allg. Med. Centr.-Zeitg., Nr. 10.)

Vom Darm aus resorbierte Galle bewirkt eine Steigerung der Gallenausscheidung. Die zu diesen Zwecken benutzte Ochsengalle schädigt den Magen. Ein neues Präparat, „Ovogal“, ist frei von diesen Schädlichkeiten. Es ist ein grünlich-gelbes, in Wasser, verdünnten Säuren, Aether, Chloroform, Benzol und Fetten unlösliches Pulver, welches unter dem Einfluß der Alkalität des Dünndarms die Gallensäuren abgibt. Bei Gallenfistelhunden betrug die Ausscheidung der gallensauren Salze nach Darreichung von Ovogal das Zwei- bis Dreifache, sogar Zehnfache des Normalen. Die Galle war an Normaltagen zähflüssiger als an Ovogaltagen, der Prozentgehalt an gallsauren Salzen blieb annähernd gleich. Ovogal ist ein natürliches Heilmittel, welches den reinen Abscheidungsprozeß begünstigt, ohne Nebenwirkungen. Es wird ausnahmslos gut vertragen und ist angezeigt bei Hyperchlorhydrie des Magens, bei Obstipationen besonders Chlorotischer, welche auf Mangel an Peristaltik beruhen, bei Leber- und Gallenleiden, bei Pankreasleiden, sowie als Prophylaktikum bei Cholelithiasis. Man gibt Ovogal mehrmals täglich messerspitzen- oder theelöffelweise mit Wasser, Thee, Kaffee, sauren Fruchtsäften etc. Der Mundspeichel wirkt zersetzend; daher muß das Mittel schnell hinuntergespült werden. Empfehlenswert ist folgendes Rezept:

Rp. Ovogal 40,0,
Elaeosacch. Menth. pip. 10,0.
Mehrmals täglich einen halben Theelöffel voll.

Für empfindliche Patienten dienen mit je 0,5 g Ovogal gefüllte Gelatinekapseln in Originalschachteln zu 50 Stück. Verf. hat selbst, ebenso wie andere Autoren, sehr gute Resultate gesehen.

Ein neues Antiascaridiacum. Oleum Chenopodii anthelmintici, amerikanisches Wurmsamenöl. Von Dr. Brüning-Rostock. (Deutsche medic. W., Nr. 11.)

Das Oleum Chenopodii anthelmintici, dessen Herstellung die chemische Fabrik von Schimmel & Co. in Miltitz bei Leipzig betreibt, ist nach Experimenten, die im Kobertschen pharmakologischen Institut angestellt wurden, ein brauchbares Antiascaridiacum, das dem Santonin an die Seite gestellt zu werden verdient. Verf. hat das Mittel in 20 Fällen bei Kindern von drei bis dreizehn Jahren versucht. Während der Kur blieben die Kinder im Bett und erhielten je nach Alter, mit Hilfe eines Tropfglases abgemessen, 8 bis 15 Tropfen in Zuckerwasser verrührt dreimal und hinterher ein Abführmittel in Gestalt von Ol. Ricini, Pulv. Curellae, und zwar alles in einstündigen Pausen. Meist war die Kur schon mittags beendet; trat eine Wirkung bis nachmittags nicht ein, so wurde nochmals ein Laxans gegeben; nur ausnahmsweise mußte die Kur am nächsten Tage wiederholt werden. Auf diese Weise gelang die Abtreibung von Ascariden in allen Fällen. Die Darreichung des Abführmittels ist zur Erzielung des Erfolges notwendig, da die Ascariden durch das Wurmsamenöl nur narkotisiert werden, und da ein längerer Kontakt des Oeles mit der Darmschleimhaut Reizwirkungen auslösen kann. Die Kinder nahmen das Mittel fast stets ohne Widerwillen; um den eigenartigen Geruch und Geschmack zu verdecken, empfiehlt es sich, etwas warme Milch nachtrinken zu lassen. Außer Brechreiz und geringfügigen Magenbeschwerden bei besonders empfindlichen Kindern wurden keinerlei ernstliche Unannehmlichkeiten beobachtet. Mit gleich



günstigem Erfolg wie das Wurmsamenöl ließ sich ein aus demselben gewonnener Körper, $C_{10} H_{16} O_2$, ein ätherisches Oel, ebenfalls in Tropfenform, aber in etwas geringerer Menge, verwerten. Die Zuverlässigkeit der Wirkung und das Fehlen nennenswerter Störungen, mit deren Auftreten man beim Santonin immer zu rechnen hat, berechtigen zu der Forderung, daß das Wurmsamenöl, welches in Amerika als Antiascaridiacum offizinell ist, weiter nachgeprüft und auch in Deutschland in den Arzneischatz aufgenommen wird.

Novaspirin. Von Dr. Lehmann, Charlottenburg. (Deutsche medicin. W., Nr. 10.)

Trotz aller Vorzüge verursacht das Aspirin bisweilen Beschwerden; Magendrücken, Uebelkeit, Brechneigung, saures Aufstoßen, mitunter stellt sich mit der Zeit eine unüberwindliche Abneigung ein, vereinzelt treten Gehörserscheinungen, Oedeme und urticariaartige Hauteruptionen auf. Es erschien deshalb wünschenswert, ein Mittel herzustellen, welches alle guten Eigenschaften des Aspirins in sich schließt, von den lästigen Nebenerscheinungen, besonders von seiten des Magens, aber frei ist. Die Firma, welche Aspirin herstellt, hat das dadurch zu erreichen gesucht, daß sie an Stelle der Essigsäure die Methylenzitronensäure wählte: der neue Körper, der eine Verbindung von Methylenzitronensäure mit der Salicylsäure ist, und zwar so, daß im Molekül zwei Salicylsäureester enthalten sind, hat den Namen Novaspirin erhalten gegenüber seinem Vorgänger, dem aus Essigsäure und Salicylsäure kombinierten Aspirin. Beide zeigen im chemischen Verhalten vieles gemeinsame, beide stellen ein weißes Pulver dar, das sich in Wasser und säurehaltigen Flüssigkeiten vom Standpunkt des allgemeinen Gebrauchs nicht löst, dagegen leicht in organischen Lösungsmitteln, Alkohol, Aether, Chloroform, und in alkalischen Flüssigkeiten, also auch im Darmsekret verseift wird und sich in seine Komponenten spaltet. Versuche am Krankenbett mit dem Novaspirin ergaben, daß selbst Gaben von 30 bis 40 g Novaspirin, hintereinander zu täglich 3 bis 4 g, niemals, auch da nicht, wo in akuten Zuständen die Magentätigkeit gestört war, Klagen über konsekutive Magenbeschwerden vorkamen; das wenig und nicht unangenehm bitter schmeckende Pulver oder die Tabletten wurden in Wasser oder Milch oder gezuckertem Kaffee genommen, ohne daß über unangenehmen Geschmack oder Abneigung gegen das Mittel geklagt wurde. Entsprechend der langsameren Lösung gegenüber dem Aspirin wird Novaspirin langsamer resorbiert und langsamer durch den Urin ausgeschieden; Aspirin gibt schon 25 bis 30 Minuten nach dem Einnehmen die Salicylreaktion im Urin, die nach 20 bis 30 Stunden abgelaufen ist; beim Novaspirin erscheint sie erst nach $1^1/_2$ bis $1^3/_4$ Stunden und ist vor 48 Stunden nicht beendet. Beim Aspirin wird also der Körper schneller mit dem wirksamen Faktor der Salicylsäure überschwemmt, aber die Ueberschwemmung ist auch kürzer. Für die Praxis ergibt sich daraus, daß man schwerere Rheumatismen anfänglich mit Aspirin oder Natrium salicylicum behandelt, und erst mit Milderung des Fiebers und der Schmerzen zu dem angenehmeren Novaspirin greifen soll, das den Magen weniger angreift, angenehmer schmeckt, weniger Schweiß treibt und eine längere Salicylaufspeicherung im Körper verbürgt. Mildere Rheumatismen kann man von vornherein mit Novaspirin behandeln. Gleich günstige Wirkungen brachte Novaspirin bei Influenza, Neuralgien, Cephalalgien, nervöser Dysmenorrhoe. Speziell die Myalgien und neuralgiformen Beschwerden bei Influenza wurden sehr günstig durch Novaspirin beeinflußt; bei der nervösen Dysmenorrhoe, die sich gegenüber der mechanischen klinisch dadurch charakterisiert, daß die Koliken und Begleiterscheinungen mit dem Durchtritt des Blutes nicht sofort sistieren, soll mit dem Novaspiringebrauch möglichst bei den ersten Vorboten eingesetzt werden; bei zögerndem Eintritt der Menses sind 3 bis 4 g auf den Tag zu verteilen; erscheint das Blut sehr bald, so sind für die ersten Stunden zwei- bis dreimal stündlich 1 g nötig.

Neuere Arzneimittel.

Verbesserte Vorschriften für einige Pittylen-Präparate. Bei den ausgedehnten praktischen Versuchen, welche fortgesetzt mit den Pittylen-Präparaten angestellt werden, wurden einige Verbesserungen bezügl. der Rezeptur gemacht, die wir nachstehend zur allgemeinen Kenntnis bringen wollen.

Pittylen-Tinktur: Zu Pinselungen ist die Lösung des Pittylens in Aceton besonders geeignet. Aceton löst das Pittylen in jedem Verhältnisse und eignet sich daher ganz besonders zur Herstellung der Tinktur. Da es auch beim Aufpinseln auf die Haut leichter verdunstet, so ist die mit Aceton hergestellte Pittylen-Tinktur der alkoholischen Lösung bei weitem vorzuziehen:

Rp. Pittylen . . . . 5,0—10,0
Ol. Ricini 3,0
Aceton . . . . ad 100,0
D. S. Pittylen-Tinktur zum Bepinseln.

Pittylen-Schüttelmixtur: Für die Verwendung des Pittylens in Form einer Schüttelmixtur hat sich die nachstehende Komposition besonders bewährt. da dieselbe ein dünnflüssiges Präparat ergibt, das leichter zu handhaben ist, als die früher von uns angegebene Mischung.

Rp. Pittylen . . . . 10,0—20,0
Talk. venet. 15,0
Glycerin 20,0
Aqu. dest. . . . . ad 100,0
M. d. s. Zum Pinseln.
Vor dem Gebrauche umzuschütteln.

Pittylen-Salbe: Bei den Pittylen-Salben hat sich an Stelle des Vasel. flav. ein Gemisch von Vaseline mit Lanolin bewährt:

Rp. Pittylen . . . . 5,0—10,0
Paraffin. sol. 5,0
Lanolin 25,0
Vasel. flav. . . . . ad 100,0
D. S. Pittylen-Salbe.

Aethrol, Deci-Aethrol, Formaethrol. Fabrikant: Chemische Fabrik Flörsheim, Dr. H. Noerdlinger, Flörsheim a. M. Die Eigenschaften eines Kosmetikums, eines Desinfiziens und eines Desodorans vereinigen in sich einige neue Präparate, die die Chemische Fabrik Flörsheim unter den angeführten Namen auf den Markt bringt. Aethrol und Deciaethrol werden aus Dericinseife (die aus dem Dericinöl gewonnen wird) und ätherischen Oelen hergestellt und sind frei von Formaldehyd, während das Formaethrol davon 25 % enthält. In Alkohol sind diese Präparate in jedem Verhältnisse klar löslich und lassen sich mit Wasser, Alkalien, Ammoniak, Seifenlösungen, Lysoform, Lösungen von Desinficientien, wie Bacillol, Creolin, Lysol, Sapokarbol usw. zu milchartig opaleszierenden Flüssigkeiten mischen, nicht aber mit Säuren und Lösungen von Erdalkalien und Schwermetallverbindungen. Um der Geruchs- und der Geschmacksrichtung eines jeden gerecht zu werden, stellt die Fabrik nicht weniger wie sechs verschiedene Aethrole, neun Deci-Aethrole und acht Formaethrole mit verschiedenen Riechstoffen her.

Die bakteriologische Prüfung des Fliederaethrols, ausgeführt in der Med. Abteil. des hygien. Laborat. des königl. württemberg. Medicinalkollegiums, führte zu dem Urteile, daß das Fliederaethrol ein wirklich gutes und angenehmes Desinfektionsmittel darstellt. Ueber die Formaethrole urteilt Dr. Aufrecht-Berlin auf Grund seiner Untersuchungen, daß sämtlichen Formaethrolen eine energische Desinfektionswirkung zukommt, da von einer 5proz. Lösung zwei Tage alte Kulturen von Typhus-, Colonbazillen und Staphylococcen völlig abgetötet wurden.

Verwendung finden diese Präparate überall, wo eine desinfizierende und desodorisierende Wirkung erwünscht ist, sowohl im täglichen Leben des einzelnen, wie in Krankenzimmern, Operationssälen, in der Veterinärmedicin usw. Wenige Tropfen in viel Wasser gelöst, geben wohlriechende Spreng-, Wasch-, Bade- und Toilettewässer; eine $^1/_2$- bis 2 %ige Lösung wirkt schon als starkes Antiseptikum. Im Gebrauche sind die Präparate sehr sparsam, da schon sehr verdünnte Lösungen wirksam sind und gerade die stark verdünnten Lösungen ihren Wohlgeruch erst recht zur Geltung kommen lassen.

Außer den flüssigen stellt die Fabrik auch pulverförmige

Aethrolpräparate her, die zum Reinigen und Desinfizieren der Hände, als Wasch- und Toilettemittel, als Wund- und Schweißpuder, als Trockenwaschpulver für den Haarboden Verwendung finden.

Jodopyrin. Fabrikant: C. Stephan, Kronenapotheke, Dresden-N. Das von Ostermeyer zuerst dargestellte Jodopyrin stellt glänzende, farblose, prismatische Nadeln dar und ist eine Verbindung von Jod mit Antipyrin von der Formel $C_{11}H_{11}JN_2O$; im Organismus zerfällt diese Substanz nach Münzer in Jod und Antipyrin. Der Jodgehalt beträgt 40 %. Im Laufe des Jahres hat sich eine ziemliche Litteratur über Jodopyrin angesammelt, die man in der Inaug.-Diss. von Paul Haink (Ueber Jodopyrin, seine Wirkung und Anwendungsweise, Leipzig, 1906) vollständig angeführt findet. Man hat das Jodopyrin mit günstigem Erfolge als Antipyretikum (Typhus, Lungentuberkulose, Puerperalfieber), Antirheumatikum, Antineuralgikum (Influenza, Kopf-, Zahnschmerzen, Ischias, Interkostalneuralgien), ferner bei Menstruationsbeschwerden, Asthma usw. innerlich angewandt, äußerlich als Salbe oder Pulver bei Ekzema chron., Ulcus molle, Psoriasis usw. Die Indikationen und Anwendungsformen in der Dermatologie hat Dr. Haink eingehend studiert. Demnach ist das Jodopyrin besonders zu empfehlen: bei Knochen- und Kopfschmerzen auf luetischer Basis (Pulver 0,5 bis 1 g innerlich), bei Ulcus durum und gummösen Geschwüren, sowie bei Ulcus molle (Streupuder, äußerlich), bei Psoriasis palmaris et plantaris syphilitica, bei leichten Fällen von Psoriasis vulgaris, bei chronischen trockenen Ekzemen, bei Zosteraffektionen (10- bis 20 %iges Jodopyrin-Lanolin), bei Skleroderma (innerlich und äußerlich), bei Hämorrhoiden (10 %iges Jodopyrin-Ungt. leniens). Ferner hat Haink bei Lichen ruber planus und Pruritus ani gute Wirkung mit Jodopyrinsalbe oder -Streupulver (mit 20 Teilen Talc. pulv.) gesehen.

Empyroform. Fabrikant: Chem. Fabr. auf Aktien (vorm. E. Schering), Berlin N. Das Empyroform ist ein Kondensationsprodukt aus Holzteer und Formaldehyd und stellt ein graubraunes, fast geruchloses, feines Pulver dar, das in Aceton und Chloroform löslich ist. Verwendung findet das Empyroform als juckstillendes, keratoplastisches und austrocknendes Mittel in der Dermatologie, wobei es vor dem Teer die Vorzüge hat, keine lokalen Reizungen, keine Intoxikationen hervorzurufen und auch in Fällen vertragen zu werden, wo Teer nicht angewendet werden kann. Besonders bewährt sich das Empyroform nach den Versuchen an der Breslauer und Prager dermatologischen Klinik beim Ekzem, bei Psoriasis, Lichen urticatus, Lichen scrophulosorum, Prurigo, Trichophytie, Pityriasis rosea und versicolor. Von den Patienten wird das Mittel dem Teer vorgezogen, weil es das Jucken außerordentlich lindert, nicht unangenehm riecht und Leib- und Bettwäsche nicht ruiniert. Man wendet es in Pulverform pur oder mit Zink und Amylum verdünnt, in Salbenform mit 80 bis 95 T. Vaseline, 80 bis 90 T. Bleivaseline, 80 bis 95 T. Zinkpaste oder ohne Zink als 25 % Empyroformpaste an. Auch in Form der Trockenpinselung (Zinc. oxyd., Talc. venet., Glycerin, Aq. dest. āā, Empyroform. 10,0 bis 15,0) ist das Präparat sehr brauchbar, besonders im erythematösen Stadium des Ekzems oder beim Beginn der Eintrocknung und Schuppung. In den ersten Stadien des Ekzems ist der Empyroform-Firnis (1 T. Empyroform : 3 T. Chloroform) und die Empyroformtinktur angezeigt Beim nässenden Ekzem hat sich das Empyroform in Form der 5- bis 10 %igen Zinkpaste oder 10- bis 20 %igen Tinktur trefflich bewährt. Vergl. Bruno Sklarek, Ueber Empyroform usw., Therapie der Geg., Juli 1903; Alfred Kraus, Prager Med. Wochenschr., 13. Aug. 1903; Fr. Bering, Therapie der Geg., Juli 1904; F. Kornfeld, Zentralbl. f. d. ges. Therap., Dez. 1904; Friedr. Weiß, Neue Therapie (Wien), Nov. 1905, usw.

Patentnachrichten.

Patent-Anmeldungen.

30k. L. 22079. Injektionsspritze mit Druckpumpe und Befestigungsbügel zum Halten des in letzterem geführten Flüssigkeitsbehälters. Joseph Zolmar Leczinski, Berlin, Helgoländerufer 6. 20. 1. 06.

30d. P. 18875. In einzelne kleinere Pflasterscheiben zerlegbares Pflaster. Franz L. Piro, Rödelheim b. Frankfurt a. M. 4. 9. 06.

Für diese Anmeldung ist bei der Prüfung gemäß dem Unionsvertrage vom $\frac{20.\ 3.\ 83}{14.\ 12.\ 00}$ die Priorität auf Grund der Anmeldung in der Schweiz vom 25. 11. 05 anerkannt.

30f. K. 32760. Badeeinrichtung. Dr. J. F. Kapp, Berlin, Königin Augustastr. 21. 28. 8. 06.

30k. M. 28987 Verschlußkästchen für Scheidenspritzen mit Spülkanne. Johann Friedrich Marx, Cöln, Richard Wagnerstr. 38 19. 1. 06.

30f. B. 42591. Massiervorrichtung mit mechanischem Antrieb und einem in einem Gehäuse umlaufenden, exzentrisch einstellbaren Schwungkörper. Jules Joseph Bercut, Paris; Vertr.: Dr. W. Karsten und Dr. C. Wiegand, Pat.-Anwälte, Berlin SW. 11. 21. 3. 06.

Für diese Anmeldung ist bei der Prüfung gemäß dem Unionsvertrage vom $\frac{20.\ 3.\ 83}{14.\ 12.\ 00}$ die Priorität auf Grund der Anmeldung in Frankreich vom 22. 3. 05 anerkannt.

30d. L. 23470. Geradehalter mit Schulterringen und am Leibgurt befestigten Schenkelriemen. Fa. Heinrich Loewy, Berlin. 14. 11. 06.

30g. G. 23032. Trinkbecher für zu erwärmende Brunnen- oder andere Flüssigkeiten. Dr. Hugo Gloeckner, Berlin, Bülowstr. 105. 9. 5. 06.

30h. O. 5425. Verfahren zur Herstellung eines kosmetischen Mittels aus dem Sauerwasser der Stärkefabrikation. Heinrich Ostermann, Halle a. S., Steinweg 48. 8. 11. 06.

Patent-Erteilungen.

30a. 186544. Chirurgische Zange. Ludwig Lieberknecht, Berlin, Dorotheenstr. 67. 10. 10. 05. L. 21620.

30e. 186545. Druckball-Gebläse zum Aufblähen von Luftkissen. Ernst Zimmermann, Leipzig, Harkortstr. 19. 8. 11. 06. Z. 5098.

30k. 186408. Injektionsspritze mit einem hohlen, die Injektionsflüssigkeit aufnehmenden Kolben. Augustine Gaillot, Paris; Vertr.: C. Gronert und W. Zimmermann, Pat.-Anwälte, Berlin SW. 61. 11. 8. 05. G. 21709.

Für diese Anmeldung ist bei der Prüfung gemäß dem Unionsvertrage vom $\frac{20.\ 3.\ 83}{14.\ 12.\ 00}$ die Priorität auf Grund der Anmeldung in Frankreich vom 24. 12. 04 anerkannt.

30k. 186409. Scheidenspritze, bei welcher ein selbsttätiges Rücksaugen der Spülflüssigkeit stattfindet. Heinrich A. Kaysau, Cassel, Wilhelmshöher Allee 4 18. 3. 06. K. 31604

30d. 186664 Afterpessar mit Einrichtung zum Kühlen der Prostata. Heinrich Karl, München, Königinstr. 91. 23. 5. 06. K. 32204.

30k. 186789. Verfahren zur Erzeugung heilkräftiger Dämpfe durch Erwärmen von Kräutern usw. Fritz Hutzelmann, München, Ringeisstr. 3. 7. 3. 06. H. 37333.

30e. 186829. Mit Stützarmen versehener Gürtel zur Sicherung des menschlichen Körpers in einer bestimmten Lage. Andrew Breslin und Joseph Lees, Summit Hill, Penns., V. St. A. Vertr.: Dr. B. Alexander-Katz, Pat.-Anw., Berlin NW. 6. 27. 6. 05. B. 40337.

Gebrauchsmuster.

30d. 305453. Künstliches Bein mit im Fuß gelagerter Druckfeder und Hebel. Paul Wussack, Elberfeld, Kipdorf 34. 13. 3. 07. W. 22073.

30d. 305704. Notizbuch mit einem Täschchen mit Heftpflaster. Fa. V. Brünn, Berlin. 23. 3. 07. B. 33944.

30e. 305677. Krankensessel aus einem Holzgestell mit geflochtenem Netz. Konrad Tilly, Neustadt i. Odenw. 20. 2. 07. T. 8314.

30f. 305440. Mit Quarzlinsen ausgestattetes Ansatzrohr für Lichtheillampen. Dr. Theodor Schüler, Berlin, Tauenzienstr. 9. 28. 2. 07. Sch. 25158.

30f. 305686. Aus Frottierstoff genähtes Säckchen mit Aufhängeöse zur Aufnahme von Schwämmchen. F. Göbel, Soest. 11. 3. 07. G. 16822.

30i. 305638. Im Kochgefäß feststellbare Sterilisierdose für Operationshandschuhe. Zieger & Wiegand, Leipzig-Volkmarsdorf. 13. 3. 07. Z. 4445.

30k. 305674. Irrigatorspritze (Scheiden-Ausspülapparat), bestehend aus einer Birnenspritze mit Hartgummi-Kanüle und Scheidenabschlußtrichter. Carl Robert Graupner, Leipzig, Naschmarkt 3. 3. 2. 07. G. 16874.

30d. 305868. Blechbehälter für Präservativo. David Fränkl, Landshuterstr. 35, und Carl Gerbode, Hallesches Ufer 11, Berlin. 23. 3. 07. G. 17099.

30d. 305991. Apparate zum Geraderichten schiefer Nasen und zur Behandlung von Frakturen der Nase. Fa. Hermann Haertel, Breslau. 30. 3. 07. H. 32911.

30d. 306329. Nierengürtel mit zwei verschieb- und feststellbaren Gummiblasen. Dr. S. Fackenheim, Cassel, Bahnhofstr. 10. 29. 11. 06. F. 14842.

30d. 306342. Nach Erwärmung zum Wechseln fertiger Sandumschläge. Hugo Borack, Dresden, Seestr. 4. 7. 3. 07. B. 33779.

30d. 306356. Bruchband mit durch Zahnstangentrieb einstellbarer Pelotte. Karl Molz, Kaiserslautern, Moltkestr. 26. 22. 3. 07. M. 23892.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Köln a. Rh. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von Heynemannsche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Nr. 23. 1907. 3. August.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.



Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Über moderne Kneiferkonstruktionen.

Von **Dr. Dammann**, Berlin W.

I.

Die fortgesetzten Klagen von seiten der Augenärzte und Patienten über ungenaue Anpassung der Augengläser in Form von Kneifern haben in den letzten Jahren eine ganze Anzahl neuer Kneiferkonstruktionen entstehen lassen, bei denen man bestrebt war, die dem bisherigen Kneifersystem anhaftenden Fehler zu beseitigen und auch beim Kneifer eine möglichst korrekte Gläserfassung zu erzielen, wie wir sie schon längst in der Brille besitzen.

Wenn man sich über das Wesen und die wichtigsten Erfordernisse einer korrekten Gläserfassung klar werden will, muß man kurz die optischen Verhältnisse bei der Korrektion der Brechungsfehler des menschlichen Auges betrachten, bei denen die mangelhafte Refraktion der Augenlinse und der übrigen lichtbrechenden Medien durch vorgesetzte Linsen bezw. Linsensysteme korrigiert wird. Damit diese künstlichen Linsen mit der Linse des Auges selbst ein einheitliches Linsensystem bilden, ist vor allen Dingen ganz unbedingt erforderlich, daß die optische Achse der vorgesetzten künstlichen Linse mit der Sehachse des Auges zusammenfällt, d. h. also, daß die Mitte des Glases genau vor der Mitte der Pupille liegt. Eine vom Optiker gut angepaßte Brille wird dies Erfordernis leicht erfüllen, und da bei der starren Fassung der Brille die Gläser immer in derselben Stellung vor dem Auge bleiben müssen, somit eine Verschiebung ausgeschlossen ist, müssen die optischen Achsen der künstlichen Linsen immer mit den Sehachsen der zugehörigen Augen zusammenfallen. Wir können daher die Brille als eine völlig korrekte Augengläserfassung betrachten.

Im Gegensatz hierzu sind beim Kneifer die beiden Gläser nicht starr, sondern durch eine Feder miteinander verbunden. Je nachdem nun die Feder des Kneifers sich in Ruhelage befindet oder durch die dazwischen eingeschaltete Nasenwurzel mehr oder weniger an der Entfaltung ihrer Wirkung gehindert ist, werden sich die Mittelpunkte der künstlichen Linsen und daher auch ihre optischen Achsen in ganz verschiedener Entfernung voneinander befinden. In der Ruhelage der Feder — also bei Nichtbenutzung des Kneifers — liegen die Gläsermitten und damit also auch die optischen Achsen am nächsten aneinander, bei äußerster Anspannung der Feder beim Aufsetzen auf einen sehr breiten Nasenrücken sind sie am meisten voneinander entfernt, und zwischen diesen beiden extremsten Lagen muß es natürlich unendlich viele Lagen geben, in denen die Achsen ganz verschieden weit voneinander entfernt sind. Nun kann aber von diesen unendlich vielen verschiedenen Entfernungen der Gläser von einander nur eine einzige die korrekte sein, und zwar diejenige, die genau der Pupillendistanz entspricht. Bei den Klemmern der bisherigen Systeme war es daher meistens dem Zufall überlassen, ob wirklich gerade die richtige Entfernung der Gläser voneinander beim Aufsetzen des Kneifers getroffen wurde.

Nachdem man die den Klemmern anhaftenden Fehler erkannt hatte, versuchte man immer wieder, eine neue Kneiferkonstruktion zu ersinnen, bei der ein sicheres Zusammenfallen der optischen Achsen der künstlichen Linsen mit den Sehachsen gewährleistet wäre; man versuchte also Kneifer herzustellen, die ebenso korrekt zentriert wären wie die Brillen. Man hatte dabei mit Schwierigkeiten zu kämpfen, weil man beim Klemmer die Feder, auf der die erwähnten Fehlerquellen beruhen, leider nicht ganz vermeiden kann, da nur durch sie das Festsitzen der Gläser auf der Nase bewerkstelligt wird.

Es gibt heutzutage — von kleineren unwesentlichen Konstruktionsunterschieden abgesehen — drei große Hauptgruppen von Kneifern, die sich durch die verschiedene Anordnung der Feder unterscheiden. Das allgemein bekannte, fast überall gebräuchliche alte System hat eine Bandfeder, die in der Ebene der Gläser wirkt. Setzt man einen solchen Kneifer auf, so wird man beim Auseinanderbiegen der Feder die Gläsermittelpunkte, durch die ja die optischen Achsen gehen, von unten innen nach oben außen in der gleichen Vertikalebene verschieben; klemmt sich dann die Feder auf der Nase fest, so tritt durch die Federwirkung umgekehrt eine Annäherung der optischen Achsen von oben außen nach unten innen ein. Die zweite Gruppe umfaßt die Kneifer mit nur horizontal wirkender Spiralfeder, bei denen zum Aufsetzen die Gläser einfach in wagerechter Richtung auseinandergezogen werden und die Federwirkung die Gläser wieder einander nähert, soweit es die dazwischen geklemmte Nase erlaubt. Der orthozentrische Kneifer beruht auf einer ganz anderen Konstruktion: die Feder wirkt rechtwinklig zur Ebene der Gläser, sodaß die Gläser sich beim Aufsetzen in einer Horizontalebene von vorne nach hinten — um eine etwa längs des Nasenrückens verlaufende Achse drehen. Die Gläsermittelpunkte bleiben bei dieser Drehung in gleicher Entfernung voneinander, bewegen sich also weder nach oben und der Seite, wie beim alten System, noch lediglich nach der Seite, wie bei den Spiralfederklemmern.

Berücksichtigt man die eben ausgeführte Wirkungsweise der Federn bei den verschiedenen Systemen, so sieht man sofort, daß eine Verschiebung der Linsenachsen aus der Linie der Sehachse am häufigsten bei der zweiten Gruppe (den Kneifern mit Spiralfeder), aber auch oft bei der ersten Gruppe (dem alten System) zustande kommen wird, bei den orthozentrischen Kneifern jedoch kaum zu befürchten ist, da eine nennenswerte Verschiebung bei gut angepaßtem Kneifer nicht eintritt. Man hat daher diese Konstruktion mit vollem Recht als „orthozentrische Kneifer" bezeichnet.

Mir scheint also durch den orthozentrischen Kneifer, wie ich denselben als eine Erfindung des amerikanischen Augenarztes Dr. Brinkhaus kennen gelernt habe, die immer dringender werdende Forderung nach einem Klemmer in befriedigender Weise erfüllt zu sein, der die sämtlichen Erfordernisse einer

korrekten Gläserfassung in sich vereinigt. Bisher konnte man nur die Brille als wirklich korrekte Fassung von Augengläsern (besonders für Astigmatiker und Staroperierte) ansehen.

Die korrekte Zentrierung — die als allerwichtigstes Erfordernis bei jedem Kneifer in erster Linie zu erstreben ist, — ist jedoch nicht der einzige Vorzug der orthozentrischen Kneifer. Beim korrekt angepaßten orthozentrischen Kneifer stehen die Gläserflächen stets senkrecht vor den Augen in ein und derselben Ebene und die fast starre Verbindung durch die horizontal gestellte Feder läßt die einmal richtig angepaßten Gläser auch dauernd in ihrer korrekten Stellung verharren. Eine Schiefstellung des orthozentrischen Kneifers aus der gemeinsamen Ebene heraus nach außen oder innen ist bei richtiger Anpassung ganz ausgeschlossen, und zwar eine Schiefstellung nach innen deshalb, weil die Federspannung unmöglich stärker werden kann; andererseits müßte bei einer so großen Erschlaffung der Federspannung, wie sie eine Schiefstellung der Gläser aus der horizontalen Ebene heraus nach außen bedingen würde, der Kneifer mangels genügender Reibung von der Nase herabgleiten, da ja die Nasenstege von vornherein für den individuellen Nasenraum eingestellt waren. Ich hebe den Umstand, daß beim orthozentrischen Kneifer die durch die individuellen Verhältnisse der Nasen- und Gesichtsbildung bedingte sehr wichtige Stellung der Gläser zu den Augen besonders hervor, da derselbe in der mir bekannt gewordenen Literatur über diese Erfindung nicht erwähnt worden ist.

Bei den für Astigmatiker in Betracht kommenden zylindrischen Gläsern kommt es — wenn nicht überhaupt der Zweck dieser Gläser verfehlt werden soll — darauf an, daß die Zylinderachse stets in derselben, dem Astigmatismus des betreffenden Auges entsprechenden Lage verbleibt. Diese Bedingung wird sich bei den Kneifern des alten Systems infolge der Verschiebung von oben außen nach innen unten nur manchmal erfüllen lassen, bei den Spiralfederkneifern wird diese Forderung zwar erfüllt, jedoch nur auf Kosten der richtigen Zentrierung. Nur der orthozentrische Kneifer sichert schon von vornherein durch seine Konstruktion die immer gleichbleibende Richtung der Zylinderachse bei gleichzeitiger korrekter Zentrierung.

(Fortsetzung folgt.)

Medicinischer Kompressionsschwamm.

Von Dr. **Ebstein,** Eisenach.

Die früher gebräuchlichen, jetzt wohl gänzlich obsolet gewordenen medicinischen Preßschwämme wurden auf die Art hergestellt, daß ein gereinigter Schwamm mit medikamentösem Fett durchtränkt und dann komprimiert wurde. Diesen alten Preßschwämmen haftete vor allem der Fehler an, daß sie bei ihrer nach dem Schmelzen des Fettes erfolgenden Ausdehnung den allergrößten Teil des von ihnen eingebrachten medikamentösen Fettes wieder aufsaugten und somit der weiteren Einwirkung entzogen. Außerdem konnte man mit einem derartigen Preßschwamm nur ziemlich eng begrenzte Mengen Fettes einführen, da bei dem alten Verfahren Schwamm und Fett ein ungetrenntes Ganzes bildeten und eine relativ zu große Fettmenge die Kompression der Schwämme unmöglich gemacht hätte.

Mein Kompressionsschwamm hingegen ermöglicht es nicht nur, eine sehr große, von der Größe des Schwammes unabhängige Menge Arzneifettes einzuführen, sondern vermöge seiner eigenartigen Konstruktion hat er die Fähigkeit verloren, das Medikament, mit dem er beschickt ist, bei seiner Ausdehnung wieder aufzusaugen. Die Wirkung des mit meinem Kompressionsschwamm eingeführten Medikamentes dauert also unbegrenzt fort und wird sogar nach erfolgter Ausdehnung des Schwammes eine sehr intensive, da es von dem Schwamm an die zu behandelnden Stellen energisch angepreßt wird.

Die gesetzlich geschützte Herstellungsweise meines Kompressionsschwammes ist folgende:

Der Schwamm wird gereinigt und desinfiziert, eventuell noch mit Alkohol und Aether behandelt; darauf wird er mit einem seinem ausgedehnten Zustande entsprechenden Stück Seide (oder anderen Stoffes) umgeben, an dem auch ein Faden zum Herausziehen befestigt ist; der so mit Gewebe armierte Schwamm wird nunmehr einige Zeit hindurch in siedendes Fett von ca. 20—25° Schmelzpunkt getaucht, alsdann in eine beliebige Form, z. B. Kugelform, gepreßt und in dieser Form die Erstarrung des Fettes abgewartet. Alsdann wird der Schwamm der Form entnommen und um ihn herum wird nunmehr eine 5 bis 10 bis 15 mm starke Fettschicht von ca. 38 bis 39° Schmelzpunkt herumgepreßt. Diese Fettplatte enthält die wirksamen arzneilichen Bestandteile. Man sieht also, daß mein Schwamm aus drei Teilen besteht: dem Kern aus Schwamm, der den Schwamm umgebenden Seidenhülle und außerhalb dieser die medikamentöse Fettplatte. Das innerhalb des Schwammkerns befindliche Fett dient lediglich dazu, den Schwamm bis zur Umpressung mit der wirksamen Fettplatte in der gewünschten Form zu erhalten.

Die Wirkungsweise des so hergestellten Schwammes ist folgende: Wird der Schwamm in den Körper, z. B in den Mastdarm oder in die Scheide eingeführt, so löst sich der medikamentöse Fettüberzug und benetzt zunächst die angrenzenden Teile der Wandungen. Ist diese Schmelzung genügend weit fortgeschritten, so dehnt sich der Schwammkorn aus und entfaltet dabei das Gewebe, mit dem er umpreßt ist. Dieses Gewebe, das die Aufsaugung der medikamentösen Fettschicht verhindert, bewirkt gleichzeitig durch den Innendruck des Schwammes eine innige Berührung der Fettschicht mit der Wandung des betreffenden Organes. Der praktische Wert meines Kompressionsschwammes liegt zunächst in folgendem: Die medikamentöse Lokalbehandlung des Mastdarmes z. B. war bisher nur möglich entweder durch Klystiere, deren Wirkung aber naturgemäß eine zu kurze ist, oder durch Suppositorien, durch die hochsitzende Krankheitsherde nicht erreicht werden können. Schließlich blieb nur noch die Tamponade, die jedoch nur von dem Arzte, und zwar stets unter der Zuhilfenahme von Instrumenten, die den After erweitern, vorgenommen werden konnte. Durch meinen Kompressionsschwamm ist für den Patienten die Möglichkeit gegeben, den Mastdarm selbst ohne jede fremde Hilfe zu tamponieren, und zwar auch dann mit Aussicht auf Erfolg, wenn die erkrankte Stelle sehr weit oben sitzt. Soll eine derartig hochsitzende erkrankte Partie z. B. ein Krebs, ein Ulcus, Hämorrhoiden mit einem besonders differenten Mittel z. B. Kokain behandelt werden, so wird an das obere Ende eines stangenförmigen Kompressionsschwammes eine kleine, mit dem betreffenden Mittel imprägnierte, etwas schwerer schmelzbare Fettkappe befestigt. Der übrige, leichter schmelzende Fettüberzug schmilzt schneller, der Schwamm dehnt sich in seiner Längenrichtung aus und transportiert die schwerer schmelzbare Fettkappe nach der zu behandelnden Stelle hin. Ferner dürfte durch meinen Kompressionsschwamm das erste Mal die Möglichkeit gegeben sein, daß Frauen ihre Harnröhre und sogar den unteren Teil ihrer Harnblase selbst tamponieren. Dies letztere dürfte vielleicht bei tiefsitzenden Erkrankungen der weiblichen Harnblase von großer Bedeutung werden. (Kokainisierung von Blasenkarzinomen.)

Der Vertrieb meines Kompressionsschwammes vom Produzenten zum Konsumenten dürfte sich unter Vermittlung der Apotheken ungefähr folgendermaßen gestalten: In kurzer Zeit werden sich für meinen Kompressionsschwamm bestimmte Standardformen bezüglich der Form wie der Zusammensetzung des umkleidenden Fettmantels herausgebildet haben. Diese werden von den Apotheken im großen bezogen werden. Die besonderen für den Einzelfall getroffenen ärztlichen Verordnungen werden alsdann von dem Apotheker an dem Schwamm angebracht werden.

Außerdem stellt mein Kompressionsschwamm ein absolut sicher wirkendes, völlig gefahrloses, sehr bequem und ohne Verletzung des ästhetischen Gefühles anwendbares Mittel zur Verhütung der Schwangerschaft dar. Die Frage nach einem antikonzeptionellen Mittel tritt ja unzählige Male an den Arzt heran. Selbstverständlich meine ich dabei nicht die Fälle, in



denen die Folgen unerlaubten Geschlechtsverkehrs verhütet werden sollen; selbst nicht diejenigen, in denen materielle Not*lage* den Wunsch nach Konzeptionsverhütung einigermaßen begreiflich erscheinen läßt. Sondern ich denke an die so unendlich oft an den Arzt herantretende Notwendigkeit, eine mit Tuberkulose der Lungen oder anderen Leiden, mit Beckendifformitäten belastete Frau, für die eine Schwangerschaft *höchste* Gefahr bedeutet, vor Konzeption behüten zu müssen. Der bloße Hinweis auf die Notwendigkeit der Konzeptionsverhütung ist, so lange man kein zuverlässiges, einwandfreies Mittel dazu angeben kann, nur Grausamkeit. Ich glaube daher, daß die Kollegen gern ein Mittel begrüßen werden, das obige Eigenschaften in sich vereint.

Bringt man nämlich einen mit keimtötender Fettschicht umpreßten Kompressionsschwamm in die Scheide ein, so schließt er nach seiner Ausdehnung den Muttermund vollständig fest von der Scheide ab. Dieser Abschluß ist ein direkt hermetischer, da das aufgelöste Fett den Schwamm vollständig abdichtet. Der ergossene Samen kann also unter keinen Umständen bis an die Gebärmutter gelangen. Zieht man nun nach einmaligem oder mehrmaligem Beischlaf den Schwamm aus der Scheide heraus, so schiebt er wie ein dichtgehender Spritzenkolben allen ergossenen Samen zur Scheide hinaus. Eventuell an den Scheidenwänden haftenbleibende Spermatozoen werden von dem eingefetteten Schwamm mit einer Fettschicht umgeben, die die Fortbewegung der Spermatozoen hindert und diese selbst bald abtötet.

Mit den sogen. „Pariser Schwämmchen" lassen sich meine Kompressionsschwämme nicht vergleichen. Ein Pariser Schwamm ist nicht komprimiert, und da der hintere Teil der Scheide bedeutend weiter ist als der Scheideneingang, so lassen sich die „Pariser Schwämme" nur in so kleiner Ausmessung einführen, daß von einem hermetischen Abschluß des Muttermundes gegen die Scheide nicht die Rede sein kann. Ein „Pariser Schwämmchen" gestattet also zunächst den Samenerguß bis direkt an die Gebärmutter heran; außerdem kann er nie wie ein Spritzenstempel wirken, sondern gleitet beim Herausziehen, weil er eben viel zu klein ist, über den ergossenen, doch sehr zähen Samen hinweg; nur ein Teil des Samens wird von dem „Pariser Schwamm" entfernt, ein anderer Teil bleibt in der Scheide befruchtungsfähig zurück. Als besonderer Vorzug der „Pariser Schwämmchen" wird angeführt, daß sie den ergossenen Samen in sich aufsaugen. Dies ist aber gerade sehr verhängnisvoll. Denn wenn der ergossene Same von dem „Pariser Schwämmchen" auch wirklich vollkommen aufgesaugt wird, so dehnt sich natürlich der Schwamm in dem weiten hinteren Teil der Scheide aus. Passiert nun der Schwamm beim Herausziehen den engen Scheideneingang, so wird er zusammengedrückt und so gezwungen, den aufgesaugten Samen zum Teil wieder abzugeben: Ein Teil davon fließt nach außen ab, ein anderer aber zurück in die Scheide, von wo aus er befruchtungsfähig in die Gebärmutter wandern kann. Hieraus erklärt sich zur Genüge die völlige Unzuverlässigkeit der „Pariser Schwämmchen" und aller anderen Hilfsmittel, die die Konzeption durch Aufsaugung des Spermas verhindern wollen (Seidenbäuschchen).

Auch die sogen. „Sicherheitsovale" lassen sich an antikonzeptioneller Sicherheit mit meinem Kompressionsschwamme nicht im entferntesten vergleichen: ebenso wenig wie der „Pariser Schwamm" bewirkt das Sicherheitsoval einen hermetischen Abschluß der Gebärmutter. Nachdem es geschmolzen ist, liegt das Fett des Ovals auf dem Boden der Scheide, es benetzt also nur die untere Wand und die unteren Teile der Seitenwände der Scheide. Die obere Wand der Scheide und die oberen Teile der Seitenwände jedoch werden von dem keimtötenden Fett der Sicherheitsovale absolut nicht berührt. Diejenigen Samenkeime, die an den zuletzt genannten Stellen der Scheidenwandungen sitzen, werden von dem Fett der Ovale dementsprechend gar nicht angegriffen. Dazu kommt noch folgendes: Mein Kompressionsschwamm verstreicht, wenn er in ausgedehntem Zustande herausgezogen wird, alle die tausend kleinen Fältchen der Scheidenschleimhaut und versieht sie mit dem schützenden Fettüberzug; die Sicherheitsovale vermögen natürlich keineswegs mit ihrem Fett all diese verborgenen Schlupfwinkel für den Samen zu versehen.

Sobald die reguläre Herstellung meiner medicinischen Kompressionsschwämme beginnt, stelle ich den Herren Kollegen Versuchsexemplare gern zur Verfügung. Auch jetzt schon wäre ich für freundliche Anregungen dankbar.

Periodische Literatur.

Neuer Vorschlag zur Phosphorernährung und Phosphortherapie im Kindesalter. Von Dr. Manchot, Hamburg. (München. medicin. W., Nr. 12.)

Das Verlangen nach einem vollwertigen und dabei ungefährlichen Ersatz des gelben Phosphors muß umso stärker sein, als die Darreichung in dieser toxikologisch gefährlichen Form durchaus abweicht von der natürlichen Versorgung des gesunden Säuglings mit Phosphor, da die Frauenmilch fast ausschließlich organisch gebundenen Phosphor enthält. Eine gewisse Aussicht auf ein brauchbares organisches Phosphorpräparat schien das Phytin Posternaks zu geben, ein aus ölhaltigen Samen isolierter Pflanzenphosphor. Versuche, die Verf. mit demselben bei einer Reihe von Kindern anstellte, entsprachen aber nicht den Erwartungen. Verf. hat deshalb auf die phosphorreichen Vegetabilien zurückgegriffen, um aus denselben durch möglichst wenig eingreifendes und veränderndes Verfahren die organischen Phosphorsubstanzen für die Ernährung aufzuschließen, und den Hanfsamen gewählt, dessen Phosphorgehalt den der übrigen bei uns gebräuchlichen Körnerfrüchte übertrifft. Durch die Hamburger Oelfabriken von F. Thörl hat er ein präpariertes Hanfmehl herstellen lassen, das allen technischen Anforderungen entspricht und sich bei praktischer Anwendung bestens bewährt; zu beziehen ist dasselbe von E. Rode, Hamburg. Aus dem entölten Hanfmehl wird eine Suppe bereitet, indem 100 g Mehl mit 1 l Wasser angerührt und bei gelindem Feuer, ohne ins Kochen zu geraten, auf etwa 250 ccm langsam, in etwa $1^1/_2$ bis $1^3/_4$ Stunden, eingeengt werden. Die Suppe wird dann durch ein feines Sieb gegossen, der Rückstand auf dem Sieb mit einem Holzlöffel ausgedrückt, dann wird nochmals durch ein feines Seihtuch oder feines Filtrierpapier filtriert. So wird eine dünne, milchige Suppe von bräunlich-gelber Farbe, saurer Reaktion und angenehmem Geschmack erhalten. Von dieser werden je nach Maßgabe des Falles 30 bis 50 ccm der jeweiligen Flasche des Kindes zugesetzt; sie verträgt sich gleich gut mit den üblichen Milchmischungen, wie auch mit Buttermilch, Malzsuppe und anderem; bei größeren Kindern wird sie als Zusatz zu Suppen, Breien oder der Milch gegeben. Irgend welche Störungen der Verdauung oder des Allgemeinbefindens wurden dabei nicht beobachtet. Im ganzen hat Verf. bei 101 Kindern die Hanfmehlsuppe mehr oder weniger lange Zeit gegeben; hauptsächlich waren es Kinder im ersten Lebensjahr, neben Rhachitikern und Kindern mit spasmophiler Diathese elende, schwächliche und atrophische Kinder. Schon zwei bis drei Tage nach Verabfolgung der Hanfmehlsuppe fing bei im übrigen unveränderter Nahrungsqualität und -quantität das Körpergewicht an, schnell zu steigen; nach acht bis zehn Tagen zeigte sich eine bemerkenswerte Aenderung im Aussehen der Kinder; die welke, schlaffe Haut wurde saftig, fest, glänzend, die fahle Blässe schwand und machte einem rosigen Schimmer Platz, die schlaffen Muskeln wurden fest und mit der zunehmenden allgemeinen Kräftigung die Kinder bald frischer und munterer. Die Gewichtszunahme vollzog sich unter geringem Fettansatz im Unterhautzellgewebe; dabei waren Zunahmen bis zu 660, ja 720 g in zehn Tagen zu verzeichnen; der anfänglich rapide Anstieg des Körpergewichts ging dann in ein langsameres, gleichmäßig fortschreitendes Tempo über, etwa 25 bis 26 g im Durchschnitt pro die. Bei den rhachitischen Kindern waren die Erfolge überraschend gut, mindestens denjenigen des Phosphorleberthrans gleichzustellen; besonders auffallend war der Einfluß auf die Schweiße und Anaemien, weiter auf die Störungen des Knochenwachstums; auffällig rasch nahm auch die geistige Frische und Regsamkeit dieser Kinder zu. Bei den in Behandlung gekommenen Fällen mit ausgesprochenem Spasmus glottidis war der Erfolg ein günstiger. Danach scheint die Hanfmehlsuppe einen wertvollen

und dabei ungefährlichen Ersatz für den bisher üblichen Phosphorleberthran zu bieten und eingehendster Nachprüfung wert zu sein. Verf. fügt die interessante Mitteilung hinzu, daß er bei den literarischen Studien entdeckt hat, daß der Gebrauch der Hanfmehlsuppe nicht neu ist, daß sie vielmehr ein früher durch Jahrhunderte anscheinend weit verbreitetes und beliebt gewesenes deutsches Volksnahrungsmittel gewesen ist, das nur inzwischen ganz in Vergessenheit geraten ist, und das auch ihre therapeutische Verwendung bei Rhachitis und Eklampsie der Kinder, sowie zur Ernährung atrophischer Säuglinge schon bei medicinischen Schriftstellern des 16. Jahrhunderts Erwähnung findet.

Neuere Arzneimittel.

Pyrenol. Fabr.: Dr. Arthur Horowitz, Berlin. Versuche zur Prophylaxe der Endokarditiden bei Infektionskrankheiten, in specie bei Gelenkrheumatismus stellte Dr. Joseph Weiß, Sekundärarzt des k. k. Allgemeinen Krankenhauses in Wien, an. Der Hauptinhalt seiner Veröffentlichung in der Allgem. Medic. Zentralzeitg. Nr. 19 (11. Mai 1907) sei hier kurz wiedergegeben.

„Das Pyrenol hat sich bei der Behandlung des Gelenkrheumatismus und anderer rheumatischer Erkrankungen als mildes, aber wirksames Antirheumatikum, bei Pneumonie, Influenza, Bronchitiden, Pertussis und anderen akuten Infektionskrankheiten sowie bei chronischen katarrhalischen Affektionen der Luftwege als ein ausgezeichnetes Expektorans und bei gleichzeitig herztonisierendem Einfluß als sedativ wirkendes Heilmittel in hohem Maße bewährt.

Für die Pneumonie wies z. B. die Dissertation von Keiner (Berlin, 1907) an dem großen Material von 168 Fällen nach, daß im Vergleich zu anderen Mitteln die Mortalität bei Pyrenolgebrauch am geringsten war. Zahlreiche Autoren haben ferner auf die Seltenheit des Auftretens von Endokarditiden bei Masern, Scharlach, Angina, Gelenkrheumatismus unter Pyrenolmedikation hingewiesen.

Gemäß der von R. Koch für die Atoxylwirkung bei der Trypanosomiasis konstatierten Tatsache, daß wenige größere Dosen die Parasiten vernichten, während verzettelte kleine Dosen selbst bei größerer Gesamtgabe unwirksam bleiben, suchte Weiß die aus den oben erwähnten Beobachtungen zu erschließende prophylaktische Wirksamkeit des Pyrenols gegen die die Endokarditis erregenden Bakterien durch größere Einzelgaben planmäßig zu erhöhen. Von wesentlicher Bedeutung war hierbei die Ungiftigkeit des Pyrenols selbst in hohen Dosen und das Fehlen jeder Nierenreizung, so daß Albuminurie keine Kontraindikation für Pyrenolanwendung bildet.

Es läßt sich nicht leugnen, daß die ausführlich wiedergegebenen Krankengeschichten von akuten hochfieberhaften Gelenkrheumatismen, sowie katarrhalischer Pneumonie, in denen auch die eingangs skizzierten spezifischen Pyrenolwirkungen bestens zum Ausdruck kommen, in der Tat für eine günstige Beeinflussung und Beseitigung der endo- und perikarditischen Erscheinungen sprechen. Diese dokumentierten sich nach Weiß z. B. in systolischem Geräusch, akzentuiertem zweitem Pulmonalton, Verbreiterung der Herzdämpfung und Beklemmungsgefühl; bei einem anderen Fall in Verbreiterung der Dämpfung, zwei Geräuschen an der Spitze, akzentuiertem zweitem Pulmonalton, schabendem Geräusch zwischen Systole und Diastole, Herzklopfen; oder in starkem Schmerz in der Herzgegend, Druckempfindlichkeit derselben, perikardialem Schaben und verstärktem systolischen Geräusch bei einem Patienten mit altem Mitralfehler. In allen beobachteten Fällen gingen diese Symptome der frischen Endokarditis und Perikarditis unter Pyrenolgebrauch rasch zurück und hinterließen keine oder nur geringfügige nachweisbare Folgen.

Es wäre zu wünschen, daß weitere Nachprüfungen eine Bestätigung dieser wichtigen Ergebnisse bringen. Die Dosierung war in einem Falle von Gelenkrheumatismus: 4 Tage 6 × 0,5 g Pyrenol, 6 Tage 3 × 2,0 g, 4 Tage 2 × 0,5 g, insgesamt 76 g Pyrenol".

Patentnachrichten.

Gebrauchsmuster.

30d. 306357. Bruchband mit durch eine festklemmbare Scheibe einstellbarer Pelotte. Karl Molz, Kaiserslautern, Moltkestr. 26. 22. 3. 07. M. 23893.

30d. 306361. Bruchbandfeder mit verstell- und auswechselbarem Pelottenschild. Fa. Maximilian Rost, Dresden. 22. 3. 07. R. 19022.

30d. 306378. Uterus-Tampon, gekennzeichnet durch einen an einer gewölbten Metallscheibe angeordneten, nach rückwärts zu einer ovalen Oese erweiterten Drahtstiel Johann Andreas Kapp und Max Julius Klemm, Falkenstein i. V. 2. 4. 07. K. 30652.

30d. 306381. Vorrichtung zum leichten und schnellen Anpassen und Feststellen von Verbandschienen für Knochenbrüche u. dgl. Hch. Happel, Offenbach a. M., Bettinastr. 28. 4. 4. 07. H. 32975.

30e. 306279. Bockartiges Krankentragen-Transportgestell aus Holz, gekennzeichnet dadurch, daß es einfach aus durchweg gleichstarken Holzplatten bockartig auf zwei Quer- und einer Längsschwelle mit zwei Streben gänzlich freistehend hergestellt ist. Dr. L. Senger u. Reinhardt Hüttner, Preuß. Holland. 30. 3. 07. S. 14774.

30f. 305978. Sauerstoff-Gebläse aus einer Preßflasche mit anschließender Rohrleitung. Wilh. Weise, Hohenstein-Ernstthal. 26. 3. 07. W. 22169.

30f. 305998. Massiergerät, bestehend aus einem bohnenförmig gestalteten Hohlkörper, welcher mit federnden Hämmern ausgestattet ist, die durch Daumenwellen betätigt werden und dabei gegen ein um den Hohlkörper gespanntes Tuch wirken. Max Lindner, Leipzig, Bayerschestr. 51. 2. 4. 07. L. 17494.

30f. 306324. Tragbare Luft- und Lichtbadeeinrichtung mit einem an Pfählen ausspannbaren Mantel. Immanuel Gottfried Jähne, Schönbach i. S. 25. 7. 06. J. 6574.

30f. 306384. Gabelförmig ausgebildete Vorrichtung für Kopfmassage, mit Flüssigkeitsbehälter. Muhr & Co., Elberfeld. 5. 4. 07. M. 23973.

30g. 305961. Gummistöpsel mit Sauger und Glasröhrchen zur Entnahme von Flüssigkeiten aus Flaschen. Arthur Jung, Clifton, New Jersey, Nord-Amerika; Vertr.: Max Theuerkorn, Zwickau i. S. 11. 3. 07. J. 7032.

30i. 305876. Gasbeheizter, mit wassergekühltem Kesselrande versehener Instrumentensterilisator mit gegenseitiger Verriegelung der Gas- und Wasserabsperrorgane. F. & M. Lautenschläger, Berlin. 27. 3. 07. L. 17473.

30i. 305975. Desinfektionsapparat für Rasiermesser, gekennzeichnet durch einen für Gas und Wasser gemeinsamen Hahn. Paul Niese, Düsseldorf, Pionierstr. 9. 25. 3. 07. N. 6774.

30i. 306338. Desinfektionswagen mit Blechbehältern für die Desinfektionskessel. Otto Feit, Lütgendortmund. 28. 2. 07. F. 15270.

30d. 306554. Elektrisch heizbarer Umschlagwärmer. Georg Haertel, Breslau, Albrechtstr. 42. 2. 4. 07. H. 32955.

30d. 306562. Mittels Pincette verschlossener Englisch-Pflaster-Umschlag. Clemens Breul, Gräfrath, Kr. Solingen. 6. 4. 07. B. 34096.

30d. 306769. Kotfänger für künstliche After, bestehend aus einer umgürtbaren federnden Gabel, einem in diese einschiebbaren steifen Einfallrohr mit auswechselbarem Beutel und Platte zum Verschließen der Bauchhöhle. Friedrich Leibnitz, Potsdam, Brandenburgstr. 55. 5. 4. 07. L. 17509.

30d. 306770. Monatsbindenhalter, aus einem elastischen Leibgurt mit Befestigungsansätzen für die durch den Gurt elastisch nach oben gezogene Binde. Fa. Jos. Süßkind, Hamburg. 5. 4. 07. S. 15225.

30d. 306945. Schutzbinde gegen Wundlaufen. Johann Schmidt, Gr. Saalau, Kr. Friedland, Ostpr. 14. 6. 06. Sch. 23407.

30e. 306550. Feststellvorrichtung für fahrbare Operationstische. Georg Haertel, Breslau, Albrechtstr. 42. 2. 4. 07. H. 32949.

30e. 306716. Krankentragen-Einhänger, bestehend aus einem Doppelring mit Tragefeder, Haken mit Sicherheitsring und einem Vorstecker mit Sicherheitsscheiben. Max Pohl, Kottbus. 7. 2. 07. P. 12011.

30f. 306718. Handstück für Massage mit stoßender Bewegung. Dr. Alfons Jaffe, Berlin, Landsbergerstr. 99. 28. 2. 07. J. 7010.

30f. 306953. Griff für Kopfmassiergabeln u. dgl., welcher zur Aufnahme eines Flüssigkeitsbehälters dient. Muhr & Co., Elberfeld. 3. 1. 07. M. 23358.

30g. 306559. Kindersaugflaschenhülle, scharnierartig aufklappbar mit Zentrierringen, Bodenwarze und Gummisaugerhalterung. Hans Rechterschen, Berlin, Naunynstr. 50. 5. 4. 07. N. 6790.

30g. 306952. Flaschenverschluß für ätherische Flüssigkeiten, mit längsdurchbohrtem, unter Federwirkung stehendem und in weichem Material abgedichtet geführtem Ausflußröhrchen. Sanitaria G. m. b. H., vorm. Gretsch & Co., Feuerbach, Württ. 1. 12. 06. S. 14682.

30k. 306551. Elektrisch heizbarer Irrigator. Georg Haertel, Breslau, Albrechtstr. 42. 2. 4. 07. H. 32950.

30k. 306552. Spüldehner mit doppeltem Rücklauf. Georg Haertel, Breslau, Albrechtstr. 42. 2. 4. 07. H. 32953.

30k. 306568. Vorrichtung, dem Schnabel des Schlingenführers am Nitzeschen Operationskystoskop verschiedene Längen zu geben. Dr. Otto Ringleb, Berlin, Markgrafenstr. 22/23. 9. 4. 07. R. 19094.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Köln a. Rh. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von Heynemannsche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Nr. 24. 1907. 12. August.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte



Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Über moderne Kneiferkonstruktionen.

Von **Dr. Dammann**, Berlin W.

(Fortsetzung.)

II.

Der korrekten Zentrierung sphärischer Augengläser, d. h. der Anpassung der Mittelpunktsentfernung beider Gläser an die Pupillendistanz der betreffenden Person, ist zweifellos eine große Bedeutung beizumessen. Denn sphärische Gläser mit dezentrierten Achsen wirken genau so wie sphärisch-prismatische Gläser. Die Größe der Ablenkung wird, wie Schweigger sagt, bedingt durch die Brennweite des Glases und durch den Grad der Dezentration.

Bei ungenauer Zentrierung durchschneidet die Blicklinie des Auges das sphärische Glas seitlich bezw. ober- oder unterhalb vom Mittelpunkt. Das Gesichtsobjekt erleidet durch die entstehende prismatische Ablenkung eine Verschiebung, welche mit dem (positiven oder negativen) Brechwert des Glases und mit der Größe der Entfernung des Kreuzungspunktes der Blicklinie durch das Glas vom Zentrum des Glases nach jeder Richtung hin proportional wächst. Je nach der Richtung der Dezentrierung, d. h. je nach der Richtung, in welcher sich das Zentrum des Glases von der Sehachse entfernt, verschiebt sich das Gesichtsobjekt nach außen oder innen, nach oben oder unten, und zwar erfolgt die Verschiebung bei konvex sphärischen Gläsern in entgegengesetztem, bei konkav sphärischen im gleichen Sinne. Hierdurch entsteht eine entsprechende Ablenkung des Auges, welches natürlich der Verschiebung folgt, also eine Schielstellung des Auges.

Die relative Stellung beider Augen zueinander — unter der Voraussetzung, daß beide Augen zum Sehen benutzt werden, der binokulare Sehakt also bestehen bleibt — ist durch die Wirkung der dezentrierten Gläser entsprechend der Dezentrierung verändert. Die mit vollendeter Präzision eingestellten Augen, deren Blicklinien im Gesichtsobjekt sich kreuzen müssen, damit die Bilder beider Augen sich decken, können ihre korrekte Einstellung nur in der von jeher gewohnten unveränderten relativen Stellung zueinander behalten. Diese Stellung ist zwar für jede wechselnde Entfernung eine andere, jedoch für jede einzelne Distanz eine stets gleichbleibende. Es ist nun leicht begreiflich, daß die durch die Dezentrierung veränderte relative Stellung der Augen zu einander eine außerordentlich ermüdende Zwangsstellung für die Augen sein muß. Wird nun die Ermüdung allzu stark, so können die Augen die zur Erzeugung sich deckender Bilder nötige Stellung nicht mehr innehalten, die koordinierte Tätigkeit hat ein Ende, und da die Bilder der Augen sich nicht mehr decken, erscheint der gesehene Gegenstand verwischt oder gar doppelt. In sehr vielen Fällen begibt sich der Patient dann einfach zum nächsten Optiker, der ihm ein stärkeres Glas verabfolgt. Hierdurch wird zwar zunächst infolge des vergrößerten Bildes eine Aufhebung des lästigen Doppeltsehens erzielt, das ursächliche Moment wird aber, wenn derselbe oder ein anderer falsch zentrierter Kneifer benutzt wird, nur verstärkt.

Es ist zum richtigen Verständnis dieser Verhältnisse erforderlich, sich eine klare Vorstellung über die Vorgänge zu verschaffen, welche sich bei der Einstellung der Augen auf das Gesichtsobjekt während des binokularen Sehens abspielen. Ein scharf umrissenes Bild kann nur dann entstehen, wenn die Sehachsen beider Augen sich im Gesichtsobjekt kreuzen, wodurch die auf die Netzhaut beider Augen geworfenen Bilder die identischen Stellen der Netzhaut treffen und beide Bilder sich in der Vorstellung zu einem plastischen Bilde mit scharfen Konturen vereinen. Die geringste Verschiebung der beim scharfen binokularen Sehen sich deckenden Bilder erzeugt Unklarheit des Gesichtsobjektes zunächst durch Verschwommenheit der Umrisse und Linien. Bei stärkeren Verschiebungen entsteht ein deutliches Doppelbild.

Bei richtiger Einschätzung dieser Verhältnisse gewinnt die Zentrierungsfrage auch sphärischer Gläser, bei den Korrekturen der Refraktionsfehler eine hohe Bedeutung, welche in arithmetischer Progression mit den zunehmenden Dioptrieen der sphärischen Gläser wächst. Dies ersieht man leicht aus der Berücksichtigung folgender optischer Gesetze. Man kann sich ein jedes sphärisches Glas aus einer Anzahl gleichartiger Prismen zusammengesetzt denken, deren Basen bei konvex sphärischen Gläsern dem Zentrum, bei konkav sphärischen Gläsern der Peripherie des Glases zugekehrt sind. Sieht man einen Gegenstand durch ein Konvexglas von einer Dioptrie und hält dabei das Glas derart senkrecht vor das Auge, daß die Blicklinie das Glas an einem Punkte kreuzt, welcher 8,7 mm seitlich von der optischen Achse, d. h. vom Zentrum des Glases entfernt liegt, so wird das Gesichtsobjekt in einer Entfernung von 1 m um 1 cm entgegengesetzt der Richtung der Dezentrierung (nach der Spitze des Prisma) abgelenkt. Diese Dezentrierung ist gleichwertig mit der Wirkung eines Prisma von einem Grad, und man hat diesen Wert als Einheit der prismatischen Berechnung als eine Zentrade oder eine Prismendioptrie bezeichnet, welche annähernd gleichwertig mit dem Brechungswinkel des Prisma ist. Bei 2 m Entfernung beträgt die Ablenkung natürlich das Doppelte usw.

Kommen stärkere Gläser als eine Dioptrie in Betracht, so wächst die prismatische Ablenkung proportional nach mathematischen Grundsätzen. Bei einem konvex sphärischen Glas von sechs Dioptrien genügt schon der sechste Teil einer solchen Dezentrierung, um die gleiche Wirkung zu erzielen. Ist also bei einem solchen Glas die Kreuzung der Blicklinie vom Mittelpunkt des Glases nur 1,5 mm entfernt, so erscheint schon das Bild in 1 m Entfernung um 1 cm verschoben, eine Dezentrierung dieses Glases um noch nicht 3 mm bewirkt schon eine Ablenkung von 2 cm auf 1 m Entfernung usw. Ein stärkeres Glas bewirkt also schon bei geringerer Dezentrierung dieselben Störungen, die ein schwächeres Glas bei stärkerer Dezentrierung

verursacht, immer vorausgesetzt, daß es sich um binokulares Sehen handelt.

Der manchmal gemachte Einwurf, daß die Augen nur beim Sehen in gerader Richtung den Vorteil der korrekten Zentrierung der Gläser genießen, beruht auf einer falschen Voraussetzung. Denn wenn die Gläser für den Blick geradeaus richtig zentriert sind, so ist die Zentrierung für alle Augenstellungen korrekt (soweit man das überhaupt bei Gläsern erreichen kann), da das relative Verhältnis der Zentrierung zu der Augenstellung stets das Gleiche bleibt. Auf alle Fälle ist die korrekte Gläserstellung für die Nähe noch viel wichtiger, da beim Nahesehen fast stets die Zentren der Gläser oder deren unmittelbare Nähe benutzt werden.

Eine Betrachtung der in Frage kommenden physikalisch-optischen Gesetze und ihrer Wirkung auf die Funktion der Augen und zwar besonders auf den binokularen Sehakt läßt uns zu dem Schlusse kommen, daß eine ganze Reihe von Störungen, die oft mit Beeinträchtigungen des Sehens verbunden sind, so vor allen Dingen viele der unter dem Sammelnamen „asthenopische Beschwerden" zusammengefaßten Störungen häufiger, als man gewöhnlich annimmt, auf rein physikalische Ursachen zurückzuführen sind, wobei der Anteil der Wirkung dezentrierter Gläser oft mit mathematischer Genauigkeit festzustellen ist. Mit anderen Worten: Zwischen einer Reihe von krankhaften Erscheinungen, für die man oft keine andere Ursache finden konnte, einerseits, und einer falschen Zentrierung andererseits, besteht ein ursächlicher Zusammenhang, dessen Erkenntnis uns den Weg einer zweckentsprechenden Behandlung weist und spekulative Voraussetzungen ebenso überflüssig macht wie empirische Maßnahmen aller Art.

Hand in Hand mit der sehr häufigen inkorrekten Stellung gläsertragender Augen zu einander geht eine Schielstellung beider oder vorwiegend eines Auges, verbunden mit ungleicher Sehschärfe, die namentlich beim Nahesehen eine oft so auffallende Erscheinung ist, daß z. B. bei Augen gleicher Refraktion und desselben Baues das eine Auge mit 1,0 Dioptrie liest, während das andere Auge erst mit 2,5 Dioptrien in normalem Leseabstand zu lesen anfängt. Fehlerhafte Zentrierungen führen also zu fehlerhaften Augenstellungen, die eine unvermeidliche Folge, eine physikalische Notwendigkeit sind, solange der binokulare Sehakt besteht, und zwar steht die Ursache der fehlerhaften Stellung im geraden Verhältnis sowohl zum Brechwert der Gläser als auch zum Umfange der Dezentrierung. Mit dieser fehlerhaften Augenstellung hält gleichen Schritt die allmähliche Abnahme der Sehschärfe, entsprechend dem physiologischen Vorgang beim einfachen Schielauge. Es ist leicht ersichtlich, daß unter sonst gleichen Verhältnissen bei dem Auge, welches durch fehlerhafte Zentrierung beim binokularen Sehakt am ungünstigsten gestellt ist, sowohl eine stärkere Ablenkung als auch eine entsprechende Einbuße an Sehschärfe erfolgen wird. Es ist also bei fehlerhaft zentrierten sphärischen Gläsern nicht allein mit einem kosmetischen Fehler zu rechnen, sondern mit einem teilweisen Verluste der funktionellen Tüchtigkeit des Auges, der oft eine recht beträchtliche Höhe erreichen kann.

Untersuchungen und Beobachtungen über den therapeutischen Wert des neuen Antidiabetikums „Magolan".

Von Dr. **Richard Hermann**, Wien.

Ebenso mangelhaft wie die Kenntnisse über die letzten pathologischen Ursachen der Diabeteserkrankung sind auch bisher unsere Erfolge in der Therapie des Diabetes mellitus geblieben. Der Grund hierfür, daß wir in Bezug auf die ätiologischen und pathogenetischen Verhältnisse noch keine genügende Klarheit erlangt haben, wird wohl in dem Umstande gelegen sein, daß wir es hier mit keiner einheitlichen Krankheitsursache zu tun haben. Denn in dem einen Falle handelt es sich um eine Mehrproduktion von Zucker im Organismus, in einem anderen Falle um Minderverbrauch desselben, und nicht selten sind beide Momente vereint als unmittelbare Ursache verantwortlich zu machen. Schon die Definition der Krankheit bietet mancherlei Schwierigkeiten, da über das Wesen der Erkrankung und den Krankheitsbegriff noch mancherlei Unklarheit herrscht. — Gemeinhin sieht man den Diabetes mellitus als eine Stoffwechselerkrankung an, bei welcher der Organismus die Assimilationsfähigkeit für Kohlehydrate zum Teil oder gänzlich eingebüßt hat. Wollte man den Diabetes als eine Krankheit bezeichnen, bei der nach Aufnahme geringer Mengen von Kohlehydraten oder bei gänzlichem Ausschluß derselben durch längere Zeit Zucker mit dem Harne ausgeschieden wird, so würde sich diese Definition bloß auf das wichtigste, die Krankheit charakterisierende Symptom stützen, ohne jedoch auf die eigentliche pathologische Ursache Rücksicht zu nehmen; man müßte demnach jede Glykosurie für einen echten Diabetes mellitus halten, was zu mannigfachen Irrtümern führen würde. — Bekanntermaßen ist ja das Assimilationsvermögen für Kohlehydrate auch beim normalen und gesunden Menschen Schwankungen unterworfen und richtet sich dasselbe nach den Quantitäten der zugeführten Kohlehydratnahrung. Werden dem Körper plötzlich weit größere Kohlehydratmengen mit der Nahrung zugeführt, als dies den gewöhnlichen Erfordernissen des Zuckerstoffwechsels entspricht, d. h.: übersteigen die zugeführten Kohlehydratmengen das gewöhnliche Maß, dann ist der Organismus nicht mehr imstande, den ganzen ihm einverleibten Zucker — denn als solcher werden die Kohlehydrate resorbiert — als Glykogen in der Leber zur Ablagerung zu bringen oder in Fett umzuwandeln, wodurch der überschüssige Zucker von den normalen Bahnen abgelenkt ins Blut gelangt und von da den Geweben zugeführt, schließlich mit dem Harn ausgeschieden wird. Infolge dieser größeren Kohlehydratzufuhr wird bei dem geschilderten Vorgange der Zuckergehalt des Blutes gesteigert, welcher normalerweise die Grenze von 0,2 % nie überschreitet. Der überschüssige Zucker gelangt in die Nieren, welche nicht imstande sind, solche ihre Leistung übersteigenden Zuckerquantitäten zurückzuhalten, so daß die Ausscheidung des Zuckers durch den Harn erfolgt. Der Zucker spielt im Haushalte des menschlichen Organismus eine lebenswichtige Rolle, indem der Körper aus seinem Verbrauche eine wichtige Wärmequelle bezieht und andererseits die Arbeits- und Kraftleistung der Muskulatur durch die Verbrennung des Zuckers bedingt ist. Durch den Zuckerverlust entgeht dem Organismus eine wichtige Wärmequelle und die demselben zugeführte Nahrung erfährt eine bedeutende Entwertung und zwar um den Kalorienwert des ausgeschiedenen Zuckers. — Zum besseren Verständnisse nachfolgender Ausführung scheint es mir notwendig, sich zunächst über die Quellen des Zuckers klar zu werden. Der Zucker rührt zunächst von den ungenügend resorbierten Kohlehydraten der Nahrung, ferner aus dem in der Leber normalerweise aufgestapelten Glykogen, schließlich auch aus dem Fett und dem Körpereiweiß her. — Normalerweise kommen die mit der Nahrung zugeführten Kohlehydrate nach ihrer Resorption im Darme als Dextrose auf dem Wege des Pfortadersystems in die Leber, wo dieselben eine Umwandlung in Glycogen erfahren und als solches hier abgelagert werden. Geringe Mengen Zuckers nur gelangen von den Lebervenen aus der Leber fortgeleitet in die Gewebe des Körpers, um in letzter Instanz durch die Nieren ausgeschieden zu werden. Die Leber ist demnach das wichtigste Sammel- und Ablagerungsdepot für Glykogen, doch finden wir dieselben auch in den Muskeln vertreten. Durch die Arbeitsleistung der Muskeln wird Glykogen fortwährend aufgebraucht, welches ersetzt werden muß. Dieser durch den Stoffumsatz bedingte Wechsel im Verbrauch und in der Zufuhr von Zucker wird von der Leber aus reguliert. Steigt der Zuckergehalt des Blutes, sei es durch eine große Kohlehydratzufuhr oder dadurch, daß in der Leber aus irgend einem Grunde mehr Glykogen in Zucker umgewandelt wird, als zum Ersatze des im Stoffwechsel aufgebrauchten Zuckers erforderlich ist, dann ist die Niere nicht imstande, so große Quantitäten Zuckers zurückzuhalten, wodurch es zur Ausscheidung von Zucker durch den Harn kommt. Bei fast gänzlicher

Verarmung der Leber an Glykogen findet man im Blute noch immer Zucker. Diese Erscheinung drängt zur Annahme, daß es sich beim Diabetiker um eine Zuckerbildung aus dem Fette handeln kann, besonders dann, wenn die ausgeschiedenen Zuckermengen größer sind, als dies der zugeführten Kohlehydratmenge und dem Eiweißzerfalle im Organismus entsprechen würde. Man ersieht aus der Kompliziertheit dieser Vorgänge, wie schwer es ist, aus der Beurteilung der ätiologischen Verhältnisse einen sicheren Anhaltspunkt zu gewinnen. — Bei einem konstanten Zuckerverlust des Organismus ist derselbe genötigt, zum Zwecke der Erhaltung seines Bestandes das verloren gegangene Brennmaterial zu ersetzen, er tut dies, indem er sein eigenes Fett und Körpereiweiß angreift und zum Ersatze heranzieht, wodurch er der Unterernährung und schließlich der Inanition anheimfällt. — Aus diesen Betrachtungen ergeben sich die wichtigsten Aufgaben der Therapie, welche dahin gerichtet sein müssen, den Stoffwechsel in Bezug auf den Zucker, Zuckerproduktion und Zuckerverbrauch im Organismus zu regeln und die Zuckerausscheidung zu verhindern. Leider hat die Therapie des Diabetes mellitus trotz eifrigster Bemühungen auf diesem Gebiete bisher keine wesentlichen Fortschritte gemacht. Im Vordergrunde der Therapie stand nach wie vor die diätetische Behandlung, welche sich wie ein roter Faden durch die Behandlung des Diabetes seit Jahren zieht. Man ging dabei stets von dem Grundgedanken aus, durch Eliminierung der Kohlehydrate oder durch zeitweises Fernhalten derselben aus der Diät des Diabetikers seine Assimilationsfähigkeit für Kohlehydrate zu kräftigen. Wenn auch den Diätkuren eine prinzipielle Bedeutung nicht abzusprechen ist, so möchte ich dennoch auf Grund meiner eigenen vielfachen Erfahrungen auf diesem Gebiete vor Uebertreibungen auf diesem Gebiete warnen und insbesondere eine schablonenhafte Diätverordnung verpönen. Sehr strenge oder gar exklusive Diätkuren können den Kranken viel mehr schaden als irgendwie nützen und den Bestand des Organismus sogar oft ernstlich bedrohen. Mehr als sonst ist gerade hier rationelles Individualisieren und genaues Anpassen der Diät dem jeweiligen Zustande entsprechend notwendig und geboten. Daß neben der Diätverordnung bei der Behandlung des Diabetes auch der Arzneitherapie, die oft ganz hervorragende Dienste zu leisten vermag, eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zukommt, steht für mich außer Zweifel. — Jedem Praktikus drängt sich in der ärztlichen Praxis fast täglich die Ueberzeugung auf, daß die medikamentöse Therapie für die Behandlung des Diabetes mellitus fast unentbehrlich ist, wenn auch nicht geleugnet werden kann, daß dieselbe meist nur von symptomatischem Werte ist. Die Zahl jener Mittel, die bisher in der Arzneitherapie des Diabetes Anwendung gefunden haben, ist eine recht stattliche, und dieser Umstand allein beweist, daß keines derselben einen sicheren oder irgendwie spezifischen Einfluß auf die Krankheit auszuüben vermag. Auf empirischem Wege könnte nur erkannt werden, daß das eine oder andere dieser Mittel auf die Zuckerausscheidung im Sinne einer Herabsetzung derselben mehr oder weniger einzuwirken vermag. So finden zunächst das Opium und seine Derivate, ferner einige Salizylpräparate, insbesondere das Salizylnatron und Aspirin vielfach Verwendung. Erstere sind zu längerem Gebrauche gar nicht geeignet und werden oft schlecht vertragen, letztere zeigen in der Regel nur eine geringe und vorübergehende Wirkung. Von einer irgendwie nachhaltigen oder sicheren Wirkung konnte bei beiden nicht die Rede sein. Ebenso wird das Sycygiumextrakt vielfach verordnet und noch eine Reihe anderer Mittel und Präparate, welche letztere sich fast immer als wirkungslos erwiesen haben. Erst in neuerer Zeit kamen wir in den Besitz eines neuen, von einigen Seiten sehr warm empfohlenen Antidiabetikums, welches einigermaßen berechtigte Hoffnungen auf einen spezifischen Heilwert vermöge seiner Wirkung zu erwecken vermochte. Im letzten Jahre hatte ich Gelegenheit, dieses Mittel, welches unter dem Namen **Magolan** von der chemischen Fabriksfirma, Apotheker O. **Brämer**, Berlin, hergestellt und in den Handel gebracht wurde, in meiner Praxis zu erproben und auf seinen reellen Heilwert zu prüfen. Angeregt durch die günstig lautenden Mitteilungen von anderer Seite, habe ich die Wirkung, den therapeutischen Einfluß und die Eigenschaften des Präparates untersucht, und mußte mit größter Befriedigung erkennen, daß der Einfluß desselben auf den Krankheitsprozeß des Diabetes mellitus beziehungsweise auf die Zuckerausscheidung ein ganz entschiedener, man könnte behaupten, spezifischer und prompter ist. Das Magolan entspricht nach den von mir in mehreren Fällen gemachten Beobachtungen allen Postulaten, die an ein wirksames, nützliches und gutes antidiabetisches Mittel gestellt werden. Vor allem ist das Präparat vollkommen unschädlich und ohne jede nachteilige Neben- oder Nachwirkung auch bei längerem Gebrauche. Es bewirkt auch bei konstanter Diät eine prompte und sichere Herabsetzung der Zuckerausscheidung, oft bis zur Entzuckerung des Harns. Auch bei mäßiger Kohlehydratnahrung stieg unter Gebrauch des Magolan die Zuckerausscheidung in keinem Falle. Bei gleichbleibender Diät, bei welcher die Kohlehydratnahrung wohl etwas reduziert, aber nicht ausgeschaltet wurde, stieg der Zuckergehalt auch dann nicht, wenn nach absolvierter Magolankur die Medikation ausgesetzt wurde. Demnach ist die Wirkung nach den bisherigen Beobachtungen eine bleibende und nachhaltige. — An der Hand meiner bisherigen Versuche mit Magolan bin ich zu dem Resultate gelangt, daß die therapeutische Wirkung dieses Präparates auf den Krankheitsprozeß des Diabetes mellitus in allen Fällen eine prompte, verläßliche und andauernde ist und daß keines der bisher vielfach in Anwendung gebrachten Mittel der antiglykosurischen Wirkung des Magolan gleichkommt. Es kann auch nach meinen Wahrnehmungen, die sich im übrigen nach dieser Richtung auch mit den Beobachtungen und Erfahrungen mehrerer anderer Autoren, die mit dem Präparate Versuche angestellt haben, decken, keinem Zweifel unterliegen, daß das Magolan zur Zeit das beste und verläßlichste Antidiabeticum ist, welches bei richtiger Anwendung die besten therapeutischen Erfolge in Aussicht stellt. Mit Rücksicht auf den sicher erkannten günstigen therapeutischen Einfluß des Magolan ist das Präparat berufen, in der Reihe der antidiabetischen Mittel den allerersten Rang einzunehmen. Als sehr bemerkenswert möchte ich hervorheben, daß bei Gebrauch von Magolan auch ohne wesentliche Reduktion der Kohlehydrate die Zuckerausscheidung schon nach verhältnismäßig kurzer Behandlungszeit bis auf die normale Grenze herabgesetzt erschien. Weitere Beobachtungen nach dieser Richtung sollen noch darüber belehren, wie lange die so bewirkte Entzuckerung anhält und ob dieselbe eine anhaltende bleiben wird. Nach den bisherigen Beobachtungen scheint letzteres tatsächlich der Fall zu sein. Jedenfalls ist eine gute kurative Wirkung heute schon mit Sicherheit zu verzeichnen, da die Kranken, trotzdem sie bereits längere Zeit keinerlei Medikation gebrauchen, sich einer sehr guten Gesundheit erfreuen, an Körpergewicht zugenommen haben und sich vollkommen wohl fühlen. Die mit Magolan behandelten Kranken zeigten nebst der raschen Herabsetzung der Zuckerausscheidung sehr bald eine entschiedene Besserung ihres Allgemeinbefindens, sichtliche Besserung des Ernährungszustandes und ein rasches Verschwinden der subjektiven Erscheinungen. Die Mattigkeit nahm erheblich ab, der früher quälende Durst und die Polyurie schwanden fast gänzlich in kurzer Zeit und es machte sich eine allmähliche Körpergewichtszunahme bemerkbar. Außer dem verordneten Magolan, das ohne allen Anstand und gern genommen wurde, waren die Kranken nur angewiesen, sich kräftig zu nähren, körperliche Uebungen vorzunehmen und recht viel Bewegung im Freien zu machen. Von einer strengeren Diätverordnung habe ich in allen diesen Fällen abgesehen. Der Genuß stärkehaltiger Substanzen und von Kartoffelspeisen wurde in mäßigen Quantitäten gestattet. Nur der Zucker wurde aus der Kost ausgeschieden und durch Saccharin ersetzt. Nach dieser Erörterung des großen therapeutischen Wertes des Magolan für die Behandlung des Diabetes mellitus wird es wohl von Interesse sein, die chemischen Eigenschaften des Präparates kennen zu lernen. Seinem chemischen Bestande nach ist das Magolan ein Calcium anhydroxydiaminphosphat, also ein Phosphorpräparat, und stellt ein mehlartig feines Pulver dar, welches in Wasser leicht löslich, in Alkohol, Aether und Chloroform unlöslich ist. Die



wässerige Lösung zeigt eine leicht sauere Reaktion. Die Herstellung des Magolan erfolgt aus dem zerkleinerten Samen von Lupinus arabicus durch Ausziehen mit angesäuertem Wasser, nachträglicher Fällung der wirksamen Bestandteile mittels Kupferacetat und schließliche Behandlung mit Schwefelwasserstoff und Ammoniumolybdänat. In Verbindung mit anorganischen phosphorsauren Salzen ist das Magolan sehr leicht und rasch resorbierbar, worauf nicht zum geringsten Teile die rasche und prompte Wirkung des Präparates zurückzuführen ist. Im Organismus erfährt das Magolan eine Spaltung in phosphorsaures Diamin und Monocalciumphosphat. In welcher Weise unter Einwirkung dieser Vorgänge oder unter dem chemischen Einflusse dieser Spaltungsprodukte die beobachtete Wirkung erfolgt, konnte noch nicht mit genügender Sicherheit ergründet werden, doch behalte ich es mir vor, nach dieser Richtung meine Untersuchungen und Beobachtungen fortzusetzen. — Eine genaue kasuistische Mitteilung der bisher mit Magolan erfolgreich behandelten Fälle wäre wohl am besten geeignet, den Wert des Präparates zu illustrieren, doch muß ich davon mit Rücksicht auf den Umfang vorliegender Abhandlung hier absehen. — Ich kann nur hier erwähnen, daß ich auf Grund meiner Erfahrungen und der überaus günstigen Erfolge in sechs behandelten Fällen verschiedenen Grades, darunter ein ziemlich schwerer Fall, der schon sehr herabgekommen war, daß ich angesichts der verläßlichen Wirkung des Mittels zu demselben ein großes Vertrauen gefaßt habe, so daß ich dasselbe zu weiteren Versuchen und zu ausgedehnter Anwendung in der Praxis nur bestens empfehlen kann. Die Magolankur, die sich auf längere Zeit (drei Monate) zu erstrecken hat, besteht in gleichzeitiger Darreichung des Magolan, welches in Form von grünen Pillen oder weißem Pulver in den Handel kommt, mit dem von derselben Firma hergestellten Phosphorsalz. Jede Pille enthält 0,2 der wirksamen Substanz, ebensoviel jedes Pulver. Die Darreichung ist eine bequeme und angenehme. Erwachsene erhalten dreimal täglich je zwei Pillen oder Pulver in gewöhnlichem oder besser in Mineralwasser, dem eine Messerspitze des früher erwähnten Phosphorsalzes beigesetzt wird. Kindern gibt man dreimal täglich je ein Pulver oder eine Pille in gleicher Weise. Widerwillen gegen das Mittel wurde in keinem einzigen Falle beobachtet. — Irgend welche strenge Diätvorschriften sind während der Kur nicht notwendig, so daß der Ernährungszustand der Kranken in keiner Weise beeinträchtigt oder geschmälert erscheint. — Irgend welche nachteilige Neben- oder Nachwirkungen von seiten des Magolan bei internem Gebrauche wurde in keinem Falle beobachtet, hingegen trat oft schon nach wenigen Tagen eine entschiedene Besserung des Krankheitszustandes Hand in Hand mit der raschen Entzuckerung des Harnes zu Tage, welcher anhaltender Natur war. Appetit und Ernährung machten täglich Fortschritte und bei allmählichem Verschwinden der den Diabetes stets begleitenden Symptome konnten sich die Kranken zusehends erholen.

Periodische Literatur.

Die Behandlung der Netzhautablösung. Von Dr. Deutschmann, Hamburg. (Münch. medic. W., Nr. 12.)

Gegenüber der von den meisten Ophthalmologen vertretenen konservativen Therapie (bestehend in Ruhelage, Druckverband, Diaphorese, Anwendung von Resorbentien, Organpräparaten, Abführkuren, Blutentziehungen, Sinapismen, Kanthariden, Fußbädern, Einträufelungen in den Conjunctivalsack) befürwortet D. die operative Behandlung. Vorbedingung für dieselbe ist die Senkung des fast ausnahmslos anfänglich die oberen Partien einnehmenden subretinalen Ergusses; um diese schnell herbeizuführen, läßt er seinen Patienten mit frischer Netzhautablösung möglichste Bewegungsfreiheit und hütet sie nur vor stärkeren Anstrengungen. Gegenüber anderen operativen Maßnahmen hat er zwei Operationsmethoden ausgearbeitet und seit einer Reihe von Jahren angewendet: die „Durchschneidung“ und die intrabulbäre Injektion von tierischem Glaskörper.

Die Durchschneidung ist der einfachere Eingriff und besteht in einer Durchquerung des Bulbus an der Stelle der Netzhautablösung mit Hilfe eines zweischneidigen Linearmessers; dasselbe wird in der unteren Bulbushälfte an der nach der Cornea gelegenen vorderen Grenze der Uebergangsfalte tangential außen unten in den Bulbus eingestoßen, schnell bis zu einer der Eingangsstelle gegenüberliegenden Kontrapunktion geführt, dort durch die Sklera, nicht die Bindehaut gestoßen, um sodann durch die Eingangsöffnung wieder zurückgezogen zu werden; hierbei wird das Messer etwas gedreht, so daß die subretinale Flüssigkeit bequem abfließen kann. Der Eingriff ist gefahrlos und erfüllt die Bedingungen, die zur Wiederanlegung einer abgelösten Netzhaut nötig sind: Ablassen der subretinalen Flüssigkeit, Entspannung der Netzhaut, Nachsickern einer gewissen Menge präretinaler Flüssigkeit, um die Netzhaut anzudrücken, Verklebung von Netzhaut und Aderhaut an den Schnittstellen durch Blut. Eine Gefahr, den Glaskörper zu verletzen, besteht nicht, da an der gewählten Durchquerungsstelle kein Glaskörper sich befindet. Die Operation kann und muß eventuell im Einzelfalle mehrmals wiederholt werden; sie erfordert große Geduld von seiten des Arztes und des Patienten, leistet dafür aber auch gutes.

Die intrabulbäre Injektion von tierischem Glaskörper findet dann statt, wenn andere Verfahren bereits versagt haben und das Auge sonst als verloren anzusehen ist. Nach Ablassen der subretinalen Flüssigkeit mit Hilfe einer besonderen Spritze, wird steriler Kalbsglaskörper in einer durch die Weichheit des Bulbus bestimmten Menge injiziert. Der tierische Glaskörper ist zunächst in schwacher Konzentration zu verwenden, dann folgt dem Eingriff nur eine minimale entzündliche Reaktion, die sich durch Atropin, warme Umschläge leicht beherrschen läßt. Die Injektionen können eventuell mehrmals wiederholt werden; dabei können konzentriertere Glaskörpermengen verwandt werden. Bei 67 derartig operierten, also sonst als aufgegeben erachteten Augen erzielte D. 3 völlige Heilungen, 25 Besserungen bis zur Brauchbarkeit.

Seine Gesamtresultate stellt Verf. denen einer Statistik von Uhthoff, der andere Prinzipien vertritt, gegenüber. Uhthoff sah bei 422 Fällen von Netzhautablösung 36 Heilungen, und zwar 18 spontan, 10 friedlich behandelt, 8 operativ behandelt, insgesamt 8,5%; Verf. dagegen bei 400 Fällen 57 Heilungen, und zwar 3 spontan, 2 friedlich behandelt und 52 operativ behandelt, insgesamt 14,2%. Eine klinische Behandlung fand statt bei Uhthoff bei 85 Fällen, davon operativ 65, von denen 6,1% geheilt wurde, bei Verf. bei 210 Fällen, alle operativ, davon geheilt 52 gleich 24,7%. Verf. glaubt danach, daß seine „Durchschneidung“ mehr leistet als andere operative Methoden, und daß, wenn auch diese nicht mehr wirksam ist, die „Glaskörperinjektion“ noch einen bescheidenen Teil der Augen vor Erblindung zu schützen vermag.

Die Behandlung des Unterleibstyphus mit Pyramidon. Von Dr. Seick, Witten. (Münch. medicin. W., Nr. 12.)

Genau nach der Vorschrift von Valentini (Deutsche med. W. 1903, Nr. 16) läßt Verf. alle zwei Stunden, Tag und Nacht, 10 ccm einer 2%igen (bei Kindern 1%igen) Pyramidonlösung geben, so daß der Typhus-Patient im allgemeinen alle zwei Stunden 0,2 Pyramidon erhält. Vor dem Eingeben wird jedesmal die Temperatur gemessen, und wenn diese unter 36° gesunken ist, das Mittel ausgesetzt. Wie lange Pyramidon gegeben werden muß, hängt von dem einzelnen Fall ab; Verf. hat es viele Wochen hindurch nehmen lassen und nie einen Schaden davon gesehen. Im allgemeinen so zu verfahren, daß, wenn die Kranken längere Zeit unter 37° geblieben sind, probeweise die Dosis verringert wird auf drei-, vier-, sechs-, achtstündliche Gaben im Laufe von Tagen und dann bei Niedrigbleiben schließlich das Mittel ganz auszusetzen. Mit dieser Behandlung hat Verf. die Bäderbehandlung, die ganz außerordentliche Anforderungen an das Pflegepersonal stellt und für viele Kranke äußerst unangenehm und sehr angreifend ist, gänzlich verlassen können. Der Eindruck eines unter Pyramidonwirkung gehaltenen Typhuskranken weicht so sehr von dem gewohnten Bilde ab, daß man oft zweifeln kann, einen wirklichen Fall von Unterleibstyphus vor sich zu haben. Die Wirkung des Pyramidons äußert sich zunächst in einem schnellen Abfall der Temperatur, und bei konsequentem Weitergeben des Mittels

kann *man* sie dauernd bei 37° halten; nur nachts treten häufig noch leichte Steigerungen ein. Mit der Temperatur geht meist *der Puls* herab; eine schädigende Einwirkung auf das Herz wurde nie konstatiert. Sehr bemerkenswert ist das schnelle Freiwerden des Sensoriums; auch bei schwerster Benommenheit und Delirien werden die Patienten in wenigen Tagen durch Pyramidon völlig klar, was für Pflege und Ernährung von höchster Bedeutung ist. Eine Abkürzung des Krankheitsverlaufs scheint nicht einzutreten. Schädliche Nebenwirkungen stellen sich nicht ein; der Urin zeigt *oft eine* stark rötliche Farbe, wodurch manche Patienten oder die Angehörigen beunruhigt werden; dieselbe hat aber nichts zu bedeuten, sie rührt von der Antipyrinkomponente des Pyramidons her. Eine Schädigung der Nieren wurde nie konstatiert. Die Beurteilung eines Typhusfalles kann durch die so günstigen Effekte der Pyramidonbehandlung erschwert werden; das darf aber nicht gegen die Methode sprechen. Der Einwand, daß die Herabsetzung des Fiebers irrationell sei, wird durch die guten Resultate am Krankenbett am besten widerlegt. Von 113 Fällen von Unterleibstyphus, die Verf. in den letzten vier Jahren behandelte, darunter viele schwere und schwerste, starben 11, davon aber 5 schon in den allerersten Tagen, so daß sie für die Beurteilung der Resultate nicht in Betracht kommen. Es bleiben somit 108 Fälle mit 6 Toten, ein jedenfalls günstiges Resultat.

Neuere Arzneimittel.

Ueber seine Erfahrungen mit **Kufeke-Mehl** am Institut für kranke Kinder von Dr. Julius Ritter in Berlin berichtet Dr. Lubowski in der Deutschen Aerzte-Zeitung etwa folgendes:

Die Kindermehle sind bei kranken Säuglingen in erster Linie da indiziert, wo, wie bei Fettdiarrhöe, infolge von mangelnder Fettresorption oder wegen der Zersetzungsfähigkeit bei schon infiziertem Darm in Fällen von Sommerdiarrhöe für eine Zeit lang die Milch ganz fortzulassen ist. Da das Kufeke-Mehl keine Milch enthält und in demselben die Stärke möglichst vollständig in Dextrin und Zucker umgewandelt ist, ergab es bei Sommer- und Fettdiarrhöen ausgezeichnete Erfolge, es beruhigte die gereizten Darmschleimhäute und beseitigte die Schäden, welche bei akuten Enterokatarrhen zuerst durch die Milchverabfolgung herbeigeführt wurden. Ebenso gute Erfolge hatte Verf. mit dem Kufeke-Mehl beim Uebergang zur Milchnahrung.

Die Ergebnisse sind um so bemerkenswerter, da sie an einem in sehr unhygienischen und ungünstigen Verhältnissen lebenden Klientel gemacht wurden; es brachte dasselbe allmählich völlige Heilung bei dreißig verzweifelten Fällen von Säuglingsdiarrhöen.

Isn (Fabrik.: Johann S. W. Opfermann, Aachen) ist nach Angabe des Fabrikanten Eisenoxydulsaccharat; es enthält organisches Eisenoxydul und Kohlenhydrate in Form von Glukose und Saccharose. Es liegen eine Reihe von ärztlichen Gutachten vor, welche die schnelle und sichere Wirkung dieses Eisenpräparates bei den verschiedenen Formen von Blutanomalien, allgemeinen Schwächezuständen, Kräftemangel bei zu schnellem Wachstum, Rekonvalescenz usw. durchweg bestätigen. Nach Dr. Schütte tritt selbst in Fällen, wo andere Eisenpräparate versagten, bei Gebrauch von Isn schon nach kurzer Zeit eine Wendung zum Besseren ein und ist die Isn-Wirkung eklatant, ja „einzig dastehend". Deshalb empfiehlt dieser Autor Isn bei allen Fällen, wo Eisen indiziert ist, aufs wärmste. Ein Vorzug ist seine Billigkeit: eine Flasche zu 2,50 M. reicht drei bis vier Wochen aus.

Emanosal. Fabrik.: Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning, Höchst a. M. Nach neuesten Forschungen wird die Wirkung verschiedener Mineralquellen auf ihren Gehalt an Radiumemanation zurückgeführt. Dr. med. Reitz stellte, davon ausgehend, das Radiumpräparat Emanosal (identisch mit Radiosal) dar, das einen konstanten Gehalt an Radiumemanation in absolut haltbarer Form besitzt, daher eine stets gleichwertige physiologisch-therapeutische Wirksamkeit verbürgt und den Arzt in die Lage setzt, jedes Badewasser in beliebig hohem Grade radioaktiv zu machen. Emanosal kommt in wasserlöslichen Tafeln à 30 g in den Handel. Für je ein Bad von ca. 200 Liter Wasser verwendet man eine Tafel.

Die Emanosalbäder üben einen spezifischen Einfluß auf rheumatische und gichtische Erkrankungen, namentlich in hartnäckigen, chronischen Fällen und solchen, bei welchen bereits eine Versteifung der Gelenke besteht, aus. Die Wirkung des Emanosal äußert sich — nachdem bei Beginn der Kur eine scheinbare Steigerung der Krankheitssymptome eintritt — in einem meßbaren Rückgang der bestehenden Schwellungen, der Abnahme und dem völligen Schwinden der Schmerzen und der Wiedererlangung der Beweglichkeit der vorher steif gewordenen Gliedmaßen. Im allgemeinen dürften für eine Kur 12 bis 18, in sehr schweren Fällen 20 bis 30 Emanosalbäder ausreichen.

Dr. Laqueur, Vorstand der hydrotherap. Anstalt am Rud. Virchow-Krankenhaus in Berlin, hat Versuche mit Emanosal angestellt und die in der Berl. klin. Wochenschr. 1907 Nr. 23 veröffentlichten Resultate berechtigen zu weitgehenden Hoffnungen. — Eine genaue Gebrauchsanweisung liegt dem Präparat bei.

Patentnachrichten.

Patent-Erteilungen.

30a. 187154. Trepanationsinstrument mit rotierendem Schneidwerkzeug und mit Hirnhautschutz. Jules Joseph Bercut, Paris; Vertr.: Dr. W. Karsten und Dr. C. Wiegand, Pat.-Anwälte, Berlin SW. 11. 5. 1. 06. B. 41852.

30e. 187101. Wasserdichte Bett- und Windeleinlage. Jacob Loeb, Neuwied. 4. 3. 06. L. 22275.

Gebrauchsmuster.

30k. 306616. Luftabschlußventil mit gleichzeitigen Flüssigkeitsaustrittsöffnungen. H. Ziegler, Berlin, Böckhstr. 25. 5. 3. 07. Z. 4439.

30k. 306617. Zerstäubermundstück für Flüssigkeiten, mit Austrittsöffnung in der oberen Deckplatte und Zutrittöffnungen in dem darunter befindlichen Boden. H. Ziegler, Berlin, Böckhstr. 25. 5. 3. 07. Z. 4440.

30k. 306768. Spreizender Scheidenspüler mit Fangtrichter und Abflußregulierung. Max Meudtner, Rixdorf, Lichtenraderstr. 59. 5. 4. 07. M. 23962.

30k. 306785. Dilatator mit auswechselbarem Dehnerteil. Louis & H. Loewenstein, Berlin. 10. 4. 07. L. 17542.

30a. 307569. In Körperhöhlen einzuführender, aus Lampe und Optik bestehender Apparat. Georg Haertel, Breslau, Albrechtstr. 42. 5. 3. 07. H. 32639.

30a. 307595. Fingercurette zum Entfernen von Nachgeburtresten aus der Gebärmutter. Dr. Sally Kaufmann, Bad Dürkheim. 13. 4. 07. K. 30748.

30a. 307619. Knochenkneifzange für Nasennebenhöhlen, deren Kneifbacken auswechselbar, drehbar und in jeder Lage feststellbar in den Zangenschenkeln lagern. Fa. H. Reiner, Wien; Vertr.: G. Dedreux und A. Weickmann, Pat.-Anwälte, München. 20. 4. 07. R. 19155.

30a. 307625. Verlängerbares Rohr zur Beleuchtung und Besichtigung von Körperhöhlen, bestehend aus zwei ineinander verschieblichen Röhren und einer Führungsfeder am inneren Rohr. Fa. F. L. Fischer, Freiburg i. Br. 22. 4. 07. F. 15488.

30a. 307796. Knieförmig gebogener Instrumentenschaft mit sich in ihrer Bewegung beeinflussenden Verlängerungsrohren für beide Schenkel. Louis & H. Loewenstein, Berlin. 10. 4. 07. L. 16992.

30b. 307570. Spatel mit beiderseitigen breiten Abflachungen aus dem Knochen des Mittelschaftes. Richter & Hoffmann The Harvard Dental Manufacturing Co., Berlin. 8. 3. 07. R. 18919.

30b. 307574. Ofen für zahnärztliche und andere Zwecke zum Schmelzen und Löten von Metallen, Zahnfüllungsmitteln und Ersatzstücken, aus einem Bunsenbrenner mit Zylinder, auf welchen eine durchbrochene Muffel mit einem Rost gesetzt ist. Anton Witzel, Wiesbaden, Adolphsallee 16. 15. 3. 07. W. 22095.

30b. 307620. Zangenartiges Gerät zum Lochen und Pressen von abnehmbaren Facetteplatten für zahntechnische Kronen- und Brückenarbeiten. Dr. J. N. Sandblom, Christiania; Vertr.: F. Schwenterley, Pat.-Anw., Berlin SW. 68. 20. 4. 07. S. 15292.

30d. 307007. Augenkühler mit getrenntem Kühl- und Eisbeutel. Friedrich Scheller, Wittingen i. Hann. 11. 4. 07. Sch. 25470.

30d. 307295. Nasenschützer in Nasenform für Heufieber-Leidende mit auswechselbaren Filterplättchen. Carl Pauli, Koblenz. 11. 3. 07. P. 12130.

30d. 307321. Leibbinde mit Hosenteilen aus nachgiebigem Gurtgeflecht. Chr. Küchmann, Berlin, Dorotheenstr. 82. 13. 4. 07. K. 30766.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Köln a. Rh. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von Heynemannsche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Nr. 25. 1907. 19. August.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte



Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Über moderne Kneiferkonstruktionen.

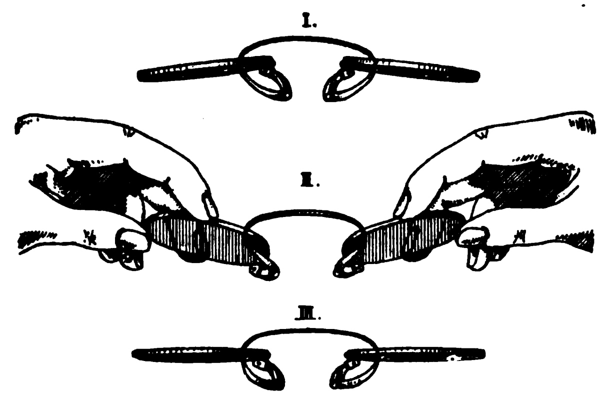
Von **Dr. Dammann**, Berlin W.

(Fortsetzung.)

III.

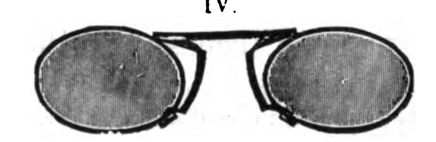
Besonders wichtig bei jeder Kneiferkonstruktion ist natürlich ein guter, fester und dabei nicht drückender Sitz, und in dieser Beziehung hat der orthozentrische Brinkhaus-Kneifer infolge seiner eigenartigen und in seiner Einfachheit unerreicht dastehenden Kombination von Federbügel und Nasenstegen in einem Stück einen weiteren Vorzug vor den anderen mir bekannten Kneiferkonstruktionen.

Die folgenden Abbildungen zeigen diese überaus einfache Konstruktion deutlich; ebenso geht aus diesen Zeichnungen hervor, daß auch beim Aufsetzen des Klemmers sowohl die Entfernung der Zentren beider Gläser, als auch die Achsenstellung bei zylindrischen Gläsern unverändert bleiben muß, denn die beiden Gläser werden beim Aufsetzen um eine vertikale Achse gedreht. Gerade bei zylindrischen Gläsern kann die beabsichtigte Wirkung vollständig verfehlt werden, wenn — wie dies bei den Kneifern des gewöhnlichen Systems leicht beim Aufsetzen geschehen kann — die Zylinderachse verschoben wird. Und selbst kleine Verschiebungen, die noch keine besonderen Sehstörungen hervorrufen, wirken nachteilig auf das Auge.



Die Abbildung 1 zeigt den orthozentrischen Kneifer von oben gesehen in seiner Ruhelage, Abbildung 2 zeigt ihn geöffnet zum Aufsetzen. Aus Abbildung 3 ersieht man die korrekte Stellung des aufgesetzten Kneifers, und Abbildung 4 bringt den orthozentrischen Kneifer in Vorderansicht.

Der horizontal gestellte Federbügel setzt sich im Bogen nach hinten fort und bildet im weiteren Verlauf nach unten die Stege. Hierdurch wird der Klemmer in seiner Stellung vor den Augen erstens von starken Supraorbitalrändern durchaus unabhängig, dann aber gibt zweitens diese Fortsetzung der Feder nach hinten, welche sich an den innern Augenhöhlenrand anlegt, dem Klemmer einen besonderen Halt gegen das Vornüberfallen. Drittens wird aus der größeren Reibungsfläche, nämlich der Summe der Fläche der Federfortsetzung (Augenhöhlenstützen) und der Fläche der Stege, sowie durch das gleichmäßig leichte Aufliegen der Stegfläche an der Nasenwand ein festerer Sitz des Klemmers gewährleistet, als bei Stegen mit geringerer Flächenauflage, wie z. B. bei den sogenannten Gänsefüßchenstegen. Viertens wird — was ganz besonders hervorzuhoben ist — dieser feste Sitz ohne besonderen Druck



erreicht, da der individuelle Nasenraum bereits im Kneifer vorhanden ist. Dies bedeutet bei der Häufigkeit der vom Druck der Stege entstehenden Reizungsstellen an den Seiten der Nase zunächst schon einen großen Vorzug, den die meisten Kneiferträger sehr zu schätzen wissen werden; die Kontinuität der Stege bei diesem orthozentrischen Klemmer aber verhütet bei weit nach hinten greifenden Stegen einen schädlichen Druck auf die Umgebung des Tränensackes, wodurch die Uebelstände vermieden werden, welche durch den Druck der Spitzen von isoliert stehenden, weit nach hinten gegen den inneren Augenhöhlenrand reichenden Stegen, so auch bei den sogenannten „Gänsefüßchenstegen" auftreten können. Es ist kein Zweifel, daß durch derart isoliert stehende, stark drückende Stege die mechanischen Bedingungen des Tränenabflusses erschwert werden, ganz abgesehen von den Störungen, welche entzündliche Reizung der Haut in den unmittelbar angrenzenden Nachbargebieten leicht hervorzurufen geeignet sind.

Diese außerordentlich einfache Konstruktion des orthozentrischen Brinkhauskneifers bedingt andererseits natürlich eine sehr genaue und sorgfältige individuelle Anpassung. Wo die unbedingt notwendige Sorgfalt oder das Verständnis und die Erfahrung in der individuellen Anpassung eines Kneifers durch den Optiker nicht vorhanden ist, wird ebenso wie da, wo die erforderlich sehr große Auswahl der verschiedensten Größen und Arten dieses Klemmers fehlt, der orthozentrische Kneifer einen Teil seiner Vorzüge einbüßen. Es ist nämlich nichts leichter, als einen solchen orthozentrischen Kneifer durch nicht individuelle Anpassung zu einem völlig unzulänglichen Instrument zu machen, während derselbe Kneifer für die ihm entsprechende Gesichtsform individuell angepaßt eine völlig korrekte Gläserfassung abgibt. Der orthozentrische Kneifer kann also nur für denjenigen alle Vorzüge einer äußerst korrekten Gläserfassung haben, für den er mit der nötigen Sorgfalt individuell richtig angepaßt ist. Ein und derselbe orthozentrische Kneifer wird daher im allgemeinen nur seinem Besitzer, nicht auch anderen Personen gut passen. Der gewöhnliche Kneifer älteren Systems ist sozusagen Massenfabrikat und Schablonenarbeit, der orthozentrische ist gewissermaßen Maßarbeit.

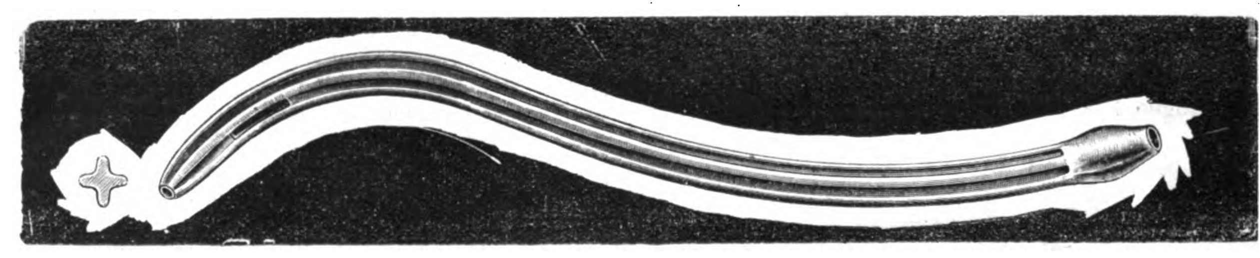
Sehr zweckentsprechend scheint mir noch die besonders sinnreiche Konstruktion der Fern- und Lesekneifer bei diesem System. Der Fernkneifer muß so gestellt sein, daß die Zentren der Gläser mit den Blicklinien in der horizontalen Ebene sich decken. Die Lesegläser stehen entsprechend tiefer und um zirka 15 Grad aus der vertikalen Ebene geneigt, was bei dem orthozentrischen Kneifer durch die Befestigung der Gläser am unteren Ende der Stegfeder und durch die verschiedene Länge dieser Stegfedern ohne weiteres erreicht wird. Während ein und derselbe Kneifer der alten Form auf einer großen Anzahl von Nasen seinen Sitz finden mag, natürlich auf Kosten einer richtigen Zentrierung, sitzt der orthozentrische Kneifer nur auf derjenigen Nase, für welche seine Maßverhältnisse angepaßt sind. Bei dem korrekt angepaßten orthozentrischen Kneifer stehen die Gläserflächen senkrecht zu den Blicklinien der Augen in ein und derselben Ebene und verharren infolge ihrer fast starren Verbindung dauernd in derselben.

Aber nicht nur für höher und tiefer stehende Gläserflächen sind besondere Konstruktionen des orthozentrischen Kneifers vorgesehen, sondern auch für eingedrückte Nasen (Sattelnasen) und tiefliegende Augen sowohl als auch für hervorstehende Augen mit langen Wimpern — um gleich die Extreme anzuführen — sind in Kröpfungen der Feder Einrichtungen vorhanden analog den Stegkröpfungen bei den Brillen, durch welche die Gläser in der vertikalen Ebene vor- bezw. zurückgestellt sind, um den normalen relativen Abstand zwischen vorderen Augenflächen und hinteren Gläserflächen unverändert zu erhalten.

(Schluß folgt.)

Ein neues Uterusspülkatheter.

Der Mangel eines gut brauchbaren Uterusspülkatheters veranlaßte Dr. Gutbrod in Heilbronn a. N., ein solches Instrument zu konstruieren. Ausgehend von dem Winterschen biegsamen Zinnrohre, mit dem er am meisten zufrieden war, beauftragte er die Firma Haukh, Instrumentenfabrik in Stuttgart, ein Zinnrohr mit vier Längsrillen anzufertigen, wie es in der Figur abgebildet ist, und stellte damit Versuche an. Wir lesen darüber im Zentralblatt für Gynäkologie 1906, Nr. 45, folgendes:



„Mit diesem neuen Spülrohr ist man in der Lage, nach Erweiterung mit einem Schröderschen Dilatator mittlerer Größe den Uterus bequem auszuspülen. Das Instrument wird auch von oben genannter Firma in Hartmetall ausgeführt, weil durch häufiges Biegen die Rillen etwas verschwinden und so nach längerem Gebrauch ihre Funktionsfähigkeit einbüßen. Der Spülkatheter vereinigt durch eine vordere und zwei seitliche Oeffnungen die beiden üblichen Formen; nach Einführen bis an den Fundus zieht man den Katheter einige Millimeter zurück. worauf aus drei Oeffnungen die Spülflüssigkeit das Uterus cavum berieselt."

Sana-Frottierbürste.

Die tägliche Erfahrung des Laien, hinterher auch die ärztliche Wissenschaft, haben festgestellt, daß die Haut eines unserer wichtigsten Organe ist und zu ihrer Gesunderhaltung einer viel intensiveren Pflege bedarf, als ihr bisher zu teil geworden. Zur Hautpflege gehört u. a. die Massage, die sich auf bequeme Weise durch Frottieren ausüben läßt. Zum Frottieren eignet sich besser als die glatte Handfläche ein rauhes Instrument, das aber auch bequem zu handhaben sein, das sich jedem Körperteil anpassen muß, mit dem man alle Körperstellen erreichen kann. Ein solches Instrument ist die Sana-Frottierbürste, die von vielen Aerzten und Laien als ein trefflicher Frottierapparat anerkannt worden ist, da sie alle Eigenschaften hat, die man von einem Hautpflegemittel verlangen kann: sie ist rasch und leicht zu reinigen, da sich Fremdkörper kaum festsetzen können, lange haltbar, bequem im Gebrauch, schmiegt sich jeder Körperform an und bearbeitet die Haut in wünschenswerter Weise. Die Sanafrottierbürstenfabrik Stuttgart, Schloßstraße 60, bringt die Bürsten in den Handel.

Periodische Literatur.

Die Behandlung der tuberkulösen Coxitis. Von Prof. Hoffa, Berlin. (Deutsche medicin. W., Nr. 10 und 11.)

Die kindliche Hüftgelenktuberkulose hat eine große Neigung zur Ausheilung, ihre Behandlung soll zunächst eine konservative sein; dagegen soll die Coxitis, die etwa nach dem 20. Jahre entsteht, im allgemeinen der Resektion anheimfallen. Eine vorhandene Eiterung verschlechtert die Prognose der Coxitis sehr; aber das einfache Vorhandensein eines Abszesses ist noch keine Indikation zur sofortigen Resektion des erkrankten Gelenkes; vielmehr gelingt es auch auf konservativem Wege, eiternde Coxitiden in großer Zahl auszuheilen. Der Satz: ubi pus, ibi evacua gilt nur für heiße Abszesse, nicht aber für kalte, tuberkulöse; hier kommt es nach der Eröffnung fast immer zur Fistelbildung, die der septischen Infektion Tür und Tor öffnet. Auch das Vorhandensein eines einfachen Knochenherdes ist keine Indikation zur sofortigen Resektion; solche können, wie bei der tuberkulösen Wirbelsäulenentzündung, auch bei der tuberkulösen Coxitis so fest abgekapselt werden, daß sie ihre Träger zeitlebens nicht genieren. Eine besonders sorgfältige Kontrolle mittels Röntgenbilder ist hier im Laufe der konservativen Behandlung angezeigt. Schließlich ist auch die pathologische Luxation keine Indikation zur Resektion, da mit dem Eintreten der Luxationen die bestehenden schweren Symptome der Coxitis in der Regel nachlassen und dann die Ausheilungstendenz eine sehr große wird.

Die Frage, welches Resultat bei der Behandlung einer tuberkulösen Coxitis erstrebenswert scheint, bewegliches Gelenk oder feste Ankylose, ist dahin zu beantworten, daß, wenn die Coxitis ganz im Beginn in Behandlung kommt, wenn das Röntgenbild zeigt, daß es sich um einen vorzugsweise synovialen Prozeß handelt, ein bewegliches Gelenk zu erstreben und auch zu erzielen ist. Liegt aber schon eine Destruktion der Gelenk-Enden vor, besteht schon ein Abszeß im Gelenk, dann ist jeder Versuch, ein bewegliches Gelenk zu erzielen, nutzlos, dann ist eine möglichst feste Ankylose zu erstreben. Das in seinem Gelenkmechanismus gestörte coxitische Hüftgelenk führt, wenn es mit beweglichem Gelenk ausheilt, notwendig zur Adduktions-Flexionskontraktur; deshalb muß bei jeder schweren, mit Eiterung einhergehenden Coxitis das Bein in Abduktionsstellung und in Streckstellung solange festgehalten werden, bis die Erkrankung mit fester, unnachgiebiger Ankylose des Gelenks ausgeheilt ist.

Die Behandlung eines an Coxitis leidenden Kindes muß von Anfang an zwei Gesichtspunkte berücksichtigen, den allgemeinen Ernährungszustand und die lokale Erkrankung. Der erste Gesichtspunkt ist von höchster Wichtigkeit und hat all die Wohltaten eines passenden hygienischen und diätetischen Regimes, Aufenthalt an der See oder in guter reiner Waldluft (besondere Kindersanatorien), heranzuziehen. Von internen Mitteln kommen



in Betracht: Lebertran, Scotts Emulsion, Arsen, Jodkali; ein brauchbares Adjuvans bietet die Schmierseifenkur (dreimal wöchentlich werden je 30 g Sapo kalinus in den Rücken und den freien Oberschenkel eingerieben); zweckmäßig ist auch eine entsprechende Behandlung mit Bad Tölzer Quellsalzseife, namentlich in Verbindung mit Soolbädern. Mit Erfolg hat H. auch bei Coxitiden, namentlich bei fistulösen Fällen, das Marmoreksche Antituberkuloseserum verwendet (2 bis 10 ccm subkutan oder 5 bis 10 ccm rektal injiziert).

Die Behandlung des lokalen Krankheitsherdes muß so eingerichtet werden, daß die Kinder unabhängig vom Bett werden, daß es ihnen ermöglicht wird, Licht und Luft frei zu genießen. Neben dieser Forderung muß drei Hauptindikationen genügt werden: das erkrankte Gelenk muß absolut fixiert, immobilisiert und ruhig gestellt werden, es muß eine leichte aber permanente Distraktion der Gelenk-Enden statthaben, es muß das Gelenk entlastet werden, solange noch ein florider Entzündungsprozeß besteht. Das souveräne Mittel, diesen Indikationen gerecht zu werden, ist der technisch richtig angelegte Gipsverband; vor seiner Anlegung muß aber die coxitische Adduktions-Flexionskontraktur ausgeglichen sein, was ebenso wichtig ist, wie die genaue Reposition der Fragmente vor Anlegung eines Bruchverbandes. Die Ausgleichung erreicht man durch Anlegung eines Heftpflasterextensionsverbandes bei zwei- bis dreiwöchiger Bettruhe, oder mit Hilfe besonders konstruierter Lagerungsapparate und Extensionsvorrichtungen für die Beine (Extensionstisch nach Zander). Der rationelle Gipsverband muß seine Stütze an den natürlichen knöchernen Stützpunkten des Beckens und der unteren Extremität haben (Darmbeinkämme, Tubera ischii, Oberschenkelkondylen, Tuberositas tibiae und die Malleolen); nur durch richtige Ausnutzung dieser, durch sorgfältige Herausmodellierung bei Anlegung des Verbandes in mäßiger Abduktions- und Streckstellung des kranken Beines, kann der Gipsverband tatsächlich unverrückbar dem Körper anmodelliert werden. Die Wichtigkeit des genannten Anmodellierens wird an Zeichnungen nach Calot und Ducroquet illustriert und dabei auch gezeigt, daß es sich empfiehlt, den Gipsverband auf der gesunden Seite über den Thorax hinweg bis handbreit unter der Achselhöhle und an der Vorderfläche des Rumpfes bis über die Mitte des Sternums hinaufzuführen. Solange noch eine floride Entzündung im Gelenk besteht, muß eine Entlastung des Hüftgelenks herbeigeführt werden, was durch Einbeziehung des Fußes in den Verband oder durch Anbringung eines Gehbügels an dem bis zu den Malleolen gelegten Verbande erreicht wird. Der Gipsverband genügt für alle Fälle tuberkulöser Coxitis bis zu ihrer Ausheilung. Einen guten Ersatz für denselben bieten die portativen Apparate, die orthopädischen Stützapparate, die das Gelenk sicher entlasten, extendieren und immobilisieren; sie sind aber teuer und kommen deshalb nur für die wohlhabenderen Patienten in Betracht. Die besten diesbezüglichen Apparate sind die von Dollinger in Budapest angegebenen und die Hessingschen Schienenhülsenapparate; letztere hat man zu verbilligen gesucht durch Verwendung von Celluloid und Celluloid mit Stahldraht an Stelle des Leders.

Die Gipsverbände oder orthopädischen Apparate müssen so lange getragen werden, bis das Gelenk entweder frei beweglich geworden ist — bei beginnenden Coxitiden — oder bis die gewünschte feste Ankylose erreicht ist; drei Jahre sind bei eitrigen Coxitiden meist erforderlich, um selbst unter den günstigsten Bedingungen eine endgültige Heilung zu erzielen. Die dann erfolgende allmähliche Inangriffnahme der Funktion des Beines gestaltet sich folgendermaßen: Sind alle spontanen Schmerzen im Gelenk völlig geschwunden, ist Druck auf die Gelenkgegend und von der Fußsohle aus nicht mehr schmerzhaft, dann wird der große entlastende Verband durch einen bis zu den Malleolen gehenden ersetzt und Gehen an zwei Stöcken bei Belastung des Fußes durch das Körpergewicht gestattet; nach etwa drei Monaten wird das Kniegelenk durch Einfügen von Scharnieren in den Gipsverband beweglich gemacht und Herumgehen ohne Stöcke gestattet; ist nach weiteren drei Monaten alles in Ordnung, so wird nur ein kurzer Gipsverband bis zum Knie gemacht, oder eine abnehmbare Celluloidhülse als Schutz für das Gelenk angelegt; bis auch diese weggelassen werden können, können drei weitere Jahre vergehen. Hat man die Behandlung mittels des Dollingerschen oder Hessingschen Apparates geleitet, so müssen diese ein- oder zweimal erneuert werden, entsprechend dem Wachstum des Kindes; später wird auch hier der große Apparat mit einem kleineren, bis zum Knie reichenden vertauscht. In dieser Zeit wird dann auch die Bekämpfung der Inaktivitätsatrophie des Beines mit Massage und Bäderbehandlung eingeleitet, worunter die Muskelkraft rasch zurückkehrt.

Bestehende Abszesse können bei richtiger konservativer Behandlung zur Ausheilung gebracht werden; sowohl bei den intraartikulären wie bei den durchgebrochenen empfiehlt sich Punktion und Entleerung des Eiters mit folgender Injektion von 10%igem Jodoformglyzerin, was in Intervallen von einigen Wochen wiederholt werden kann, wozu in den Gipsverband an der entsprechenden Stelle ein Fenster zu machen ist. Zur Inzision des Abszesses ist nur dann zu schreiten, wenn derselbe die Haut zu perforieren droht; energische Ausschabung der Abszeßmembran führt dann meist rasch zur Heilung. Fisteln sind möglichst in Ruhe zu lassen und deren Zuheilung durch Aufenthalt an der See, in Waldheilstätten, durch Bäder, durch Marmorek-Serum in Geduld abzuwarten; nur wenn sie sehr stark sezernieren und damit die Gefahr amyloider Degeneration gegeben ist, ist die Resektion des Gelenks indiziert.

Wenn nun auch die konservative Methode der Coxitisbehandlung viele Jahre dauert und deshalb höchste Anforderung an die Geduld des Patienten und des Arztes stellt, so verdient sie dennoch den Vorzug vor der operativen Therapie, weil die konservativ behandelten Fälle nach Jahren viel bessere funktionelle Resultate aufweisen als die operierten, und im späteren Leben wesentlich leistungsfähiger sind.

Die nur unter bestimmten Verhältnissen indizierte Resektion des Gelenks soll möglichst gründlich alles Kranke entfernen; dazu eignet sich ganz besonders die Königsche Resektionsmethode. Die Nachbehandlung muß eine sehr sorgfältige sein und darauf ausgehen, eine feste Ankylose in leichter Abduktions- und Streckstellung des Gelenks zu erreichen.

Die Behandlung der nach Ausheilung der Coxitis zurückgebliebenen Kontrakturen und pathologischen Luxationen muß jedes brüske Redressement meiden; ein langsames Ausgleichen nach den von Dollinger und Silberstein angegebenen Methoden ist zu erstreben. Ist eine starre Ankylose in falscher Stellung vorhanden, so wird das ausgeheilte Gelenk in Ruhe gelassen und die fehlerhafte Stellung des Beines durch quere oder schiefe subtrochantere Osteotomie ausgeglichen.

Neuere Arzneimittel.

Zur Therapie der Nephritis. Wenn erst einmal die exakte physiologische Forschung die einzelnen Phasen des Stoffwechsels, insbesondere des sogen. intermediären, genauer oder gar genau kennen gelehrt haben wird, werden sich neue Gesichtspunkte für die Pathologie des Stoffwechsels ergeben und neue Wege zu einer erfolgreichen Behandlung der Stoffwechselkrankheiten ebnen. Für jetzt ist die Panacee der Stoffwechselkrankheiten die physikalisch-diätetische Behandlung, sicher ruhend auf dem Sockel einer uralten Empirie, dominierend über die raffiniertesten Erzeugnisse der pharmakologischen Industrie. Daß trotzdem die Medikamente unentbehrlich sind, teils um die physikalisch-diätetische Kur zu unterstützen oder abzukürzen, teils um sie in Fällen, wo äußere Gründe sie durchzuführen verhindern, zu ersetzen, bedarf an dieser Stelle keiner Betonung.

Seit einiger Zeit kommt durch die Firma Apotheker Otto Braemer, Kommanditgesellschaft, Berlin SW. 11, ein Medikament in den Handel, das sich des stolzen Namens „Spécifique Bright" erfreut. Man wäre von vornherein versucht, dieses Spezifikum in eine Reihe mit anderen „Spezifika" zu stellen und dieser neuen Erscheinung eine kurze Lebensdauer zu prognostizieren, wenn nicht die durch Aerzte erzielten und bestätigten praktischen Erfolge das Medikament höher einschätzen ließen. Mit dem Spécifique Bright hat sich u. a. Dr. med. Bruno Genß eingehend beschäftigt und seine An-

sicht in einer Broschüre niedergelegt, aus der wir ersehen, daß er das Medikament für ein erstklassiges Heilmittel gegen Nephritis acuta, subchronica und chronica hält. Wenn man bedenkt, daß die Therapie der Nephritis — im Gegensatz zu der mittels chemischer Methoden aufs feinste ausgearbeiteten Diagnostik — im allgemeinen nur die Prinzipien: reizlose Kost und Bettruhe befolgt, im übrigen aber symptomatisch vorgeht und quoad Erfolg nicht gerade Lorbeeren sammelt, daß ein aktives Bekämpfen des Krankheitsprozesses aus Mangel an Waffen vereitelt ist, sollte man mit zehn- und hundertfachem Interesse an die Prüfung eines Arzneimittels herangehen, das bei zahlreichen Versuchen sich bewährt hat.

Es handelt sich nicht etwa um ein Geheimmittel. Von der Erfahrung ausgehend, daß die Darreichung von Tannin und Eisenchlorid, durch die man die Promeabilität der Glomerali herabsetzen wollte, wegen den gefährlichen Nebenerscheinungen unmöglich ist, wurde von kompetenter Seite versucht, den genannten therapeutischen Zweck zu erzielen durch Darreichung eines dem Tannin nahe verwandten Körpers. der Gallussäure, einer Trioxybenzoesäure von der chemischen Zusammensetzung $C_6 H_2 (PH)_3$ COOH. Das Ergebnis war, daß zwar die synthetisch aus Gallusgerbsäure oder Bromprotokatechusäure hergestellte Gallussäure dieselben Reizerscheinungen verursachte wie Tannin, daß dagegen die natürlich gebildete Gallussäure, wie sie in den Galläpfeln. Divi-Divifrüchten usw., besonders in den Früchten der Cäsalpinia coriaria vorkommt, völlig reizlos und von promptester Wirkung ist. Diese interessante Tatsache, daß eine künstlich erzeugte Substanz andere biologische Eigenschaften zeigt als die chemisch gleich zusammengesetzte, aber in der Natur vorkommende Schwester, ist außer von der Gallussäure z. B. von der Salicylsäure und Benzoesäure bekannt und braucht nicht zu überraschen. Vielleicht findet der Unterschied des Charakters darin eine Erklärung, daß dem natürlichen Präparate, einem grauen, krystallinischen Pulver mit einem eigenartigen Geruche nach Hopfen und einem herben, säuerlichen Geschmacke, „biologische“ Verunreinigungen anhaften im Gegensatz zu der künstlich dargestellten Gallussäure, die in feinen, weißen Nadeln krystallisiert — in Analogie z. B. zur Benzoesäure, die in der aus Harz durch Sublimation hergestellten Form empyreumatische Bestandteile enthält, auf deren Gegenwart viele Kliniker bei der Beurteilung des therapeutischen Wertes der Benzoesäure den höchsten Wert legen. Wie dem auch sei, jedenfalls steht nach den Ausführungen des Dr. Genß fest, daß die Gallussäure aus Cäsalpinia coronaria ein äußerst wertvolles Medikament gegen Nephritis, dem der genannte Autor den Titel: Spezifikum zuerkennt, darstellt, daß es jedenfalls einer ausgedehnten Nachprüfung würdig ist.

Zur Unterstützung der Wirkung der Gallussäure empfiehlt Dr. Genß ein organisches Phosphorsalz gleichzeitig zu verabreichen, und zwar eignet sich hierzu am besten das Kalziumanhydrooxydiaminphosphat, das von der gleichen Firma hergestellt wird. „Durch Vereinigung dieser zwei Substanzen ist ein Medikament geschaffen, welches in zwei bis drei Wochen völlige Albuminfreiheit erzielen läßt. Jede Reizwirkung ist ausgeschlossen und das Präparat garantiert ungiftig.“ Selbstredend darf bei der Kur die Diätetik nicht außer acht gelassen werden. Man reicht dreimal täglich eine Tablette Nr. 1 des „Spécifique Bright“ eine halbe Stunde vor den Mahlzeiten und nach dem Essen einen Theelöffel voll Flüssigkeit Nr. 2*) mit einem viertel Liter lauwarmer Flüssigkeit verdünnt.

Patentnachrichten.

Gebrauchsmuster.

30b. 187511. Verfahren zum Plombieren von Zähnen. Richard Reibetantz, Waldenburg i. Schl. 22. 8. 06. R. 23223.

30f. 187403. Massiervorrichtung mit einem in Richtung der Antriebswelle angeordneten Massierorganträger. William Gentry Shelton, Chicago, Vertr.: A. du Bois-Reymond und M. Wagner, Pat.-Anwälte, Berlin SW. 13. 6. 3. 06. S. 22402.

30f. 187404. Vorrichtung zur Massage des Ohres mit einer durch einen einfachen oder doppelten Elektromagneten bewegten Membran. Adolphe Zünd, Paris; Vertr.: A. du Bois-Reymond, M. Wagner und G. Lemke, Pat.-Anwälte, Berlin SW. 13. 21. 3 06. Z. 4853.

30f. 187405. Elektrisierapparat, bei welchem in die eine Handelektrode an Stelle von Elementen eine mechanisch anzutreibende stromliefernde Maschine eingebaut ist. Albert Schneider, Nürnberg, Rittershof 7. 15. 4. 06. Sch. 25492.

30f. 187406. Vorrichtung zur Atmungsgymnastik mit durch den Kranken selbst anspannbaren Brustgurten. August Feldermann, Frankfurt a. M., Schloßbornerstr. 6. 11. 5 06. F. 21754.

30f. 187555. Verstellbare Krücke aus nahtlosem Stahlrohr. Robert Schmid, Friedenau b. Berlin, Moselstr. 12. 1. 4. 06. Sch. 25400.

30f. 187598. Tascheninduktor für elektrotherapeutische Zwecke mit einer durch ein Uhrwerk bewegten Kontaktscheibe. Hugo Behnisch, Tegel b. Berlin, Brunowstr. 51. 3. 3. 04. B. 36554.

30d. 307330. Wochenbettbinde, deren Teile mit einer Anzahl verteilter Knopflöcher versehen sind Paul Thomas, Aachen, Alexianergraben 8. 17. 4. 07. T. 8469

30d. 307331. Schutzbrille mit Scharnierdeckel-Gläsern. J. Georg Müller, Dresden, Oppellstr. 52. 18. 4. 07. M. 24051.

30e. 307008. Sargfuß, aus einer flachen Platte und einem Kugelsegment zusammengesetzt. Julius Größler, Döbeln. 11. 4. 07. G 17187.

30e. 307244. Gegossener oder gedrückter Sargknopf mit seitlichen Löchern. Ernst Neumärker, Düsseldorf, Fürstenwallstr. 37. 15. 4. 07. N. 6809.

30e. 307328. Stationärer Brutschrank zum Aufziehen von Säuglingen. Dr. E. Cordier, Brüssel; Vertr.: Dr. L. Gottsche, Pat.-Anw., Berlin W. 8. 17. 4. 07. C. 5790.

30e. 307329. Tragbarer Brutschrank für vorzeitig geborene oder schwächliche Säuglinge. Dr. E. Cordier, Brüssel; Vertr.: Dr. L. Gottsche, Pat.-Anw., Berlin W. 8. 17 4. 07. C. 5791.

30e. 307588. Vorrichtung an Operationstischen zur Freilegung einer Oberkörperseite. Georg Haertel, Breslau, Albrechtstr. 42. 8. 4. 07. H. 32961.

30e. 307797. Operations- und Untersuchungsstuhl, gekennzeichnet dadurch, daß die zum Verstellen der Rückenlehne angeordneten Scharniere eine Unveränderlichkeit der Kopflage in jeder Schrägstellung der Lehne gewährleisten. Fa. H. Windler, Berlin. 11. 4. 07. W. 22208.

30f. 307003. Mit elastischer Verbindung zwischen Massierkörper und Anschlußstück versehener Massageansatz. Werner Otto, Berlin, Friedrichstraße 131d. 9. 4. 07. O. 4190.

30f. 307004. Aus einem mit geeigneten, gegen die Körperoberfläche abdichtbaren Oeffnungen und passenden Haltebändern versehenen, innen mit Glühlampen ausgestatteten Gehäuse bestehendes Lichtbad für das Schultergelenk. Werner Otto, Berlin, Friedrichstr. 131d. 9. 4. 07. O. 4191.

30f. 307305. Apparat zum Anschließen elektromedizinischer Instrumente an eine Starkstromleitung, mit im Innern eines kastenförmigen Behälters angeordneten Schalt- und Regelungsvorrichtungen. Reiniger, Gebbert & Schall, Erlangen. 3. 4. 07. R. 19075.

30g. 307615. Tropfapparat für Formalin, Ammoniak usw. an Wasserdampf-Desinfektionsapparaten. Dr. Hermann Rohrbeck vorm. J. F. Luhme & Co., Berlin. 19. 4. 07. R. 19140.

30h. 307607. Entleerungsvorrichtung zum gleichmäßigen langsamen Verteilen eines Flascheninhalts, bestehend aus einem Stopfen, einem aus diesem hervorragenden Ausflußrohr und einem durch ihn hindurchgeführten U-förmigen Rohr. Dr. Struve, Königl. Sächsische konzessionierte Mineralwasseranstalt, Dresden. 17. 4. 07. St. 9360.

30i. 307616. Dampfsterilisator für Katheter, mit kapselförmigem Hohlkörper und Ansätzen zum Aufstecken der Katheter, auf Stativ. Dr. Hermann Rohrbeck vorm. J. F. Luhme & Co., Berlin. 19. 4. 07. R. 19141.

30k. 307596. Milchpumpenglas, dadurch gekennzeichnet, daß der Körper desselben zu einer großen Kugel erweitert ist, welche ein extra angeblasenes Reservoir ersetzt. Thüringer Glas-Instrumenten-Fabrik W. Schmidt & Co., Luisenthal i. Th. 13. 4. 07. T. 8462.

30a. 307813. Kystoskop mit einer Einrichtung zur Erzielung stereoskopischer Bilder. Louis & H. Loewenstein, Berlin. 4. 11. 04. L. 13456.

*) Rp. Extr. fluid. e: Betula alb. pendida, Herniaria glabra, Kanakugie, Polygala amara, Ballota lanata Sibirica.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Köln a. Rh. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von Heynemannsche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Nr. 26. 1907. 26. August.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.



Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Über moderne Kneiferkonstruktionen.

Von **Dr. Dammann**, Berlin W.

(Schluß.)

IV.

Die orthozentrischen Kneifer sind von einer ganzen Anzahl von Aerzten, die den Wert ihrer Vorzüge erkannten, empfohlen worden. Ich erwähne nur die überaus warme Anerkennung des Dr. Mörchen in der „Aerztlichen Rundschau" vom 2. Februar 1907 (Nr. 5), der die wohltuende Wirkung dieser Augengläser praktisch an seinen eigenen astigmatischen Augen erprobte, während er vorher nur Brille tragen konnte. Dr. Mörchen berichtet ferner über die guten Erfolge bei anderen Kollegen und Patienten und rühmt besonders den leichten, unbedingt sicheren Sitz des Gestelles, sowie die gar nicht variationsfähige, tadellos horizontale Einstellung der Längsachse des Glases. Auch der Berliner Augenarzt Dr. Hamburger empfiehlt den orthozentrischen Kneifer bei Astigmatikern, da eine Verschiebung in der Frontalebene bei demselben infolge der sinnreich konstruierten Feder nicht möglich ist. Die Achsen der Zylindergläser zeigen, wie er hervorhebt, stets nach derselben Richtung, gleichviel ob es sich um horizontale, vertikale oder schräg stehende Achsen handelt. Der orthozentrische Kneifer bietet nach Dr. Hamburger bei Astigmatikern einen überragenden Vorteil vor den anderen Kneifermodellen.

Eine absprechende Kritik des neuen Systems hat Dr. Feilchenfeld in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift veröffentlicht, doch erscheinen mir seine Gründe, die er gegen die Konstruktion anführt, nicht stichhaltig zu sein, wie auch bereits von verschiedener sachverständiger Seite (Hamburger, Oppenheimer, Mörchen) einzelne seiner Gründe widerlegt worden sind.

Den Einwurf Oppenheimers, daß der Steg des neuen Systems unbrauchbar sei, hat Hamburger in Nr. 34 der Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges (Jahrgang X) treffend widerlegt. Oppenheimer sagt selbst: „Wenn der Klemmer dennnoch vielfach paßt, eine Tatsache, die ich nicht leugnen kann, so liegt das nur daran, daß die betreffenden Leute, die ihn verkaufen, sich aus begreiflichen Gründen mehr Mühe mit dessen Anpassung geben, als andere Optiker." Wie Hamburger mit Recht bemerkt, ist danach der Steg also nicht unbrauchbar, nur erfordert die Auswahl mehr Sorgfalt als bei anderen Modellen. Und das ist ja ein niemals bestrittener Punkt, denn der orthozentrische Kneifer soll — wie oben ausgeführt — nicht ein Schablonenkneifer für jede beliebige Nase und Pupillendistanz sein, sondern ein den ganz besonderen individuellen Verhältnissen sorgfältigst angepaßter Maßkneifer.

Von den gegen den orthozentrischen Kneifer vorgebrachten Gründen bleiben noch zwei zu besprechen: erstens, der immer wieder erhobene Einwurf, auch bei den anderen Systemen sei in gleicher Weise eine richtige Zentrierung, sowie die anderen Vorzüge des neuen Systems bei sorgfältiger Anpassung zu erreichen, und zweitens die Ansicht, die Bemühungen, bei Kneifern einen bestimmten Pupillenabstand zu garantieren, seien zu weitgehend und undurchführbar.

Bezüglich des ersten Einwandes bemerke ich, daß es hin und wieder unter besonders günstigsten Umständen möglich ist, auch bei den alten Klemmersystemen mit vertikaler Federung die sämtlichen Erfordernisse einer korrekten Gläserfassung zu erzielen. Hierbei ist aber zu erwägen, daß erstens die Klemmer des alten Systems keine stabile in der Konstruktion gegebene und von den individuell verschiedenen Nasenbreiten unabhängige Zentrierung besitzen, sondern letztere mehr oder weniger von der beim Aufsetzen dazwischen tretenden individuell verschiedenen Nasenbreite bestimmt wird, und daß zweitens auch die ebenso wichtige Stellung der Gläser zu den Augen bei der alten Konstruktion ausschließlich der nachträglichen Korrektur durch den Optiker überlassen ist, der erst beim Aufpassen solcher Klemmer die Erfordernisse einer korrekten Gläserfassung mit mehr oder weniger Glück hineinzubringen versucht. Selbst dem geschickten Optiker, der außerdem noch das richtige Verständnis für die Erfordernisse eines korrekten Kneifers hat, wird dies in ganz vollkommener Weise wohl nur in verhältnismäßig wenigen Fällen gelingen, weil meist beim Versuch einer richtigen Zentrierung die korrekte Gläserstellung leiden wird und umgekehrt eine Verbesserung der Gläserstellung auf Kosten der Zentrierung erfolgen wird. Der orthozentrische Kneifer erfüllt dagegen alle Erfordernisse einer korrekten Gläserfassung bereits in seiner Konstruktion und überläßt es also nicht der mehr oder weniger großen Geschicklichkeit und Einsicht des Optikers, die einzelnen Bedingungen, welche ja den Kneifer erst zu einer wirklich korrekten Gläserfassung machen, nachträglich zu erfüllen, wie dies bei den alten Systemen der Fall ist. In diesem, durch die Konstruktion des Kneifers bedingten prinzipiellen Unterschied, dem Vorhandensein der Erfordernisse einer korrekten Gläserfassung einerseits (was — soweit mir bekannt ist — nur für den orthozentrischen Brinkhaus-Kneifer zutrifft) und dem erst nachträglichen Zurichten der Kneifer alten Systems zur Erzielung der Erfordernisse einer korrekten Gläserfassung andererseits, liegt meines Erachtens die große praktische Bedeutung des orthozentrischen Kneifers.

Von manchen Aerzten wird endlich bestritten, daß eine korrekte Zentrierung bei Anpassung der Augengläser von so wesentlicher Bedeutung sei. Demgegenüber möchte ich betonen, daß unrichtig zentrierte Gläser wie prismatische Gläser wirken. Ich führe hier wieder die Autorität Schweiggers an, der in seinem Handbuch der Augenheilkunde sagt: „Ebenso wie sphärisch-prismatische Gläser wirken sphärische Gläser mit dezentrierten Achsen. Die Größe der Ablenkung wird bedingt durch die Brennweite des Glases und durch den Grad der Dezentration."

Von der Größe der Ablenkung kann man sich selbst durch einen ganz einfachen Versuch einen Begriff machen. Man ziehe auf einem weißen Blatt Papier eine senkrechte gerade Linie, halte das eine Auge geschlossen und bringe zwischen Auge und Linie ein beliebiges sphärisches Glas, jedoch in solcher Entfernung vom Auge, daß man oberhalb und unterhalb desselben noch den weiteren Verlauf der Linie sieht. Geht die Sehachse (in diesem Falle Verbindung eines Punktes der Linie mit der Pupillenmitte) durch die Mitte des Glases, so wird das durch das Glas betrachtete Stück der Linie genau in derselben Linie liegen, wie die beiden über das Glas nach oben und unten hinausragenden Fortsetzungen der Linie, die man mit bloßem Auge sieht. Verschiebt man das Glas etwas, rückt man seinen Mittelpunkt absichtlich aus der Sehachse heraus, so gewahrt man sofort, daß sich auch für das Auge der hinter dem Glase befindliche Teil der Linie verschiebt, so daß er mit den beiden Fortsetzungen nicht mehr eine Linie bildet, sondern ihnen parallel läuft. Diese Verschiebung erfolgt bei konkaven Gläsern nach derselben Richtung, in der das Zentrum des Glases gerückt wird, bei konvexen Gläsern in entgegengesetztem Sinne. Treibt man diese Dezentrierung so weit, daß das Glas die Linie überhaupt nicht mehr bedeckt, aber sein Rand bei der Verschiebung noch nicht allzuweit entfernt ist, so kann man unter Umständen dasselbe Stück der Linie doppelt sehen, und zwar einmal mit bloßem Auge neben dem Glase und zweitens das verschobene Bild desselben Teiles der Linie daneben durch das Glas.

Hieraus ergibt sich meiner Ansicht nach ohne weiteres die Wichtigkeit einer korrekten Zentrierung auch bei sphärischen Augengläsern. Ganz besonders schädlich wird diese Verschiebung der Bilder natürlich bei starken Gläsern wirken und in den so überaus häufigen Fällen von verschiedener Sehschärfe beider Augen, bei denen die Augen verschieden starke Gläser erhalten müssen, daher auch eine verschieden starke Verschiebung der Bilder eintreten muß. Die Augen passen sich natürlich — wie wir dies ja auch bei anderen Organen des menschlichen Körpers sehen — so gut es eben geht, den durch inkorrekte Zentrierung geschaffenen ungünstigen Bedingungen an; daß dies aber auf die Dauer ohne nachteilige Wirkung geschehen kann, halte ich für ausgeschlossen.

Erschien der orthozentrische Kneifer (Brinkhaus) zunächst hauptsächlich für Astigmatiker und Staroperierte als korrekte Gläserfassung von wesentlicher Bedeutung, so wird nach den vorstehenden Betrachtungen über die Wichtigkeit genauer Zentrierung auch sphärischer Gläser — die ja in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle als Korrektur in Frage kommen — diese Kneiferfassung auch für sphärische Gläser jeder anderen Klemmerfassung unbedingt vorzuziehen sein.

Ich bin auf die einzelnen Vorzüge des orthozentrischen Kneifers etwas ausführlicher eingegangen, weil neben verschiedenen glänzenden Anerkennungen aus ärztlichen Kreisen auch von einigen Kollegen absprechend über den Klemmer geurteilt worden ist. Ich nehme an, daß die ungünstigen Urteile auf die von verschiedenen Optikern angebotenen Nachahmungen oder auf die veralteten Entwickelungsformen des orthozentrischen Brinkhausklemmers zurückzuführen sind, die unter dem inzwischen sehr bekannt gewordenen Sammelnamen „orthozentrische Kneifer" verkauft werden, aber aus den oben angeführten Gründen fast niemals „orthozentrisch" sitzen und daher den Anforderungen einer korrekten Gläserfassung nicht genügen.

Nach den vorstehenden Ausführungen kann ich mein Urteil dahin zusammenfassen, daß der orthozentrische Brinkhauskneifer nicht nur als einzige der mir bekannten Kneiferkonstruktionen die Bedingungen für eine korrekte, stabile Zentrierung und richtige Achsenstellung bereits in der Art seiner Konstruktion besitzt, sondern auch in seinen sonstigen mechanisch-technischen Vorzügen einer korrekten Kneiferfassung der korrektest möglichen Gläserfassung, der Brille, am nächsten steht.

Neue Blendenkonstruktionen für röntgendiagnostische Zwecke.

Von Ingenieur **Friedrich Dessauer,** Aschaffenburg.

Die Blende im Röntgenverfahren verfolgt einen wesentlich anderen Zweck als in der Optik, da Röntgenstrahlen nicht im Sinn von Licht- oder Wärmestrahlen kontinuierliche Transversalwellen sind, also sich nicht gesetzmäßig beugen oder reflektieren lassen. Die Blende im Röntgenverfahren dient vielmehr lediglich zur Reduzierung der Sekundärstrahlenbildung.

Wie in den verschiedenen Lehrbüchern des Röntgenverfahrens*) dargelegt, entstehen in allen von X-Strahlen durchwanderten Stoffen, im Glase der Röhre, in der Luft des Raumes, im Körper des Patienten, auf der photographischen Platte, an den Wänden des Zimmers, sekundäre Strahlungen, die fähig sind, in hohem Maße die Bildschärfe zu beeinträchtigen, indem sie ihrerseits eine Wirkung auf die photographische Platte und den Leuchtschirm ausüben und den bekannten Sekundärstrahlen-Schleier hervorbringen. Diese störende Wirkung macht sich um so mehr geltend, je höher die Durchdringungskraft der Strahlen ist, mit anderen Worten, je härter die Röhre ist. Andererseits hängt die Sekundärstrahlenbildung auch in hohem Grade ab von den Medien, welche die primären X-Strahlen durchdringen, und die Beeinträchtigung wird um so stärker, wenn weiche, wasserhaltige, fett- und blutreiche Gewebe bei der Aufnahme durchdrungen werden müssen. In ihnen transformiert sich ein großer Teil der X-Strahlen in Sekundärstrahlung.

Ohne Benutzung von Mitteln zur Reduzierung der Sekundärstrahlen, das heißt also von Blenden, läßt sich eine scharfe Detailzeichnung schwieriger Objekte (Lendenwirbelsäule, Kreuzbein eines Erwachsenen zum Beispiel) überhaupt nicht erreichen. Aber auch jede Brustaufnahme, jede Kopfaufnahme sollte wegen Beeinträchtigung der Sekundärstrahlung nur mit Blende gemacht werden.

Die Blende erfüllt ihren Zweck, die Elimination der Sekundärstrahlung auf zweifache Weise. Einmal in Form der Blendenebene, als undurchlässige Schicht, welche allseitig die hereindringenden Strahlen von dem Orte der Bilddarstellung abhält. Die andere Methode des Blendenverfahrens ist das Kompressionsverfahren. Durch Eindrängen eines Kompressionsorganes in den Körper unter gleichzeitiger Benutzung einer Blendenebene wird die Dicke des Objektes nach Möglichkeit reduziert. Dadurch kann einerseits eine weichere, chemisch wirksamere Röntgenstrahlung benutzt werden, die sich weniger in sekundäre Strahlung transformiert als eine harte Strahlung, andererseits nimmt mit der durchdrungenen Masse die Sekundärstrahlen-Bildung an und für sich ab.

Die ersten Blendenebenen in Form von Bleiblechen wurden zuerst von französischen Autoren angewendet. Das systematische Ueberdecken der Objekte mit undurchlässigen Ebenen haben Wiesner, Holzknecht, Bille, Levy und Verfasser eingeführt. Das Kompressionsverfahren hat in Deutschland unseres Wissens zuerst Ing. Boas angewendet. Die Ausbildung der methodischen Kompression stammt von Wiesner und Verfasser und Albers-Schönberg unabhängig voneinander.

Bereits im Jahre 1901 hat das Elektrotechnische Laboratorium, Aschaffenburg, unter dem Namen der Dr. Wiesnerschen Universalblende ein vielseitig anwendbares Instrument zur Reduzierung der Sekundärstrahlen eingeführt. Dieses Instrument ist in außerordentlich vielen Kliniken und Instituten zur Verwendung gelangt und hat in der letzten Zeit eine Reihe erheblicher Verbesserungen erfahren. Figur 1 zeigt das Gestell der Wiesnerschen Universalblende. Es besteht aus einer flachen Aufnahmebasis, in die man Kassetten und Platten einschieben kann. Seitlich erhebt sich drehbar und feststellbar eine starke vertikale Säule, welche als Träger der verschiedenen Blendeneinsätze und der Röhre dient.

*) Vergleiche u. a. Kompendium der Röntgenographie (von Dessauer und Wiesner), Seite 22, 100, 208 f., 312, 322 (Verlag O. Nemnich, Leipzig); ferner in des Verfassers „Röntgenologischem Hilfsbuch", Kapitel 3, Das Blendenverfahren (Verlag Stuber, Würzburg).



Der gewöhnliche, für Uebersichtaufnahmen meist angewendete Einsatz ist die Irisblende (Figur 1). Sie besteht aus einem *blei*beschlagenen Brette oder in anderer Ausführung aus einer elastischen undurchlässigen Stoffmasse, in deren Mitte *eine große* Iris angebracht ist, deren Lamellen undurchlässig sind. Diese Iris, welche Dr. Bille zuerst in das Röntgenverfahren eingeführt hat, gestattet mit leichter Mühe die Oeffnung in der undurchlässigen Ebene so klein zu machen, wie es bei dem gegebenen Objekte unmöglich ist. Die Mitte der Iris steht, einmal eingestellt, genau über der Mitte der Auflageebene, also ohne weiteres über der Mitte der Platte. Die Blendenebene läßt sich nach Belieben auch schräg stellen.

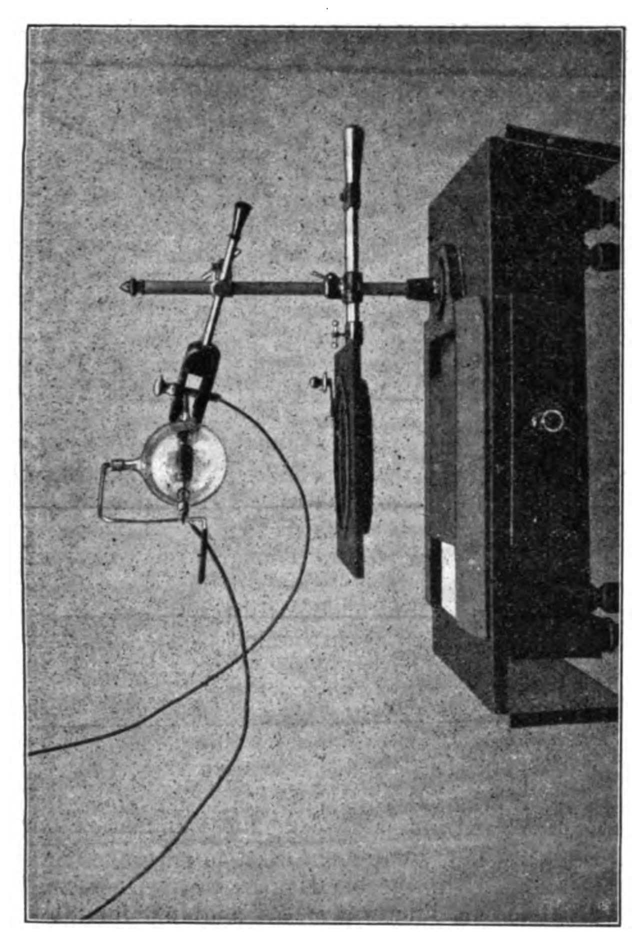


Abb. 1.
Dr. Wiesner'sche Universalblende mit Iriseinsatz.

Die Handhabung ist die denkbar einfachste.

Um den Patienten bequem lagern zu können, wird Iris und Röhre nach Lösung der ganz unten am Säulenfuße angebrachten Klammerschraube gemeinschaftlich zur Seite gedreht. Dann kann man mit Bequemlichkeit das Objekt fixieren. Nachdem dies geschehen ist, dreht man Iris und Röhre zurück, senkt dann die Blendenebene so tief herab, bis sie möglichst fest auf dem Objekte aufliegt. Endlich verkleinert man die Oeffnung der Iris soweit es die Aufnahme erlaubt, kontrolliert noch einmal, ob die Röhre ungefähr zentral steht und die Aufnahme kann beginnen.

Allgemein gilt für Blendenebenen das Gesetz, daß ihre Wirkung umso größer ist, je näher sie dem Objekte liegen (je weiter sie von der Röhre entfernt sind) und je geringer die Oeffnung der Blende ist.

Es empfiehlt sich, bei Benutzung von metallischen Blenden stets das Gerät zu erden, das heißt, durch eine Leitung mit der Erde zu verbinden, um so den Patienten vor allen unbeabsichtigten Elektrisationen zu schützen.

Die Anwendung der Irisblende ist sehr mannigfaltig. Sie gestattet, so ziemlich alle Aufnahmen in der Medicin zu machen, wie dies ja in dem obengenannten Handbuch des Röntgenverfahrens (Kompendium der Röntgenographie) des näheren dargelegt ist. Nach Vollendung der Aufnahme wird zunächst Röhre und Iris gleichzeitig nach der Seite hin verstellt, erst dann der Patient entlastet.

Ohne weiteres läßt sich diese Blende auch als Durchleuchtungsblende in vertikaler Richtung benutzen, wie es die Figur 2 darstellt. Nimmt man nach Lösung der am horizontalen Rohrstutzen angebrachten Fixierschraube die Iris heraus und setzt das Kompressorium ein, so hat man ohne weiteres

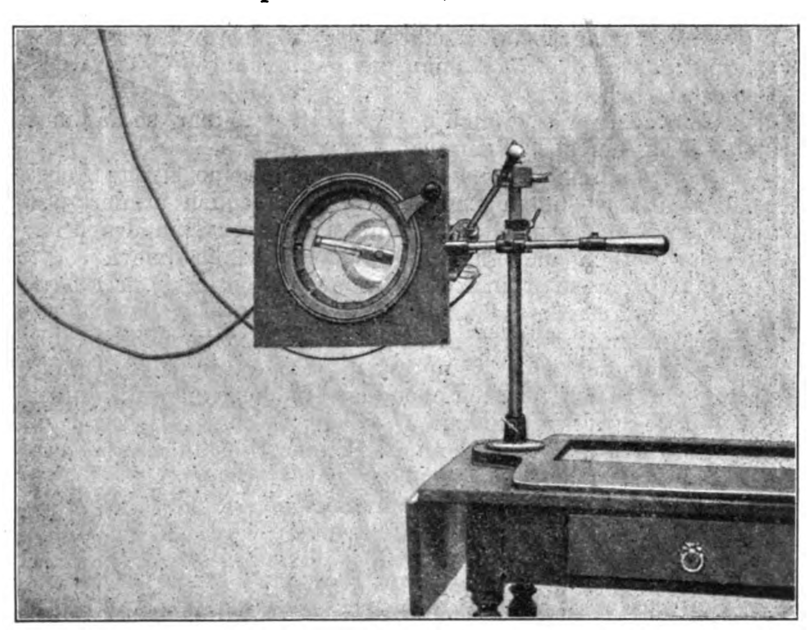


Abb. 2.
Die Dr. Wiesner'sche Blende mit vertikal gestellter Iris.

die Irisblende in eine Kompressionsblende, Figur 3, verwandelt. Die neue Form der Wiesnerschen Kompressionsblende weist

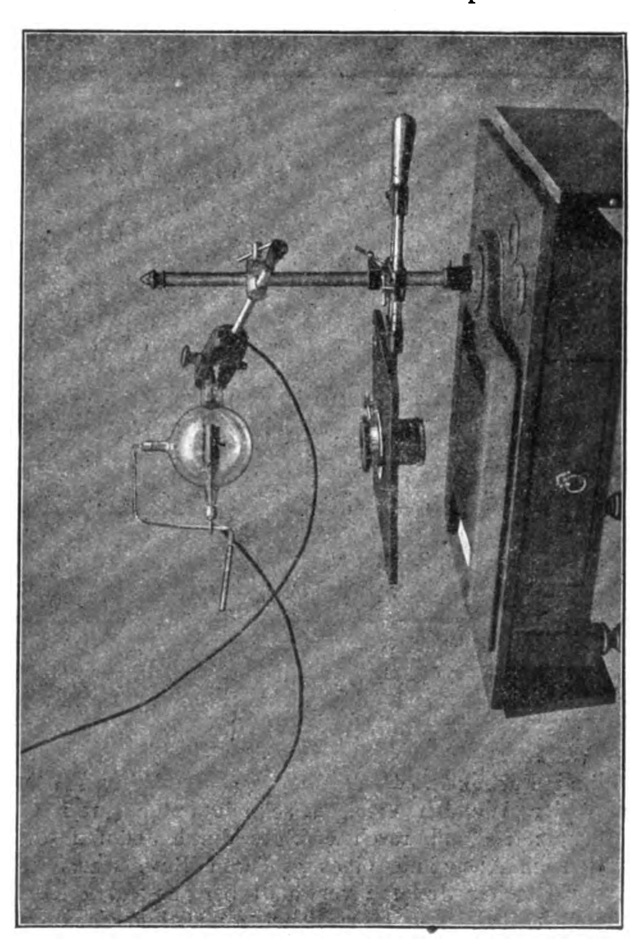


Abb. 3.
Die Dr. Wiesner'sche Blende als Kompressionsblende.

eine ganze Reihe erheblicher Vorzüge gegen das frühere Modell auf. Statt des früher verwendeten Ringes kann ein Rohr verwendet werden, unter der Voraussetzung, daß die an der Rohrwand auftretenden Sekundärstrahlungen mit Hilfe eines Blendendiaphragmas an der oberen Apertur eliminiert werden.

Einen Vorteil gewährt die Anwendung eines Rohres gegenüber dem Ring, den wir früher verwandten, nicht. Es mußte aber aus patentrechtlichen Gründen zur Benutzung der Röhrenform übergegangen werden.

Ein wesentlicher Fortschritt ist die allseitige Beweglichkeit des Kompressoriums. Es steht nicht mehr fest über der Mitte der Auflageebene, sondern es läßt sich in der Längsrichtung bewegen, so daß man das ganze Feld mit dem Kompressorium beherrscht.

Außerdem ist es seitlich im Winkel verstellbar, so daß man auch schräg eingehen kann.

Das Kompressionsorgan selbst ist um seine eigene Achse drehbar. Es ist unten und oben zweckdienlich armiert und wird nach Ausführung der Kompression durch Handdruck mit Hilfe der seitlich angebrachten Feststellschraube fixiert.

Das Organ wird in zwei Größen angefertigt*). Der geringere Durchmesser gibt natürlich schärfere Detailzeichnung als der größere, letzterer liefert dagegen Uebersichten über größere Gebiete. Die Kompressionsorgane mit dem Durchmesser von 16 cm besitzen oben eine Irisblende, um diejenigen primären X-Strahlen abzuhalten, welche die innere Röhrenwand treffen würden und deswegen unter keinen Umständen günstige, das Bild fördernde Wirkungen ausüben könnten.

Die Handhabung des Kompressoriums ist die bekannte. Wie es in den einzelnen Fällen benutzt wird, ist im Handbuch des Röntgenverfahrens (Kompendium der Röntgenographie) der dritten Abteilung eingehend dargestellt.

Soll die Blende zu stereoskopischen Aufnahmen benutzt werden, so läßt sich dies leicht mit Hilfe des stereoskopischen Röhrenhalters exakt machen. Ebenso aber kann man auch mit dem Augenmaß allein die Verschiebung der Röhre zwischen beiden Aufnahmen vornehmen.

*) Die beschriebenen Konstruktionen werden nach Angaben des Verfassers in den Vereinigten Elektrotechnischen Instituten Frankfurt-Aschaffenburg (Veifa-Werken) in Aschaffenburg gebaut.

Periodische Literatur.

Jodofan, ein neues organisches Jodpräparat, als Jodoformersatzmittel. Von Dr. Eisenberg, Berlin. (Münch. medic. W., Nr. 12.)

Jodofan, Monojododioxybenzolaldehyd, hergestellt von dem chemischen Institut Dr. Horowitz-Berlin, ist ein rötlich-gelbes, kristallinisches Pulver, nicht hygroskopisch, völlig geruch- und geschmacklos, unlöslich in Alkohol, Aether, Chloroform, Wasser. Die bakteriologische Prüfung hat eine überraschend kräftige, desinfizierende Wirkung, die so stark ist, daß in ausgeschütteten Platten das Wachstum der Kulturen schon in einer Entfernung von fast 1 cm von der Trockensubstanz aufhört, ergeben. Damit verbindet das Präparat eine absolute Reizlosigkeit. Auf die Wundfläche wird es als Pulver aufgestreut, aber nur in ganz dünner Schicht, damit es nicht mit dem Wundsekret zu einem die Aufsaugung hindernden Schorf verbackt; wo ein hydrophiler Verband angezeigt ist, kann man sich der Jodofangaze bedienen, die als 10%ig in den Handel kommt. Verf. hat die Jodofanbehandlung in 49 Fällen vorgenommen, meist solche aus der kleinen Chirurgie, Inzisionswunden bei Panaritien, Furunkeln, bei Brandwunden, Schnitt-, Riß-, Quetschwunden der Haut, Muskeln und Sehnen. Aseptische Wunden heilten unter Jodofan alle per primam; bei Abszessen und Furunkeln wurde nie ein Fortschreiten bemerkt, die Heilung der Wunden erfolgte schnell unter guter Granulationsbildung; auffallend rasch erfolgte durch Jodofan die Epidermisierung nach Abstoßung eines größeren Brandschorfes. Erfolgreich wurde weiter Jodofan verwandt bei nässenden Ekzemen, Ulcera mollia und Ulcera cruris, bei gynäkologischen Erkrankungen, Dekubitalgeschwür, Dammnähte; sehr wertvoll erwies sich das Mittel als sicheres Desodorans bei einem inoperablen Portiokarzinom. Verf. sieht in dem Jodofan ein dem Jodoform ebenbürtiges, absolut reizloses Wundheilmittel und Wunddesinfiziens, welches von den Nachteilen frei ist, die so häufig der Anwendung des Jodoforms entgegenstehen.

Neuere Arzneimittel.

Rhinoculin. Fabrikant: Dr. Ritserts pharm.-chem. Institut, Frankfurt a. M. Ueber Pathogenese des Heufiebers ist in dieser Zeitschrift (1907, Nr. 8, 9, 10) ausführlich berichtet worden, ebenso über die Behandlungsweise mit Pollantin-Dunbar. In Ritserts Rhinoculin liegt ein Präparat vor, das gleichfalls gegen Heuschnupfen Anwendung findet und zwar, wie aus den Gutachten von Aerzten und Patienten zu ersehen ist, mit bestem Erfolge. Es kommt als Schutzcreme, Emulsion und Schnupfpulver in den Handel und enthält als wirksame Bestandteile Paranephrin, Anaesthesin und Subkutin-Borsäure, über deren pharmakologische Wirkung die Leser unterrichtet sind (Subkutin = wasserlöslich gemachtes Anaesthesin.) Die Anwendung ist einfach und aus der dem Präparat beigegebenen Gebrauchsanweisung zu ersehen. Nach der durch den Heufieberbund angestellten Umfrage (Band IX der Berichte des H. F. B. 1907) haben die Rhinoculinpräparate in 72% der angegebenen Fälle durchaus erfolgreiche Anwendung gefunden und wurden nur 14% der Fälle nicht günstig beeinflußt. Vergl. Dr. Avellis, Münch. med. Woch. 1907, Nr. 11. Dieser Laryngologe hat eine Methode zur Behandlung des Heufiebers ausgearbeitet. Sie besteht (l. c.), kurz gesagt, darin, „den Heuschnupfenpatienten richtig aufzuklären, ihn in alle Details der Schädigungsmöglichkeiten einzuweihen, ihn zu bitten, Mitglied des Heufieberbundes zu werden, um durch ihn das zu lernen, wozu der Unterricht in der Sprechstunde nicht ausreicht. Ferner wird er in der Vorperiode zwei bis drei Jahre lang galvanokaustisch behandelt. Falls Serumbehandlung noch nicht vergeblich versucht war, diese richtig inszeniert, eventuell mit Hilfe des Rhinoculinpulvers oder der Rhinoculincreme erst ermöglicht oder falls Pollantin nicht geholfen hat, dann die „Rhinoculinkur" längere Zeit fortgesetzt. Seit drei Jahren habe ich nicht einmal mehr nötig gehabt, einen Heuschnupfenkranken in ein sogen. immunes Klima zu schicken. Anders bei Heuasthma. Die damit behafteten Patienten machten obige Behandlung für die Nase durch, konnten aber die immunen Orte nicht entbehren, obwohl ein Teil von ihnen auch dort keine dauernde Erleichterung gefunden hat. Die Auswahl solch immuner Orte ist nicht leicht, man muß Jahreszeit, Blüteperiode und Nachbarschaft der Oertlichkeit genau berücksichtigen, man darf auch nicht vergessen, Patienten wegen des ferneren Ortswechsels aufzuklären, damit nicht manche Kranke Ende Juli, wo bei uns in der Ebene die Luft pollenfrei ist, ins Hochgebirge (Engadin) gehen, wo die dort viel später einsetzende Blütezeit den kaum von seinen Qualen Erlösten erneut an Heufieber erkranken läßt. Der Fragebogen von 1907 des Heufieberbundes wird eine Tabelle der Immunzeiten gewisser Kurorte den Interessenten zugänglich machen."

Patentnachrichten.

Gebrauchsmuster.

30a. 308089. Nabelschnur-Klemme, bei welcher der eine Arm bügelförmig, der andere schleifenförmig gestaltet ist. Julius Müller, Kenzingen. 13. 4. 07. M. 24018.

30a. 308369. Vorrichtung zur Beobachtung und Aufzeichnung von Blutdruckschwankungen beim Menschen und Tier. Walter Oehmke, Berlin, Dorotheenstr. 35. 27. 4. 07. O. 4212.

30a. 308532. Apparat zur Ausführung von Durchleuchtungen und Aufnahmen mittels Röntgenstrahlen mit quer zu einem Untersuchungsstuhl verschiebbaren Behälter für die Röntgenröhre. Reiniger, Gebbert & Schall, Erlangen. 30. 3. 07. R. 19072.

30a. 308533. Untersuchungsstuhl mit drehbarem Sitz zur Ausführung von Durchleuchtungen und Aufnahmen mittels Röntgenstrahlen. Reiniger, Gebbert & Schall, Erlangen. 30. 3. 07. R. 19073.

30a. 308534. Untersuchungsstuhl mit um den Körper des zu Behandelnden umlegbaren Halteteilen aus einem für Röntgenstrahlen undurchlässigen Stoffe zur Ausführung von Durchleuchtungen und Aufnahmen mittels Röntgenstrahlen. Reiniger, Gebbert & Schall, Erlangen. 30. 3. 07. R. 19074.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Köln a. Rh. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von Heynemannsche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Nr. 27. 1907. 2. September.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.



Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Die wissenschaftliche Deputation für das Medicinalwesen in Berlin und die Wissenschaft.

Randglossen zu dem Thema: „Die Hetolbehandlung der Tuberkulose und ihre Gegner".*)

Von **Dr. Weissmann**-Lindenfels.

Vor mir liegt ein eigener Bericht der Münchner medicinischen Wochenschrift über die diesjährige General-Versammlung des Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose und die sich an jene anschließende Versammlung der Tuberkuloseärzte.

Wie nicht anders zu erwarten, stand die erstere Versammlung unter dem Zeichen des Verteidigungskampfes gegen die absprechenden Urteile Cornets und Grotjahns über den Wert der Volksheilstätten. Ich kann nicht finden, daß man die Ansichten dieser beiden Autoren widerlegt hätte, und gegenüber Rumpf-Baden-Baden, der gar Cornet den Vorwurf machte, günstige Statistiken nicht berücksichtigt zu haben, möchte ich denn doch betonen, daß die praktischen Aerzte sich in ihrer großen Mehrheit über den Wert oder vielmehr über mangelnden Wert der Volksheilstätten klar sind. Und das wird doch wohl jeder zugeben, daß über die Erfolge der Heilstätten kein anderer ein besseres Urteil hat als der praktische Arzt, der die Patienten nach ihrer Entlassung aus der Anstalt wieder zu beobachten die beste und ausgiebigste Gelegenheit hat. Die ganze Volksheilstättenbewegung — edlen Motiven entsprungen — ist zu sehr Modesache geworden und leidet zu sehr unter dem Bureaukratismus. Man denke nur an die sechswöchigen Kuren in Lippspringe, welche Althoff im Namen der Landesversicherungsanstalt Westfalen empfiehlt! Schema F, weiter nichts!

Damit bin ich schon zur Versammlung der Tuberkuloseärzte gekommen. Als Vorkämpfer für die Hetolbehandlung der Tuberkulose interessierte mich diese Versammlung meiner Fachkollegen natürlich aufs lebhafteste und am meisten das Thema der „spezifischen Behandlung der Tuberkulose". Nachdem die Hetolbehandlung unter den praktischen Aerzten immer mehr Anerkennung und immer mehr Anhänger findet, hätte man doch wohl erwarten dürfen, daß dieser Methode auf einer Versammlung von Tuberkuloseärzten mindestens Erwähnung getan sei. Aber kein Wort fiel über Hetol — dagegen Behrings Tulase mußte erwähnt werden, obwohl dieses noch gänzlich unerprobte Mittel für den Praktiker bislang ohne jede Bedeutung ist.

Es ist tief bedauerlich und wirft ein eigenartiges Licht auf die „Freiheit der Wissenschaft", daß man sich in sogenannten maßgebenden Kreisen immer noch krampfhaft bemüht, das Hetol und seine Erfolge tot zu schweigen. Und das, trotzdem eine große Zahl von Aerzten über die günstigsten Erfolge berichtet! In welcher Weise auch heute noch, im zwanzigsten Jahrhundert, ehrliche, wissenschaftliche Bestrebungen geknebelt werden, davon im Folgenden ein klassisches Beispiel:

Im Nachlaß Albert Landerers, des Unvergeßlichen, fand sich der Entwurf zu einer Eingabe an den Ministerialdirektor Althoff, in welcher der Dahingeschiedene um Förderung der Hetolbehandlung durch Einrichtung von Kursen usw. bat. Diese Eingabe wurde mir zur Verfügung gestellt, ich machte mir Landerers Ausführungen zu eigen und vervollständigte diese auf Grund meiner langjährigen Erfahrungen mit Hetol, um sie dann an sämtliche deutsche Zentral-Medicinalbehörden zu senden. Ich war mir dessen bewußt, daß ein besonderer Erfolg von diesem Schritte wohl kaum zu erwarten war — den hatte ein simpler Arzt dahinten im Odenwald ja gar nicht zu beanspruchen —, aber ich glaubte, den Schritt tun zu müssen, um den Willen Landerers zu erfüllen und um das Bewußtsein zu haben, im Kampfe um die Anerkennung des Hetols alles getan zu haben, was auch nur die geringste Aussicht auf Nutzen hatte.

Ehe ich nun über das Geschick dieser Eingabe bei den einzelnen Zentral-Medicinalbehörden berichte, lasse ich sie hierunter im Wortlaut folgen, da sie mir ein wichtiges Dokument für den Wert des Hetols zu sein scheint:

An den Direktor
der wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen,
Herrn Ministerial-Direktor Dr. Althoff
Wirklichen Geheimen Oberregierungsrat, Exzellenz
Berlin.

Euerer Exzellenz
gestatte ich mir ganz ergebenst mitzuteilen, daß sich unter dem literarischen Nachlaß des verstorbenen Professors Albert Landerer ein Entwurf einer Eingabe an Euere Exzellenz befand, von dessen Inhalt Euere Exzellenz Kenntnis zu geben ich mich für verpflichtet halte.

Professor Landerer beabsichtigte, Euerer Exzellenz eine von mir verfaßte Zusammenstellung der Literatur über die Hetolbehandlung in den Jahren 1901 bis 1904 zu überreichen. Ich gestatte mir, diese Zusammenstellung beizufügen, gleichzeitig aber darauf hinzuweisen, daß die seit dem Druck dieser Zusammenstellung erschienenen Arbeiten in einer besonderen Beilage für Euere Exzellenz referiert sind.

Aus diesen Arbeiten sollte Euere Exzellenz ersehen, daß die Hetolbehandlung in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht habe, trotzdem ihr von keiner Seite irgend welche Förderung zuteil geworden sei, vielmehr ihr von verschiedenen Seiten systematisch Opposition gemacht worden sei und noch werde.

Landerer wollte Euere Exzellenz insbesondere darauf hinweisen, daß die ungünstigen Ergebnisse, welche Herr Geheime Medicinalrat M. Wolff in dem von Euerer Exzellenz

*) Auf eigene Verantwortung des Herrn Autors.

im Jahre 1900 bestellten Gutachten berichtete, inzwischen beweiskräftig widerlegt seien und zwar die experimentellen Ergebnisse unter anderen durch die unter Herrn Professor Eberlein von der tierärztlichen Hochschule gearbeitete Dissertation von Herrn Hoffmann, die klinischen von den Herren Geheimrat Ewald, Professor H. Krause, Dr. Guttmann, Dr. Frank, Dr. Brasch u. a. m.

Die Heilwirkung des Hetols bei Tuberkulose sei erwiesen durch histologische Arbeiten am Lebenden (Cordes), durch die Tuberkulinprobe (Fischer) und schließlich jetzt lückenlose, beweisreiche in die Tausende gehende klinische Beobachtungen, bei denen es sich nicht nur um leichte, sondern auch zum Teil recht schwere, vorgeschrittene Fälle gehandelt habe. Aus diesen klinischen Beobachtungen geht neben der völligen Unschädlichkeit die zweifellose Ueberlegenheit des Hetols über die übrigen Behandlungsmethoden hervor.

Die hygienisch-diätetische Behandlungsweise könne ihre statistischen Erfolge nur noch aufrecht erhalten durch Auswahl der allerleichtesten Fälle, sie arbeite eigentlich noch mit Prophylaktikern. Den Vorwurf, den man vielfach, besonders im Auslande den „Volksheilstätten“ mache, daß unter ihren Patienten auch nicht tuberkulöse sich befänden, könne Landerer durch eigene Sektionen bestätigen. — Dasselbe gelte von der Tuberkulinbehandlung. Nach den eigenen Angaben des hervorragendsten Anhängers des Tuberkulins — Petruschkys — seien nur Frühfälle für diese Behandlung geeignet.

Die Vorurteile gegen das Hetol beruhten zum Teil auf theoretischen Bedenken, zum Teil seien sie aber auch durch persönliche Gründe bedingt. Man neige einerseits noch sehr dazu, alles Heil von Bakterienderivaten zu erwarten, andererseits habe unsere Gelehrtenwelt in den letzten 15 Jahren gegen Neuerungen, die nicht aus ihrer Mitte hervorgegangen seien, eine wenig sachliche, von vornherein ablehnende Haltung gezeigt.

Aus diesen Gründen wollte sich Landerer gestatten, Euere Exzellenz zu bitten, der Hetolbehandlung der Tuberkulose eine größere Beachtung schenken zu wollen. — Im Laufe der zwölf (jetzt vierzehn) Jahre, seitdem die Hetolbehandlung gebrauchsfertig vorliege, habe sich, entgegen Landerers früheren Erwartungen gezeigt, daß die Hetolbehandlung sich am besten für die tägliche Praxis eigne, wie das aus den beiliegenden Arbeiten von Hessen, Schrage und Weißmann hervorgehe.

Für die Universitätskliniken eigne sich die Hetolbehandlung weniger, weil diese meist nur vorgeschrittene Fälle aufnehmen und meist nur auf kurze Zeit. Zum Teil gelte dies auch von den Krankenhäusern. Versuche an Universitätskliniken und Krankenhäusern ergäben daher ein schiefes Bild von dem Wert des Hetols.

Die Schwierigkeiten, welche sich der Einführung der Hetolbehandlung bei den praktischen Aerzten entgegenstellen, der Grund ihrer langsamen Ausbreitung beruhten zum Teil in der Tatsache, daß sie technisch nicht leicht sei, d. h. daß sie eigens erlernt werden müsse.

Von denen, die die Behandlung nicht erlernt haben, werde sie daher auch oft falsch beurteilt.

In diesem Sinne wäre es besonders freudig zu begrüßen, wenn die Hetolbehandlung den Fortbildungskursen für praktische Aerzte eingefügt würde.

Es würde damit nach Landerer auch einem anderen Vorwurf begegnet werden, welcher der gegenwärtig herrschenden hygienisch-diätetischen Methode der Bekämpfung der Tuberkulose gemacht werde, daß nämlich bei der Bekämpfung der Volksseuche auf die tätige Mitwirkung der praktischen Aerzte ganz verzichtet werde.

Neben den immer mehr und mehr angezweifelten Erfolgen der Volksheilstätten sei dieses Beiseiteschieben des praktischen Arztes ein wesentlicher Grund für die Tatsache, daß die Stimmung der Aerzte gegen die Volksheilstätten eine zusehends ungünstigere werde.

Diese Mißstimmung der Aerzte, in Verbindung mit den ungünstigen Urteilen des Auslandes und der Laienwelt, könne der Oeffentlichkeit nicht mehr lange verborgen bleiben.

Euere Exzellenz, so meint Landerer, würden sich ein bleibendes, unsterbliches Verdienst erwerben, wenn Sie neben der Heilstättenbehandlung die Mitwirkung der praktischen Aerzte zur Bekämpfung der Tuberkulose fördern würden.

Dies wäre möglich durch Verallgemeinerung der Hetolbehandlung.

Auf diese Weise würde der Bekämpfung der Tuberkulose ein Umfang und eine Wirkung verliehen, wie sie eingreifender und durchgreifender nicht gedacht werden könne. Da die Behandlungsweise billig sei, ließe sich mit wenig Mitteln Großes schaffen, zumal wenn man es ermöglichen würde, daß auf Bericht des behandelnden Arztes auch seitens der Krankenkassen und besonders der Invaliditätsversicherung Beihilfen zur Hetolbehandlung gewährt würden, was bis dahin wenigstens seitens der Invaliditätsversicherungsanstalten abgelehnt werde.

Landerer weist dann in dem Entwurf zu seiner Eingabe darauf hin, daß er zur Zeit an sehr aussichtsvollen und praktisch bereits erprobten Verbesserungen und Erweiterungen der Hetolbehandlung arbeitet. Es handelt sich um das zur Zeit von Herrn Dr. Guttmann in Berlin und mir zu Versuchen verwendete „Hetolserum“, über das ein abschließendes Urteil noch nicht gefällt werden kann.

Landerer hielt es für sehr dankenswert, wenn Euere Exzellenz gerade jetzt diesen Bestrebungen Ihr geneigtes Wohlwollen, vielleicht auch Ihre werktätige Unterstützung zuwenden wollten.

Wenn Euere Exzellenz diesen Bitten ein geneigtes Ohr nicht zu leihen vermöchten, sei das aufs lebhafteste zu bedauern. Nach der bisherigen Entwickelung der Hetolbehandlung zu schließen, werde sie ihren Weg, wenn auch langsamer, auch allein und aus eigener Kraft machen.

Landerer möchte aber im Voraus jede Verantwortung für die peinlichen Nebenerscheinungen ablehnen, welche sich hierbei aller Voraussetzung nach nicht würden vermeiden lassen.

Indem ich mir diese Ausführungen Landerers Wort für Wort zu eigen mache — und ich glaube dazu nach über zehn Jahre langen Erfahrungen mit der Hetolbehandlung berechtigt zu sein — wiederhole ich die Bitten des leider zu früh verstorbenen verdienstvollen Forschers.

Auch ich bitte Euere Exzellenz, die Abhaltung von Kursen der Hetolbehandlung zu ermöglichen und werktätig zu unterstützen.

Ich gestatte mir, Euere Exzellenz darauf hinzuweisen, daß ich in diesem Winter solche Kurse schon in Darmstadt, Mainz, Kreuznach, Crefeld, Gladbach i. W. und Gütersloh i. W. abgehalten habe. Ich glaube auf Grund der bei dieser Gelegenheit gemachten Erfahrungen Euerer Exzellenz versichern zu dürfen, daß die praktischen Aerzte solche Kurse auf das freudigste begrüßen würden, zumal wenn darauf Bedacht genommen würde, daß auch den Aerzten in kleinen Städten und auf dem Lande die Teilnahme an solchen Hetolkursen ermöglicht würde.

Euerer Exzellenz geneigten Antwort entgegensehend, verharre

Euerer Exzellenz
ganz ergebenster Dr. Weißmann,
Arzt in Lindenfels.

(Schluß folgt)

Periodische Literatur.

Die Behandlung der Genickstarre mit Bierscher Stauung und Lumbalpunktion. Von Dr. Vorschütz, Köln. (Münch. medic. W., Nr. 11 und 12.)

An der Hand der Krankengeschichten mit beigegebenen Temperaturkurven von fünf Fällen von epidemischer Genickstarre erläutert Verf. den Gang der Behandlung mit Lumbalpunktionen und Bierscher Stauung, wodurch vier vollständig geheilt wurden, während der fünfte, ein zweijähriges Kind, das akute Stadium überstand, aber in der Rekonvaleszenz an einem akuten Hydrocephalus zu Grunde ging. Sobald die Diagnose Meningitis feststand, wurde die Lumbalpunktion vorgenommen und Liquor so



lange abgelassen, bis er nur noch tropfenweise ohne jeglichen Druck sich entleerte; bei Eintreten von Kopfschmerzen wurde *die* Punktion früher unterbrochen; im allgemeinen wurden 30 bis 40 ccm abgelassen; niemals wurden dabei Erscheinungen von Collaps oder sonstigen Zufällen beobachtet. Die augenfällige Wirkung der Punktionen trat besonders bei den benommenen Patienten zu tage, indem schon kurz nach der Punktion die bis dahin apathisch *daliegenden* Kranken wieder munter wurden und Teilnahme an der Umgebung zeigten. Die Temperatur fiel öfter um 2° ab *und* hielt sich dann meist zwei Tage auf einer Höhe, die nicht zur Punktion drängte; am dritten Tage wurde dieselbe gewöhnlich wieder nötig; später konnte in größeren Zwischenräumen punktiert werden; ein bestimmtes Schema ist nicht aufzustellen, Fieberkurve und Sensorium sind die wichtigsten Indikatoren. Nach der Lumbalpunktion wurde die Biersche Staubinde angelegt und in mäßiger Stärke — das Gesicht der Kranken soll blaurot, etwas gedunsen und gefeldert erscheinen, aber nicht oedematös werden — 20 Stunden liegen gelassen. Dadurch wurden die meist vorhandenen heftigen Kopfschmerzen sofort gelindert, so daß von der Applikation von Eis und Narcoticis völlig Abstand genommen werden konnte. Schon diese Wirkung der Stauungsbinde, die Beseitigung der Kopfschmerzen, dürfte derselben einen Platz unter den therapeutischen Maßnahmen bei Behandlung der Genickstarre sichern. Ein weiterer Faktor, der bei den behandelten Fällen auffiel, war der Fortfall von Komplikationen, der wohl der Stauungswirkung zu verdanken war. Die Kombination der Stauung mit den Lumbalpunktionen überträgt auf die Behandlung der Genickstarre die Prinzipien der modernen Behandlung der akuten Entzündungen, Stauung nebst Abfluß des Entzündungssekrets. Durch die Punktionen wird aus dem Wirbelkanal Eiter und mit ihm ein großer Teil der Bakterien und zugleich ihrer Toxine beseitigt. An die Stelle der abgelassenen Flüssigkeit tritt, wesentlich unterstützt durch die Stauungshyperämie, neue, die Toxine zu binden und Bakterien zu töten imstande ist. Ferner wird durch die Punktion der schlimme Feind des Hirndrucks bekämpft; durch Nachlassen desselben wird das vorher anämische Gehirn mit arteriellem Blute überschwemmt, also gleichsam eine arterielle Hyperämie erzeugt, ein wichtiger Heilfaktor, der dann noch durch die venöse Hyperämie der Stauung unterstützt wird. Zwei Faktoren sind es also, die sich für die Behandlung der epidemischen Genickstarre sowie sonstiger eitriger Gehirnhautentzündungen darbieten; 1. gegen die Entzündung die Biersche Stauung nebst Entleerung des Liquor durch Punktionen, 2. gegen den Hirndruck regelmäßige Punktionen; beide Faktoren müssen zur Anwendung gelangen, wenn sich irgendwelche Erscheinungen der Entzündung oder des Hirndrucks zeigen. Verf. hofft, daß mit dieser Behandlungsmethode die so gefürchtete Genickstarre größtenteils ihres Schreckens beraubt werden wird.

Bücherbesprechung.

Dr. Georges Luys: **Exploration de L'Appareil Urinaire,** avec 165 figures dans le texte et 5 planches en couleurs. Masson et Cie., Editeurs. Paris 1907.

Seinem im Jahre 1905 erschienenen Werke über Endoskopie der Harnröhre und Blase (s. Ref. Dermat. Zeitschr. Bd. 13, H. 2) hat Luys in dem vorliegenden Buche eine umfassende Beschreibung der gesamten Methoden der urologischen Diagnostik folgen lassen. Er will dem Praktiker zeigen, welche Mittel zur Verfügung stehen, um eine genaue Diagnose auf dem Gebiete der Erkrankungen der Harnwege zu stellen und eine darauf basierte wirksame Therapie aufzubauen. Die einleitenden Kapitel über die Untersuchung der Harnröhre und ihrer Sekrete fassen die üblichen und meist bekannten Methoden kurz und übersichtlich zusammen. Der wichtigen Untersuchung der drüsigen Adnexe der Harnröhre ist ein besonderes Kapitel gewidmet, welches die bewährten Methoden umfaßt. Bei der rektalen Untersuchung der Vorsteherdrüse wird besonders auf die Wichtigkeit der vom Referenten angegebenen prophylaktischen Vorspülung hingewiesen. Die hierher gehörenden mikroskopischen Untersuchungsresultate sind durch Abbildungen aus dem bekannten Werke von Oberländer und Kollmann illustriert. Der Inhalt des folgenden Kapitels über Urethroskopie entspricht im wesentlichen dem, was in dem oben erwähnten Buche von Luys gesagt wurde. Die kolorierten Tafeln sind gleichfalls dieselben wie früher und einige der gegebenen Abbildungen sind wiederum etwas zu sehr schematisiert. Auch vermißt man urethroskopische Bilder der so wichtigen Veränderungen in der hinteren Harnröhre, obwohl es an einschlägigen Beobachtungen in den mitgeteilten Krankengeschichten nicht fehlt. Garnicht erwähnt ist das Goldschmidtsche Urethroskop, welches speziell für die Erkrankungen der Pars prost. ureth. in diagnostischer Beziehung vortreffliche Resultate gibt.

Der zweite Teil des Buches bespricht die Untersuchung der Blase. Die eigentliche kystoskopische Untersuchung der Blase wird sehr kurz und nicht ihrer Bedeutung entsprechend gewürdigt; besonders enthält der historische Ueberblick manche Irrtümer. Der erheblichste derselben ist gekennzeichnet durch die vom Verfasser aufgestellte Bezeichnung „Cystoscopie à Prisme". Es liegt in dieser Bezeichnung ein Verkennen des kystoskopischen Prinzipes. Das wesentliche Prinzip des von Nitze konstruierten Kystoskopes beruht darin, daß man vermöge eines besonderen optischen Systemes durch ein enges Rohr eine große Partie der erleuchteten Blasenschleimhaut übersehen kann. Das Prisma des Instrumentes spielt eine gänzlich sekundäre Rolle. In der Verkennung des genannten Momentes fällt der Verfasser in den weiteren Irrtum, in Cruise, dem Konstrukteur eines verbesserten Désormeauxschen Urethroskopes, einen Vorgänger Nitzes zu sehen.

Die von Luys behaupteten Nachteile der kystoskopischen Untersuchungsmethode dürften nicht den Anschauungen der modernen Urologie entsprechen. Wesentlich ausführlicher bespricht Luys die bereits von Désormeaux ausgeübte endoskopische Untersuchung der Blase, für welche er die Bezeichnung „Cystoscopie à vision directe" beibehält. Er bedient sich auch hier des Nitze-Oberländerschen Urethroskopes, dessen Tuben er nach dem Vorgang von Kelly, Pawlick und Brandsfort-Lewis entsprechend verlängert und mit der von Garceau und Hogge angegebenen Vorrichtung zur Aspiration von Urin und Blut versehen hat. Außerdem sind die Tuben mit der vom Referenten angegebenen Rinne zur Aufnahme des Lichtträgers versehen. Zur Ausführung der Untersuchung in der von Clado und Hartmann empfohlenen Trendelenburgschen Beckenhochlagerung hat Luys einen sehr brauchbaren Untersuchungstisch angegeben. Es ist unbedingt zuzugeben, daß diese in diagnostischer Beziehung der Kystoskopie beträchtlich nachstehende Methode für gewisse kleine therapeutische Eingriffe ihre Vorteile hat, ganz besonders leistet sie bei der Behandlung der krankhaften Veränderungen am Blasenhalse ganz vortreffliche Dienste. Niemals aber wird die Methode bei der Behandlung ausgedehnter Krankheitsherde, bei der endovesikalen Operation größerer Geschwülste und endlich beim Ureteren-Katheterismus das Kystoskop ersetzen können. Speziell bei der Untersuchung der weiblichen Blase während der Gravidität hält der Verfasser die endoskopische Methode für die einzige, mit welcher man eine genügende Besichtigung der Blase vornehmen könne. Die Arbeiten von Winter und das einschlägige Kapitel in dem Lehrbuch der Kystoskopie von Stoeckel beweisen zur Genüge, daß auch in diesen Fällen die Kystoskopie alles Erforderliche leistet.

Einer kurzen Besprechung des Ureteren-Katheterismus mit Hilfe des Kystoskopes folgt wiederum ein längeres Kapitel über die Sondierung der Ureteren vermittels des in die Blase eingeführten Endoskopes. Daß auch hier ebenso wenig, wie bei der kystoskopischen Untersuchung der Blase, der direkten endoskopischen Untersuchungsmethode jemals eine wesentliche Rolle zufallen könnte, dürfte durch die historische Entwicklung zur Genüge bewiesen sein. Die am Schluß dieses Abschnittes besprochenen Methoden der Untersuchung des Nierenbeckens fallen eigentlich schon unter den vierten Abschnitt, in welchem die Diagnostik der Nierenerkrankungen besprochen wird. Die einschlägigen Fragen sind sachlich erörtert. Aus dem großen Kapitel der Pathologie des Harnes kommen einzelne hier interessierende Fragen, wie Uraturie, Pyurie, Hämaturie u. a. zur Diskussion. Auch das Kapitel der funktionellen Nierenuntersuchung ist hier und in einem späteren besonderen Abschnitte gewürdigt. Sehr ausführlich und mit einer historischen Einleitung versehen bespricht der Verfasser die verschiedenen Methoden des getrennten Auffangens des Urines beider

Nieren. Es ist unbedingt zuzugeben, daß von allen Instrumenten, welche zur intravesikalen Separation des Urines beider Nieren angegeben worden sind, dasjenige, welches Luys im Jahre 1901 auf dem französischen Urologenkongreß demonstrierte, das einfachste und praktisch brauchbarste ist. Es hat dem Referenten in einer ganzen Reihe von Fällen, in welchen der doppelseitige Ureterenkatheterismus unausführbar war, vortreffliche Dienste geleistet. Ganz besonders dürfte der Separationsmethode eine noch viel zu wenig gewürdigte Bedeutung zukommen für die funktionelle Nierenuntersuchung, denn die Anwendung des Separators beeinflußt sehr viel weniger die überaus empfindlichen nervösen Regulationsvorrichtungen in den Nieren, als dies beim Einführen von Sonden in die Harnleiter und Nierenbecken der Fall ist. Dieses Kapitel ist durch vortreffliche, sehr instruktive Abbildungen und eine Reihe interessanter einschlägiger Beobachtungen besonders ausgezeichnet. Zum Schluß findet die radiographische Untersuchungsmethode und ihre Bedeutung für die Krankheiten der Harnwege eine kurz zusammenfassende Besprechung.

Das vorliegende Werk bildet einen erfreulichen Beweis für das Fortschreiten der urologischen Wissenschaft, welche sich in Frankreich mehr als in den übrigen Kulturländern der Grundlagen klinischer Forschung erfreut. Die überaus klare und übersichtliche Zusammenstellung der diagnostischen Methoden, welche der Verfasser eingehend studiert und durch eigene Erfahrungen ergänzt hat, dürfte dem Praktiker als wertvoller Wegweiser auf dem Gebiete der Erkrankung der Harnwege dienen. Von der Verlagsbuchhandlung ist das Werk in würdiger Weise ausgestattet und mit vortrefflichen Zeichnungen und farbigen Tafeln versehen worden.

Dr. Frank (Berlin).

Neuere Arzneimittel.

Praevalidin. Fabrikant: Wollwäscherei und Kämmerei in Döhren bei Hannover, Abt. Chemische Fabrik. Praevalidin, bestehend aus Camphor. trit., Bals. peruv., Ol. Eucalypti und der Salbengrundlage Percutilan, ermöglicht die perkutane Einverleibung des Kampfers und verdient deshalb bei der Behandlung der Lungentuberkulose (E. B. Alexander, Berl. Klin. Woch. 1892, 49; 1898, 48) den Vorzug vor den subkutanen Kampferinjektionen, zumal die auf diese von Dr. Walter Koch eingeführte Behandlungsweise erzielten Resultate nach den Erfahrungen zahlreicher Aerzte zum mindesten den Erfolgen bei subkutaner Applikation gleichkommen. Praevalidin wird einfach gehörig in der Haut eingerieben und so rasch resorbiert, daß in zwei bis drei Minuten die Salbe völlig verschwunden ist. In der Literatur findet man hauptsächlich eine zweifache Wirkung des Praevalidins hervorgehoben: eine expektorierende und roborierende. Demnach ist diese Salbe indiziert bei Phthise, chronischer Pneumonie, Bronchitis, Emphysem, Pertussis als Expektorans, bei Phthise, tuberkulösen Diarrhöen, Herzschwäche, Anämie, Chlorose, Stoffwechselkrankheiten, Kachexie usw. als Roborans. Auch die Heilung schlaffer und lupöser Geschwüre soll durch lokale Applikation von Praevalidin beschleunigt werden. Praevalidin wird, um eine Verflüchtigung des Kampfers zu verhüten, in Zinntuben zu 20 g (Kindertuben zu 10 g) in den Handel gebracht; auf der Etikette ist eine Graduierung angebracht, die die Dosierung des Inhaltes sehr bequem macht. Von dem Inhalt wird an fünf aufeinanderfolgenden Tagen je $^1/_5$ in möglichst große Flächen der Haut verrieben, und zwar am ersten Tag der Rücken, dann je ein Arm und je ein Oberschenkel je sieben bis zehn Minuten lang behandelt. Je nach Erfordernis folgt nach zehn- bis zwölftägiger Pause ein neuer Turnus.

Patentnachrichten.

Gebrauchsmuster.

30a. 308535. Untersuchungsstuhl mit geradlinig in drei zu einander senkrechten Richtungen verschiebbarem Halter für die Leuchtschirm-Kassette zur Ausführung von Durchleuchtungen und Aufnahmen mittels Röntgenstrahlen. Reiniger, Gebbert & Schall, Erlangen. 30. 3. 07. R. 19087.

30d. 307833. Mund-Respirator aus Schwammgummi. P. Hampel, Berlin, Lübeckerstr. 37. 13. 3. 07. H. 32698.

30d. 307853. Eichelcondom nach Gebrauchsmuster 184727, bzw. 68447, mit verstellbarem Ruten-Gürtel. Balth. Neunzig, Cöln a. Rh., Venloerstr. 7. 11. 4. 07. N. 6800.

30d. 308096. Schutzbrille mit Glasfassungen aus Gummi und Maske aus anderem Stoff. Gebrüder Merz, Rödelheim. 24. 4. 07. M. 24079.

30d. 308185. Suspensorium mit auswechselbarem, beweglichem Schenkelriemen aus gewebtem Band. Gebrüder Bandekow, Berlin. 13. 3. 07. B. 33831.

30d. 308299. Leibbinde zur Wiederherstellung der Figur nach der Entbindung, welche mit Widerhaken zum Schnüren, mit einer in einer Tasche befindlichen, durch die Schnürung festgehaltenen Platte und außerdem mit einem zweiteiligen, abknöpfbaren Unterteil gegen das Verschieben der Binde versehen ist. Adolph Joost, Wiesbaden, Kranzpl. 5. 19. 3. 07. J. 7062.

Die Orthozentrische Kneifer-Gesellschaft ersucht unter eigner Verantwortung um Aufnahme folgender Mitteilung.

Auf die einseitigen Behauptungen des Herrn Dr. Oppenheimer in Nr. 37 der Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges betreffs der nach seiner Ansicht geringen Brauchbarkeit unseres Kneifers näher einzugehen, können wir uns ersparen, denn diese Behauptungen sind bereits von verschiedenen ärztlichen Seiten zu oft widerlegt worden, und es ist von denselben besonders hervorgehoben, daß sie unsern Klemmer gerade wegen seiner Haltbarkeit und wegen seiner den ursprünglichen korrekten Sitz dauernd gewährleistenden Konstruktion für die bis jetzt beste Kneiferkonstruktion halten.

Dagegen fühlt sich Herr Dr. Oppenheimer veranlaßt, in derselben Nummer oben zitierter Wochenschrift einen von uns eingesandten Artikel, den er in Abschrift daselbst wiedergibt, zu kommentieren.

Wir stellen demgegenüber fest, daß

1. die Ausführungen des Herrn Dr. Oppenheimer in der Deutsch. Med. Wochenschrift sowie im Gräfe-Sämisch sich garnicht auf die von uns seit nahezu zwei Jahren vertriebene und seit Juni 1905 zum Patent angemeldete Kneiferkonstruktion beziehen, sondern auf eine frühere Entwickelungsform unseres Kneifers;

2. daß mindestens seit Januar 1907 Herrn Dr. Oppenheimer dieser Umstand aus dem ausdrücklichen Hinweis unseres Geschäftsführers bekannt ist;

3. daß Herr Dr. Oppenheimer trotz der veränderten und ihm bekannten Sachlage die auf eine frühere veraltete Kneiferform — wenn auch ebenso einseitig — sich beziehenden Behauptungen auch für die neue Kneiferform beibehält, obwohl gerade der Steg, welchen Herr Dr. O. bemängelt, bei dem neuen Kneifer ein gänzlich verschiedener ist und eine derartige Neuerung und Verbesserung enthält, daß daraufhin das Patentamt unter Verwertung des von der Optiker-Konkurrenz, welcher Herr Dr. O. in Wort und Schrift dient, gegen die Patenterteilung erhobenen Einspruches unserer Kneiferkonstruktion ein Patent zuerkannt hat;

4. daß gerade die besondere Konstruktion der Feder unseres Kneifers in Amerika patentiert ist und nicht nur die Verbindung von Feder und Steg, welche ein besonderes Patent schützt; mithin kann die Feder unseres Kneifers keine „Nachahmung“ der amerikanischen sein; trotz dieses Herrn Dr. Oppenheimer ebenfalls seit Januar d. J. bekannten Sachverhaltes spricht Herr Dr. Oppenheimer nach wie vor von der Feder des von ihm beurteilten Kneifers als von einer „Nachahmung!“

5. daß Herr Dr. O. für seine teils falschen teils einseitigen ungünstigen Behauptungen über unsern Kneifer keinerlei auf wissenschaftlichen Tatsachen basierende Begründungen anführt, während Herr Dr. O. in dem von ihm redigierten Beiblatt der „Zentralzeitung für Optik und Mechanik“ ebenso einseitige und durch keine wissenschaftliche Tatsachen erhärtete günstige Behauptungen über einen Konkurrenzkneifer aufstellt;

6. daß Herr Dr. Oppenheimer seine Kollegen quasi warnt, „um jeden falschen Schein zu vermeiden“, über unsern Kneifer günstig zu referieren, während er ein Konkurrenzfabrikat unseres Kneifers speziell empfiehlt;

7. daß endlich das im „Nachtrag“ Gesagte irreführend ist. Einige Konkurrenz-Firmen sind im Wege des Zivilprozesses gegen uns vorgegangen und haben in erster Instanz ein teilweis obsiegendes Urteil erlangt. Dieses Urteil ist aber nicht rechtskräftig geworden; der Prozeß befindet sich vielmehr in der Berufungsinstanz.

Ein ehrlich ausgesprochenes Urteil, solange dasselbe objektiv begründet ist, schätzen wir wert, selbst dann, wenn es mit unserer Ueberzeugung im Widerspruch stehen sollte; eine mit derartigen Mitteln geführte Kritik wie die des Herrn Dr. Oppenheimer richtet sich selbst. Wir überlassen es den Lesern, aus diesem „rein sachlichen und objektiven Urteil“ des Herrn Dr. O. ihre Schlüsse zu ziehen, und meinen, daß es für den Wert oder Unwert eines Instrumentes lediglich auf dieses selbst sowie darauf ankommt, ob es wünschenswert ist, daß solcher Gegenstand weiten Kreisen bekannt und zugänglich wird. Die vielen speziell von ärztlichen Seiten uns zugegangenen Anerkennungen beweisen uns, daß eine Verbreitung des orthozentrischen Kneifers gerade vom ärztlichen Standpunkt für sehr im Interesse des Publikums liegend gehalten wird. Um einen neuen Artikel aber auch den weitesten Kreisen bekannt zu machen, bedarf es heutzutage einer entsprechenden Propaganda; für einen alten, bekannten Kneifer bedarf es ihrer nicht, und wir haben volles Vertrauen, daß der ärztliche Stand den neuen orthozentrischen Kneifer nicht deshalb abfällig kritisieren oder totschweigen wird, weil die Geschäftsführung sich genötigt sah, zum Zweck der Einführung der Neuheit sich der Propaganda zu bedienen.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Köln a. Rh. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von Heynemannsche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Nr. 28. 1907. 9. September.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.



Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Die wissenschaftliche Deputation für das Medicinalwesen in Berlin und die Wissenschaft.

Randglossen zu dem Thema: „Die Hetolbehandlung der Tuberkulose und ihre Gegner".

Von **Dr. Weissmann**-Lindenfels.

(Schluß.)

Auf diese meine Eingabe ist nach kürzerer oder längerer Zeit eine Antwort eingegangen von den obersten Medicinalbehörden folgender Bundesstaaten: Preußen, Mecklenburg-Strelitz, Hamburg, Braunschweig, Baden, Reuß j. L., Württemberg, Anhalt, Schwarzburg-Rudolstädt, Bayern. Die übrigen Bundesstaaten haben bisher eine Antwort auf die Eingabe nicht erteilt. Ich darf mich also der Hoffnung hingeben, daß gründliche „Erwägungen" schweben und daß ich eine, wenn auch späte, so doch günstige Antwort erhalte. Hoffentlich täusche ich mich nicht! Was nun die Antworten der oben genannten Bundesstaaten anlangt, so erklärt Bayern, daß die Abhaltung von Hetolkursen eine staatliche Unterstützung nicht finden könne. Die Antwort verweist mich an die Herren, welche in München, Erlangen und Würzburg Fortbildungskurse abhalten. Darauf habe ich natürlich verzichtet. Die Behörde in Schwarzburg-Rudolstadt bedauert, zur Abhaltung von Hetolkursen nicht behilflich sein zu können. In Anhalt wurde die Eingabe dem Dessauer Verein zur Verhütung der Tuberkulose übergeben. Ihr weiteres Schicksal ist mir unbekannt geblieben. Württemberg bestätigt den Empfang meiner Zuschrift, eine Antwort ist mir nicht geworden. Reuß j. L. brachte die Eingabe nebst Drucksachen durch Vermittlung der Bezirksärzte zur Kenntnis der Aerzte des Fürstentums. Baden teilt mit, daß die Lokalkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen zu Heidelberg und Freiburg es abgelehnt haben, die Hetolbehandlung zum Unterrichtsgegenstand bei den ärztlichen Fortbildungskursen zu machen. Die Gründe für dieses ablehnende Verhalten haben diese Stellen wohlweislich für sich behalten. Am höflichsten war man in Braunschweig. Die Eingabe hat unter den Aerzten des Landes-Medicinalkollegiums zirkuliert, hat deren Interesse „in hervorragendem Maße" erregt, aber — man will vielleicht später darauf zurückkommen. In Neustrelitz vermag man zur Zeit dem Antrage nicht zu entsprechen, und in Hamburg entsetzt man sich darüber, daß ich mich für die Einführung von Hetolkursen noch interessiere, es handele sich doch um eine allen Aerzten bekannte Heilmethode. Aus diesem Grunde vermag das wohllöbliche Medicinalamt die Abhaltung derartiger Kurse nicht zu befürworten. Diese Antwort hat mich am meisten befriedigt, muß man doch aus ihr entnehmen, daß in Hamburg jeder Arzt die ganze Geschichte der Hetolbehandlung, ihre Theorie, ihre nicht gerade leichte Technik kennt. Es ist nur zu verwundern, daß man aus Hamburg, wo die Hetolbehandlung schon Gemeingut der Aerzte sein muß, nicht mehr über die Erfolge der Herren Kollegen hört. —

Last not least die Antwort aus Berlin. Der Minister der Medicinalangelegenheiten antwortet unter dem 10. Juli 1906, daß meine Eingabe der wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen zur Prüfung und gutachtlichen Aeußerung zugefertigt sei. Auf Grund des erstatteten Gutachtens müsse der Herr Minister es sich versagen, die Anwendung des Heilverfahrens mit Hetol durch Einführung von Kursen zur Zeit zu fördern. —

Nun, ich habe von jeher mich gern belehren lassen, und wenn ich auch glaubte, auf Grund langjähriger Erfahrungen der Hetolbehandlung einen sehr hohen Wert zusprechen zu dürfen, das Gutachten der höchsten und somit auch weisesten Fachbehörde in Preußen machte mich stutzig, und ich beschloß zu meiner Belehrung, mir dieses Gutachten in Abschrift zu erbitten, um aus ihm zu ersehen, warum die Hetolbehandlung nichts tauge. Am 31. Juli 1906 bat ich das hohe Ministerium um Abschrift des Gutachtens, ich hätte sogar die Kosten hierfür aufgewandt. Am 13. August schon, also mit lobenswerter Promptheit, erhielt ich die Antwort, daß man meinem Gesuche um Ueberlassung des Gutachtens keine Folge zu geben vermöge. Ich war geknickt. Jahrelang habe ich für das Hetol eintreten zu müssen geglaubt. Jetzt soll die Methode nichts taugen, und ich darf nicht einmal erfahren, warum. Eine vernichtende Kritik der Hetolbehandlung, erstattet von den erleuchteten Größen der Wissenschaft, die in ihrer Gesamtheit die wissenschaftliche Deputation bilden, ist dazu verdammt, in den Akten eines hohen Ministeriums zu verstauben und schließlich der Vergessenheit anheimzufallen!

Was hätten die wissensdurstigen Jünger Aeskulaps nicht alles aus diesem Gutachten lernen können! Diese Gedanken gingen mir durch den Kopf. Unbegreiflich erschien es mir, daß man solche Gutachten nicht veröffentlicht, wie es doch andere Stellen, z. B. das Reichsversicherungsamt, tun.

Es blieb mir nichts weiter übrig, als meine Ansicht über das Hetol zu revidieren. Schon der nächste Tag brachte mir neue Zweifel. Mein Freund Rose in New York, der so nett über Misokainia in der Medicin geschrieben hat, teilte mir mit, daß der Kollege Tyndale in Lincoln sich eingehend mit Hetolbehandlung beschäftigt habe. Er habe ihm, Rose, geschrieben: „Die Erfolge, die ich mit Hetol erziele, grenzen an das Wunderbare". Ich setzte mich sofort hin, um den Herrn Kollegen Tyndale in Lincoln, Nebraska, um nähere Mitteilungen über seine Erfahrungen mit Hetol zu bitten. Die standen nun allerdings etwas im Gegensatz zu der Ansicht der wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen in Berlin. Ich kann es mir nicht versagen, einige Stellen hier wörtlich anzuführen „daß Mangel an Anerkennung von seiten verschiedener Fakul

täten sich auf den Bibelsatz zurückführen lassen: Philister über dir, Simson". Weiter schreibt Tyndale: „Meine Erfolge lassen sich dahin zusammenfassen: als Prozentsatz ausgedrückt, beläuft es sich auf 88 %. Doch gilt für mich der individuelle Fall. Angenommen ein Fall, bei dem die Summa der allgemeinen Faktoren und des lokalen Befundes eine Prognose ergibt, die bisher einem Todesurteil gleichkam. Die Wiederherstellung eines solchen Falles fällt mehr ins Gewicht, als ein aus allerlei Fällen sich ergebender Prozentsatz". Zum Schluß bemerkt der amerikanische Kollege und Menschenkenner: „Ablehnendes Verhalten von seiten der Kollegen muß man mit Gleichmut tragen".

Und so wappnete auch ich mich mit Gleichmut gegenüber der geheimen Wissenschaft der Geheimen Räte und ließ im Geiste noch einige Aussprüche über die Hetolbehandlung Revue passieren, die ich dem verehrten Leser doch nicht vorenthalten möchte. Schon 1902 schrieb Heusser: „daß die Hetolbehandlung imstande ist, eine unkomplizierte Tuberkulose mit größerer Sicherheit zur Vernarbung und Heilung zu bringen, als irgend ein anderes der bisher empfohlenen Mittel gegen Tuberkulose". Katzenstein schrieb im selben Jahre: „Ich möchte daher allen Aerzten es nahe legen, sich dieses ganz außerordentlich guten Mittels zu bedienen. Niemand wird dasselbe wieder unter seinen Heilmitteln vermissen wollen". Professor Krause sagt vom Hetol auch 1902, er habe mit demselben „so befriedigende Resultate erzielt, daß sie mir dasselbe immer wertvoller erscheinen ließen. . . . Solche Erfolge der Hetoltherapie in schwereren Fällen habe ich hoch einschätzen gelernt".

Im selben Jahre äußerte sich Bloch dahin, daß es befremdend erscheine, „daß ein Heilmittel, dessen . . . Wirkungsweise von Landerer beinahe zwei Jahrzehnte lang auf das genaueste studiert worden ist, und welches für die gesamte Menschheit von höchster sozialer Bedeutung sein muß, noch nicht die allgemeine Beachtung der Aerzteschaft gefunden hat". Der Autor meint weiter, „daß wir in der Zimmtsäurebehandlung der Tuberkulose ein Mittel zu sehen haben, das in den Initialstadien (Anfangsstadien) Anspruch auf allgemeine energische Verwendung erheben darf".

Im Jahre 1904 berichtete Fritsche in der Zeitschrift „Der Tag" über Hetolbehandlung folgendes: „Wie in nicht zu vorgeschrittenen Fällen die Dämpfungen allmählich sich aufhellen, die Rasselgeräusche verschwinden, während Appetit und Körpergewicht zunehmen und das Gefühl völligen Wohlbefindens wiederersteht, das grenzt mitunter an das Fabelhafte. — Bei dem hohen Werte der Methode ist es sehr bedauerlich, daß von seiten der Sanatorien und Aerzte, welche die Spezialbehandlung dieser Krankheit zu ihrer Aufgabe machen, dem Injektionsverfahren ein so negatives Entgegenkommen bewiesen wird. — Der alte Schlendrian herrscht, wie überall, so auch in der Medicin. — So wollen wir denn hoffen, daß wir . . . durch eine allgemeine Einführung der Professor Landererschen Methode den Kampf gegen die unheilvollste aller Krankheiten in siegreichster Form zu führen in den Stand gesetzt werden". —

Franck drückt sich ebenfalls 1903 in folgender Weise aus: „Nachdem . . . gerade die Veröffentlichungen der letzten Zeit besonders günstige waren, ist wohl mit Sicherheit zu hoffen, daß das Hetol mehr und mehr zu einem für den Praktiker im Kampf gegen die Tuberkulose unschätzbaren Mittel werden wird". Schrage, ein durchaus nüchterner Kritiker, sagt vom Hetol, daß es ein Mittel von hohem therapeutischen Wert sei, ein Mittel, „welches unbedingt die weiteste Würdigung verdient. Möge das Verfahren Landerers zum Gemeingut aller Aerzte werden, zum Segen zahlloser Kranker". Blum, der sehr bedauert, daß die Methode bisher sich so wenig Anhänger unter den praktischen Aerzten erworben hat, meint, daß die Methode „gerade von seiten der praktischen Aerzte eine viel regere Ausübung verdient". Hessen nennt die Landerersche Methode „ein noch wertvolleres Geschenk als das Diphtherie-Heilserum".

Endlich möge noch angeführt sein, daß von Weismayr mit Bezug auf die Hetolbehandlung den sehr beherzigenswerten Ausspruch tut: „Ignorieren kann und darf man derartige Bestrebungen nicht".

Das sollte auch die sogen. Wissenschaftliche Deputation für das Medicinalwesen in Berlin bedenken und alle diejenigen Stellen, die einen ähnlichen Standpunkt einnehmen. Und wenn zehnmal die Hetolbehandlung die Kreise der Heilstättenbewegung stört, und deshalb manche ordens- und titellüsterne Anhänger dieser Modesache gewordenen Bewegung die Landerersche Methode um jeden Preis tot zu schweigen sich bemühen, es wird ihnen nicht gelingen. So wenig es trotz allen Anfeindungen gelungen ist, die Lehren eines Semmelweis zu unterdrücken, so wenig wird es auch gelingen, der so segensreichen Methode Landerers den Garaus zu machen. Wer wie ich im Kampfe für diese Methode in den vordersten Reihen steht und fast täglich Gelegenheit hat, das Interesse der praktischen Aerzte für die Hetolbehandlung mehr und mehr kennen zu lernen, der wird sich die Ueberzeugung, daß Landerers Ideen siegreich durchdringen werden, nicht rauben lassen, auch nicht durch ein geheimes absprechendes Urteil der geheimen Räte in Berlin. Aber des Schweißes der Edelsten unseres Standes und unseres Volkes wert wäre es, der Hetolbehandlung die Bahn frei zu machen und ihre Verbreitung zu fördern. Vielleicht finden sich Menschenfreunde, die, angeregt durch vorstehende Ausführungen, ihre Hand dazu bieten, einer Methode zum Siege zu verhelfen, die einen Segen für die gesamte Menschheit bedeutet. Es wäre das schönste Denkmal, das man dem unvergeßlichen genialen Forscher Albert Landerer setzen könnte, ein Denkmal aber auch für die Förderer einer großen Sache. Quod deus bene vertat!

Zur Technik der Bronchoskopie.

Dr. Georg Gottstein, Privatdozent für Chirurgie in Breslau, beschreibt in der Berliner klinischen Wochenschrift 1907, 4. März, seine Methode der Bronchoskopie, die er mit einem verbesserten Instrumentarium (Fabr.: Georg Härtel, Instrumentenfabrik, Breslau und Berlin) ausübt. Nachdem v. Mikulicz gezeigt hatte, daß die Mundrachenhöhle ohne Schwierigkeit so weit gestreckt werden kann, daß Trachea und Oeso-

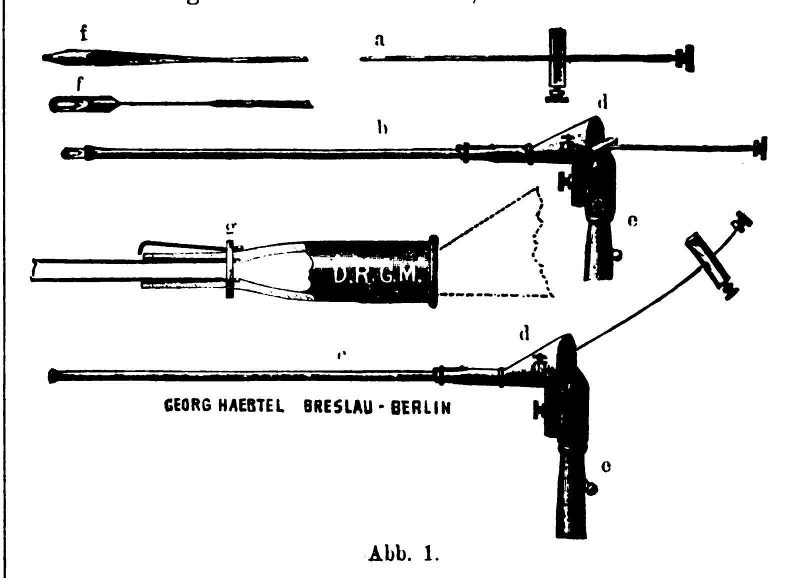


Abb. 1.

phagus in gerade Linie mit der Mundöffnung gebracht werden können, nachdem es auch — durch Benutzung des Kirsteinschen Spatels oder Killianschen Röhrenspatels mittels Mandrins oder durch gewaltsames Durchdrücken des eingeführten Tubus unter Beleuchtung (Caspers Panelektroskop) durch die Stimmritze — gelungen war, die Glottis zu überwinden, war der Weg zur Bronchoskopie gegeben. Freilich war die erstere Methode, durch die Glottis hindurchzudringen, außerordentlich schwierig, die zweite roh und nicht ungefährlich für die Stimmbänder. Erst die Gottsteinsche Methode führt schnell, sicher und elegant zum Ziele. An den einzuführenden Tubus wird



das v. Mikuliczsche Trichterstück angeschlossen (Fig. 1d), *durch* das Zangen, Tupferführer usw. bequem eingeführt werden können, und das auch dem biegsamen Mandrin (Fig. 1a, b, c) *leicht* Zutritt gewährt. Letzterer ist mit einem keilförmigen

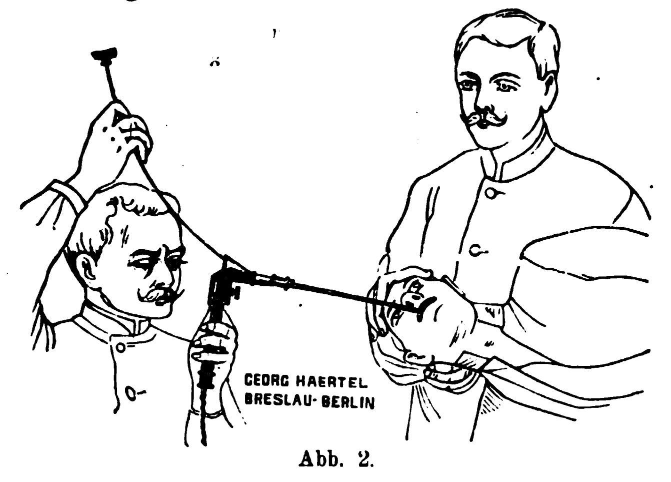


Abb. 2.

Ansatzstück armiert, das eine bequeme Passage der Stimmritze ermöglicht (Fig. 1f). Um in der Tiefe gut sehen zu können, ist ein möglichst dickes und kurzes Rohr erforderlich; stellt es sich dann heraus, daß man ein längeres und dünneres Rohr nötig hat, so ist es am bequemsten, dieses dünnere durch



Abb. 3.

das dickere Rohr einzuführen und das letztere dann zu entfernen. Die alte Konstruktion der Bronchoskopie gestattete dies wegen des zur Befestigung des v. Mikuliczschen Trichterstückes angelöteten Konusstückes nicht; Gottstein hat daher dieses Konusstück abnehmbar angeordnet und so den Nachteil beseitigt (Fig. 1g und 4).

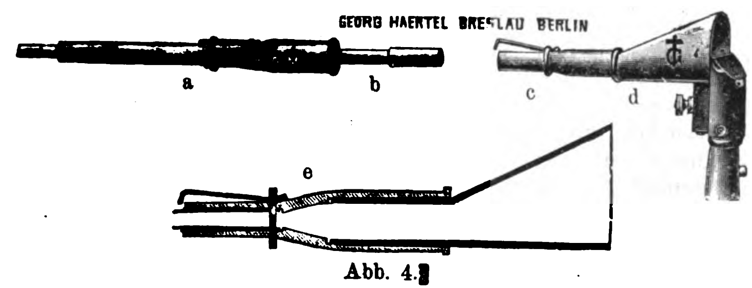


Abb. 4.

Fig. 2 und 3 veranschaulichen die Ausführung der Bronchoskopie. Patient in rechter Seitenlage. Ausgiebige Kokainisierung (10 % Lösung) der Mundgebilde des Zungengrundes, der Epiglottis, der Stimmbänder und möglichst des Anfangsteiles der Trachea. Einführung des Tubus. Ein Assistent hält den Kopf und beobachtet die Zentimeterskala des Tubus. Sobald man die hintere Rachenwand erreicht hat, wird die Epiglottis nach vorn gehebelt, die Glottis eingestellt, der Mandrin eingeführt, die Glottis passiert, der Tubus vorgeschoben und der Mandrin zurückgezogen. Jetzt wird die Trachea mittels Tupfers kokainisiert, um den Hustenreiz zu beseitigen. So kann man 9 bis 10 mm dicke Rohre bei Erwachsenen einführen. Zur Besichtigung der Stammbronchien sind Rohre von 32 cm Länge zu empfehlen. Um die tieferen Bronchien zu jär inspizieren, führt man durch das erste Rohr (Fig. 4a) sts 2 mm dünneres (Fig. 4b) ein, zieht das äußere über das innere heraus und setzt das Konusstück und mit diesem das Trichterstück mit Panelektroskop (Fig. 4c und d) wieder an.

Mittels dieses Instrumentariums gelang es Gottstein mit leichter Mühe, bei einem vier Jahre alten Knaben eine Schreibfeder, die sich schon seit sechs Wochen im rechten Stammbronchus befand, in wenig Minuten zu entfernen; da Gottstein sagt l. c., daß er die Erlernung dieser Methode der Bronchoskopie für leichter halte als die der Laryngoskopie.

Sterilisierkasten mit Trägerverschluss D. R. G. M.

Der sehr handliche Apparat besteht, wie die Abbildungen zeigen, aus einem an allen Wänden durchlöcherten Kästchen, in welchem Instrumente, die sterilisiert werden sollen, untergebracht sind. Die Instrumente können je nach Art und Beschaffenheit, entweder auf Stegen oder sonst zweckentsprechend gelagert werden. Der Deckel ist gleich dem Unterteil durchlöchert und wird mit seinem Rand über den Behälter gestülpt.

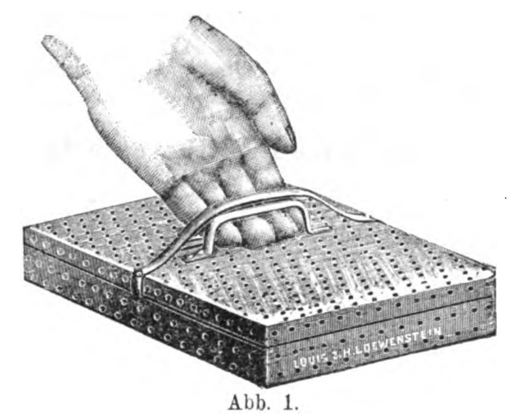


Abb. 1.

Er hat einen festen Bügelgriff und einen über diesen hinübergreifenden federnden Bügel, welcher an seinen Enden in Haken ausläuft. Die Enden sind im Winkel abgebogen, so daß die Haken bis zum Unterteil des Behälters reichen und in darin befindliche Oeffnungen einschnappen.

Fig. 1 zeigt den so zusammengefügten Apparat, wie er am Bügel gehalten, transportabel ist. Der ganze Apparat mit

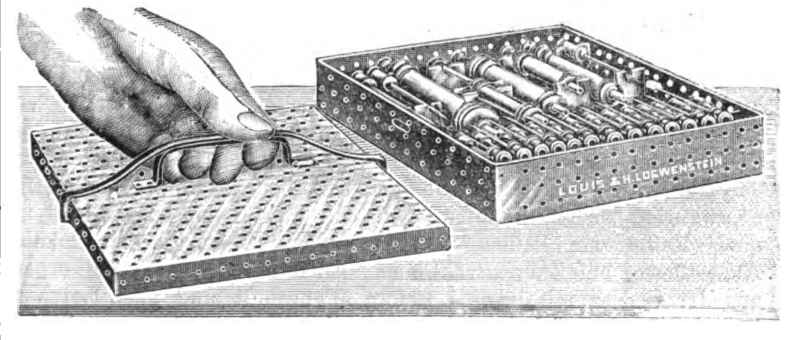


Abb. 2.

Inhalt kann sterilisiert, und am Bügel gefaßt, an seinen Bestimmungsort gebracht werden.

Das Oeffnen des Behälters ist nur möglich, wenn der ganze Apparat am Boden einen festen Stützpunkt hat. Man stellt ihn zu diesem Zweck auf einen Tisch, untergreift mit den Fingern den festen Bügel und drückt mit der Handfläche

auf den federnden Bügel, hierdurch verlängert er sich und hakt sich aus, so daß der Deckel abnehmbar wird.

Fig. 2 zeigt den geöffneten Apparat.

Der Apparat wird im großen Operationssaal des Rudolf Virchow-Krankenhauses und an vielen anderen Stellen verwendet.

Fabrikant: Louis und H. Loewenstein, Berlin, Ziegelstr. 28.

Periodische Literatur.

Intravenöse Strophantintherapie. Von Dr. Stark, Karlsruhe. (Deutsche medicin. W., Nr. 12.)

An der Hand von Krankengeschichten berichtet Verf. über sieben Fälle von chronischen und akuten Herzstörungen (akute Endokarditis und Perikarditis, chronische Myokarditis, Arteriosklerose, Uraemie, Sepsis), die er mit intravenösen Strophantininjektionen behandelt hat. Ein vollständiger Mißerfolg war bei der Sepsis zu verzeichnen, bei den anderen Fällen wurden bemerkenswerte Erfolge erzielt. Anfänglich wurden nur ½ bis ¾ mg, später aber auch 1, ja 1,25 mg injiziert. Unangenehme Nebenwirkungen, wie sie von anderen Autoren beschrieben sind (Fröste, Temperatursteigerungen), wurden nicht beobachtet. Die Wirkung der Injektionen zeigte sich am frappantesten in einer fast momentanen Aenderung des Pulses; der unregelmäßige Puls wurde regelmäßig, der frequente und kleine langsam und voll. Die gesteigerte Kraft der Ventrikelsystolen kam meist in einer Steigerung des Blutdrucks zum Ausdruck. Mit der Pulszahl ging die Atmung zurück; bei einem hochgradigsten Lungenödem bewirkte 1 mg Strophantin prompte Entlastung der Lungen und Rettung; die diuretische Wirkung war sehr erheblich, setzte rasch ein und erwies sich als nachhaltig. Hinsichtlich der Raschheit und Stärke der Wirkung stellt Verf. das Strophantin allen andern Herztonicis voran.

Ueber unmittelbare Lichttherapie durch Sonnenlicht. Von Dr. Widmer, Zofingen. (Münch. medicin. W., Nr. 13.)

Angeregt durch Mitteilungen von Bernhard über offene Wundbehandlung mit Sonnenstrahlen hat W. entsprechende Versuche angestellt und namentlich bei Pernionenulzerationen durch tägliche ein- bis mehrstündige Sonnenbestrahlung in wenigen Tagen Heilung erzielt; ferner sah er Ulcera cruris, chronische Fisteln nach Halsdrüseneiterungen, Fisteln nach Tbc. pedis und Coxitis tbc., multiplen Decubitus bei Spinalaffektion, Herpes tonsurans, Ekzeme bei dieser Behandlung in ungewohnt kurzer Zeit zur Heilung kommen. Am bemerkenswertesten war der Heileffekt bei einer wahrscheinlich karzinomatösen Ulzeration am Handrücken, die bis zu einer 6 cm langen, zentimeterhohen Masse angewachsen war, und bei möglichst täglichen Bestrahlungen innerhalb weniger Monate zum völligen Verschwinden gebracht wurde. Um die Strahlenwirkung zu verstärken, benutzt W. steile Trichter von bestimmter Oeffnung und Größe, welche das Licht einer größeren Fläche reflektieren und auf eine um ein vielfaches kleinere sammeln, hier also eine entsprechend größere Lichtmenge zur Wirkung bringen.

Konephrin. Von Dr. Weißmann, Lindenfels. (Aerztl. Rundschau, Nr. 11.)

Kornephrin (fabriziert vom chemischen Institut Dr. Thilo, Mainz) kommt in den Handel in zugeschmolzenen Glastuben von 1 cm^3 Inhalt. Jede Tube enthält in 1 cm^3 Aq. dest. 7,5 mg Cocain mur., 0,5 mg Paranephrin Merck, 9 mg Chlornatrium und Thymol in Spuren; der Inhalt der Tuben ist durch sorgfältige Sterilisation sicher keimfrei gemacht. Verf. hat das Mittel bei einer Reihe von Fällen aus der kleinen Chirurgie zur lokalen Anaesthesie, bei Zahnextraktionen, Entfernung von Fremdkörpern aus der Cornea mit bestem Erfolg angewandt und auch bei Verbrauch von 3 cm^3 keinerlei Intoxikationserscheinungen gesehen.

Bücherbesprechung.

Max Nitze: **Lehrbuch der Kystoskopie.** Ihre Technik und klinische Bedeutung. II. Auflage mit 11 Tafeln und 133 Abbildungen im Text. Wiesbaden 1907. Verlag J. F. Bergmann.

„Auf den ersten Blick mag der Umfang dieses Buches im Verhältnis zu einer so beschränkten Disziplin wie die Kystoskopie beträchtlich erscheinen; in Wirklichkeit aber stellt die vorliegende Schrift nur ein Gerüst dar, dessen vollständiger Ausbau erst im Laufe der Jahre durch die vereinte Arbeit zahlreicher Forscher ermöglicht werden wird. Es handelt sich hier um ein großes, neues Arbeitsfeld, das sicher noch reiche Schätze birgt; möchten sich recht viel berufene Mitarbeiter an deren Hebung beteiligen."

Mit diesen Worten übergab Max Nitze im Jahre 1889 sein Lehrbuch der Kystoskopie der Oeffentlichkeit. Er hat sich als weiser in die Zukunft schauender Baumeister bewiesen. Das Gerüst ist umkleidet, und stolz ragt heute als stattliches Haus auf fest gefügten Fundamenten das Gebäude der Kystoskopie.

Das vorliegende Werk ist Nitzes Lebensarbeit. Schneller als der Verfasser es wohl selbst gedacht hatte, war durch ihn selbst und seine Mitarbeiter innerhalb weniger Jahre die kystoskopische Forschung auf technischem wie auf klinischem Gebiet so bedeutend fortgeschritten, daß die erste Auflage des Nitzeschen Lehrbuches den Lernenden nicht mehr genügen konnte. Aber allen Erwartungen, allem Drängen entgegen verzögerte sich die zweite Auflage. Wohl war es den Freunden und Schülern Nitzes bekannt, daß er mit dieser zweiten Auflage beschäftigt war, aber entsprechend dem überaus strengen Maßstab, den er selbst an seine Arbeiten zu legen gewöhnt war, konnte er, stets verbessernd, stets neuen Gedanken und Ideen Raum gebend und unablässig an dem Entstandenen feilend, sich Jahre hindurch nicht entschließen, die Arbeit als abgeschlossen der Oeffentlichkeit zu übergeben, und bevor es ihm vergönnt war, sein Lebenswerk durch die Herausgabe selbst zu krönen, riß ihn der unerbittliche Tod mitten aus seiner Arbeit hinweg. Immerhin lag ein abgeschlossenes Manuskript vor, an welchem, wie aus nachgelassenen Papieren Nitzes hervorgeht, nur noch Einzelheiten überarbeitet werden sollten.

Entsprechend dem ungeahnten Aufschwung, welchen das Gebiet der Erkrankungen des Harnapparates nicht zum wenigsten der kystoskopischen Forschung verdankt, übertrifft die zweite Auflage die erste wesentlich an Umfang und Inhalt. Die Einteilung des Stoffes in drei große Abschnitte entspricht vollkommen derjenigen in der ersten Auflage. Viele Kapitel haben eine erhebliche Bereicherung erfahren, so dasjenige, welches die Technik der kystoskopischen Untersuchung behandelt, dasjenige der Blasengeschwülste; ganz neu hinzugefügt sind die Kapitel über den Harnleiter-Katheterismus, sowie die intravesikale Operationstechnik. Von jeder Polemik sich fernhaltend hat Nitze in gerechter Objektivität auch die Leistungen und Arbeiten anderer Forscher, unter ihnen besonders des ebenfalls durch einen zu frühen Tod der kystoskopischen Forschung entrissenen Viertel gewürdigt. Keine der zahlreichen neueren Forschungen auf kystoskopischem Gebiete — viele der wichtigsten stammen von Nitze selbst — sind unerwähnt geblieben. Gerade das macht den großen Wert des Nitzeschen Werkes als Lehrbuch aus, im Gegensatz zu anderen Lehrbüchern, welche durch ihre vielfach polemischen Ausführungen nicht belehrend, sondern verwirrend wirken. In meisterhafter Darstellung, gestützt auf reiche wissenschaftliche Arbeit und klinische Beobachtung hat Nitze sein Werk geschrieben. Durchsichtigste Klarheit der Darstellung, fesselnde, auf umfangreichster eigener Beobachtung beruhende Schilderung, strengste aus überaus reicher Erfahrung gewonnene Kritik zeichnen die einzelnen Kapitel aus. Ein Eingehen auf Einzelheiten würde den Rahmen einer kritischen Besprechung weit überschreiten. Nicht nur für den Spezialisten, sondern für jeden Arzt, dem klinische Forschung und wissenschaftliche Arbeit gewohnte Dinge sind, wird die zweite Auflage des Nitzeschen Lehrbuches ein unentbehrlicher Bestandteil des Armamentarium medicum sein. Nitze hat sich durch sie ein „Monumentum aere perennius" geschaffen.

Das dem Titelblatt folgende Blatt trägt die Aufschrift: Das hinterlassene Manuskript, herausgegeben von Dr. M. Weinrich, Berlin und Dr. R. Jahr, Berlin. Mit einer Einleitung von Prof. Dr. R. Kutner, Berlin. Naturgemäß hatten die Hinterbliebenen Nitzes den Wunsch, das Manuskript genau so der Oeffentlichkeit zu übergeben, wie es von dem Verstorbenen hinterlassen worden war. Gerade aus diesem Grunde konnten und können zahlreiche Freunde und Schüler Nitzes es nicht verstehen, daß nicht dem die Herausgabe des Manuskriptes anvertraut worden ist, der als langjähriger Freund und literarischer Berater Nitzes von diesem

selbst mit allen Phasen des Werdens dieser zweiten Auflage und mit jedem fertiggestellten Bogen des Manuskriptes vertraut gemacht worden war. Sicherlich wären manche in der genannten Einleitung enthaltenen historischen Unrichtigkeiten, manche Irrtümer in der Darstellung der technischen Entwicklung der Kystoskopie dadurch vermieden worden; der aufmerksame Leser wird dieselben auf Grund von Nitzes eigener Schilderung unschwer *berichtigen* können. Von dem Verleger ist das Werk in einer seiner Bedeutung würdigen Weise ausgestattet worden. Entsprechend der unermüdlichen Sorgfalt, mit welcher der verstorbene Nitze Material zu sammeln pflegte, sind zahlreiche instruktive Zeichnungen und Tafeln dem Werke beigegeben. Ganz besonders hervorzuheben ist die ausgezeichnete Wiedergabe der von dem Maler Landsberg meisterhaft nach der Natur aufgenommenen farbigen Blasenbilder. Allerdings erkennt man an einigen derselben, daß die sorgsame Auswahl des bis zum letzten Augenblick unablässig bessernden Meisters bei der Sichtung gefehlt hat. Nur so ist es zu erklären, daß beispielsweise auf Tafel VII und Tafel X eine mehr oder weniger gut gelungene Aufnahme desselben Gegenstandes (Luftblase, Fig. 4 und 5, Blasengeschwulst Fig. 1 und 2) wiedergegeben ist, daß die Balkenblase in drei Aufnahmen skizziert wird, während das wichtige in dem Lehrbuch selbst entsprechend ausführlich besprochene Bild der Prostata-Hypertrophie nur durch eine einzige Aufnahme erläutert ist. Minima non curat praetor.

Durch sein vortreffliches Lehrbuch der Kystoskopie hat Nitze ein neues Blatt in den Ruhmeskranz der Geschichte der deutschen Medicin eingeflochten. Frank.

Neuere Arzneimittel.

Jodofan. Fabrikant: Chemisches Institut Dr. A. Horowitz, Berlin N. 24. Ueber dieses neue Antiseptikum berichtet Dr. Piorkowski aus seinem bakteriologischen Institut in der Berliner klin. Wochenschrift 1907 Nr. 20 etwa folgendes: Eine große Zukunft dürfte dem Jodofan nach den bisherigen Mitteilungen über dieses neue Jodoformersatzmittel mit Sicherheit beschieden sein. Deuten schon die von Eisenberg erzielten klinischen Resultate darauf hin, daß uns in Jodofan ein Wundheilmittel ersten Ranges geboten wird, welches absolute Reizlosigkeit und Ungiftigkeit mit starker desinfizierender Wirkung vereinigt und dabei geruch- und geschmacklos ist, so lassen die vorliegenden bakteriologischen Prüfungen Piorkowskis in der Tat keinen Zweifel zu, daß wir es hier mit einer in jeder Hinsicht dem Jodoform überlegenen Errungenschaft der chemischen Industrie zu tun haben. Während Jodoform durch Jodierung des Methans entsteht, wird Jodofan durch Jodierung des analogen Benzols dargestellt. Es bildet ein rötlich-gelbes, kristallinisches, unlösliches Pulver. Seine Wirkung beruht auf der Abspaltung von Jodoformol und leichter Säuerung beim Zusammentreffen mit den alkalischen Wundsekreten. P. hat die Einwirkung des Jodofans auf Staphylokokken, Streptokokken und Colibazillen in einer größeren Reihe von sorgfältig durchgeführten Versuchen geprüft. Es ergibt sich aus diesen z. B., daß 0,3 g Jodofan auf in Bouillon aufgeschwemmte Staphylokokken so energisch einwirken, daß „während die Kontrolle 60 Keime zeigte, nach 10 Minuten langer Einwirkung nur eine Anzahl von 14 Keimen zu zählen, nach 20 Minuten nur zwei Keime, nach 40 Minuten und später Abtötung der Mikroben eingetreten“ war Besonders hervorzuheben ist der „erstaunliche Antagonismus“, der an ausgegossenen Agarkulturen, auf die Jodofan in kleinen Portionen federmesserspitzenweise verteilt war, gegenüber den Bakterien zu Tage trat. „Während die jodofanfreien Stellen über und über mit Staphylokokken- resp. Streptokokken-Kolonien besät waren, war in einer Entfernung von 5 mm und mehr, dort wo Jodofan lag, kein Wachstum aufgetreten.“ Die „respektvolle Abkehr der Bakterien“ wird durch die wiedergegebenen Photogramme klar veranschaulicht. Vergleichsversuche mit Jodoform zeigten nie diesen Antagonismus. Die starke desodorierende und antiseptische Wirkung des Jodofans geht daraus hervor, daß bei Zusatz von ca. 2% Jodofan zu fauligen, jauchigen Substanzen in wenigen Minuten der putride Geruch verschwindet und auch nach drei bis vier Wochen währender Aufbewahrung nicht wieder auftrat. Trotz Auftragen einer Suspension von Fäulnisbakterien auf Jodofan bleibt dieses doch steril, insofern als eine Uebertragung mittels desselben nicht gelingt. An Mäusen wies P. ferner nach, daß Infektionen mit vollvirulenten Staphylokokken auf aseptisch angelegten Wunden nicht mehr eintraten, wenn man zwei Stunden vor Einbringung der Staphylokokken die Wunden leicht mit Jodofan bestreut hatte, während das Kontrolltier zu Grunde ging. P. faßt sein Urteil folgendermaßen zusammen: Es geht aus den Versuchen hervor, daß das Jodofan antibakterielle Eigenschaften besitzt, daß es in kurzer Zeit desodorierend wirkt, und daß der von ihm ausgehende Antagonismus Bakterien gegenüber ein außerordentlicher genannt werden kann, was für die „Wundbehandlung von besonderer Bedeutung ist“. Man darf nach diesem summa cum laude bestandenen bakteriologischen Examen den weiteren Leistungen des Jodofan in der Praxis mit großer Erwartung entgegensehen.

Patentnachrichten.

Gebrauchsmuster.

30d. 308558. Rückenverbindung für doppelte Bruchbänder. Rudolf Thate, Chemnitz i. S., Brauhausstr. 5. 29. 4. 07. T. 8501.

30e. 308297. Zusammenlegbare, tornisterartig mitzuführende, durch unter beliebigem Winkel verstellbare Beinlage und elastische Trageholme gekennzeichnete Krankentrage. Robert Schwarz, Breslau, Neue Gasse 4. 15. 3. 07. Sch. 25270.

30f. 308561. Bidetgestell in Hockerform mit angelenktem Rücken- und Fußteil und einstellbaren Fußstützen zur Verwendung als Sitz- und Liegebidet. Jonny Winne, geb. Bartels, Erfurt, Radowitzstr. 47. 30. 4. 07. W. 22383.

30f. 308565. Massagegerät aus einer Anzahl nebeneinander gestellten Pelotten, die je in einer besonderen Polotte geführt werden. Graciano Sartori, Schöneberg b. Berlin, Colonnenstr. 56. 2. 5. 07. S. 15351.

30g. 308187. Glasflasche für Chloräthyl und dgl., mit Hebel und daran befestigter auswechselbarer Verschlußscheibe. Meyerhof & Cie., Cassel. 15. 4. 07. M. 24029.

30g. 308302. Form zur Herstellung von nahtlosen Gummisaugern mit Ventilansatz. Gummiwaren- und Bartbindenfabrik Otto Dillner, Leipzig-Neusellerhausen. 20. 3. 07. G. 17083.

30g. 308303. Gummisauger mit Ventil aus einem Stück. Gummiwaren- und Bartbindenfabrik Otto Dillner, Leipzig-Neusellerhausen. 20. 3. 07. G 17084.

30g. 308328. Vierteiliger Lutscher für Kinder. Jakob Brüggemann, Mühlhausen i. E., Altkirchervorstadtstr. 167. 20 4. 07. B. 34222.

30i. 308099. Sterilisierapparat mit in das Dampfzuleitungsrohr eingeschaltetem Dreiwegehahn. Knoke & Dreßler, Dresden. 25. 4. 07. K. 30884.

30i. 308568. Vergaser für aromatische und Desinfektionsflüssigkeiten. Wilhelm Carl König, Altona, Allee 296/271. 2. 5. 07. K. 30944.

30i. 308572. Büchse mit eingeschlossenem Instrumentenständer und Stulpverschluß. Paul Wiederhold, Berlin, Reichenbergerstr. 181. 3. 5. 07. W. 22394.

30k. 307870. Durch mit Endkopf ausgestatteten Draht versteifter hygroskopischer Docht mit übergeschobener Katheterhülse als Vorrichtung zur Behandlung der Gonorrhoe. Dr. M. von Nießen, Wiesbaden, Adolfstr. 4. 22. 4. 07. N. 6819.

30k. 307880. Tablette mit unempfindlich machender Substanz-Pastille auf der einen und Isolierschicht auf der anderen Seite. W. Bruns, Brandenburg a. H., Molkenmarkt 7. 24. 4. 07. B. 34260.

30k. 308368. Medizinischer Kompressionsschwamm, dessen Kern mit Gewebe umgeben ist. Dr. Erich Ebstein, Eisenach. 27. 4. 07. E. 10075.

30k. 308530. Chirurgische Injektionshohlnadeln (Kanülen) aus Nickellegierung. Fa. Herm. Frommholz, Berlin. 27. 3. 07. F. 15402.

30k. 308559. Auswechselbares Glasmundstück für Klystierspritzen, Brausen, chirurgische Spritzen u. dgl. A. M. Edelstein, London; Vertr.: A. Loll und A. Vogt, Pat.-Anwälte, Berlin W. 8. 29. 4. 07. E. 10083.

30k. 308564. Luftventil für Zerstäubergebläse mit federnder, konisch schließender Membran. Georg Salomonsohn, Berlin, Ritterstr. 9/10. 1. 5. 07. S. 15349.

30k. 308567. Necessaire für subkutane Injektionen zum Desinfizieren der Instrumente und Bereiten der Injektionsflüssigkeit. Dr. Acker, Fabrik zahnärztl. pharm. & chem. Spezialpräparate, Karlsruhe i. B. 2. 5. 07. A. 10189.

30k. 308569. Uterus-Dilatator, bestehend aus einem Stabe, dessen Enden von den Spitzen aus kegelförmig an Dicke zunehmen. Dr. O. Oberländer, Cöln a. Rh., Hohenzollernring 16. 2. 5. 07. O. 4221.

33a. 308043. Taschenapotheke in einem Spazierstock. August Hoereth, Bayreuth. 27. 4. 07. H. 33216.

33a. 308206. Schirmverschluß mit seitlicher Oeffnung. Max Klatte, Durlach. 23. 4. 07. K. 30853.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Köln a. Rh. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von Heynemannsche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Salzbrunner
Oberbrunnen
Seit 1601 medicinisch bekannt.
Aerztlich empfohlen bei Erkrankungen der Atmungsorgane, Magen- und Darmkatarrh, Leberkrankheiten, Nieren- und Blasenleiden, Gicht und Diabetes.
Versand der Herzoglichen Mineralwasser von Ober-Salzbrunn.
Furbach & Strieboll
Bad Salzbrunn i/Schl.



Die anerkannten und bewährten medizinischen,
überfetteten, neutralen und alkalischen
Seifen
nach Angabe von Sanitäts-Rat Dr. Eichhoff stellt allein her:
Ferd. Mülhens
— KÖLN —
Glockengasse 4711.
Litteratur: Ergänzungshefte der Monatshefte für prakt. Dermatologie, II. Reihe, I. Heft, Sammlung klinischer Vorträge, Neue Folge, IV. Heft, und Therapeut. Monatshefte 1892.



Nr. 29. 1907. 16. September.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte



Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Die Opotherapie in der Gynäkologie.

Von Dr. **Otfried O. Fellner.**

Wenn die Opotherapie in der Gynäkologie auch noch wenig festen Boden gewonnen hat, so sprechen doch alle Anzeichen dafür, daß ihr die Zukunft gehört, wenn auch nicht in den Gebieten, in welchen sie ursprünglich Anwendung fand. Die Lehre von der inneren Sekretion wird gerade auf unserem Gebiete sehr gepflegt, und so dürften bald die theoretischen Auseinandersetzungen in praktische Therapie umgesetzt werden.

Die Schilddrüsentabletten steigern den Sauerstoffverbrauch, wirken wachstumsfördernd auf das Knochengerüst und stehen in einem gewissen Gegensatze zur Tätigkeit des Ovariums. Die nicht seltene Hypertrophie der Schilddrüse bei Chlorose wird auf diese gegensätzliche Wirkung zurückgeführt. Andererseits sehen wir nach Entfernung der Ovarien eine starke Entwicklung des Knochensystems. In einem Falle von Parkon und Goldstein*) war im 21. Lebensjahr die Kastration vorgenommen worden, und nach sechs Monaten war die Schilddrüse auf das dreifache vergrößert. Daß beim Myxödem Schilddrüsentabletten gute Wirkung tun, ist sehr bekannt. Ihre Anwendung ist insbesondere notwendig, wenn eine Schwangerschaft eintritt, da in dieser die pathologischen Symptome gewöhnlich sehr zunehmen. Charrin und Christian**) entfernten in einem Falle von Basedow die Schilddrüse. Es trat Myxödem auf, und es wurden Schilddrüsentabletten verabreicht, welche die Symptome derart behoben, daß eine Schwangerschaft ungestört verlief.

Das Anwachsen der Schilddrüse in der Schwangerschaft ist so vielfach und konstant beobachtet worden, daß man dies als ein physiologisches Ereignis ansieht und demselben mit Recht die Funktion zuschreibt, der Giftproduktion in der Schwangerschaft entgegenzuwirken. Mitunter entstehen aber auf diesem Wege ausgesprochene Zeichen von Basedow***). In einem Falle von Audebert†) kam es in der Schwangerschaft zu schweren Symptomen der Intoxikation: Albuminurie, Anasarka, Dyspnoe und Urämie. Es kam im achten Monate zur vorzeitigen Entbindung. Nun traten Symptome von Basedow auf. Die Darreichung von Schilddrüsentabletten blieb ohne Erfolg.

Es lag nahe, die Eklampsie auch mit Schilddrüsentabletten zu behandeln, indem man von der Ansicht ausging, daß die Insuffizienz der Schilddrüse gegenüber der gesteigerten Toxinmenge die Schuld an der Erkrankung trägt.

Stürmer††) wies nach, daß die Mortalität vor Anwendung des Schilddrüsenextraktes 44%, nach seiner Anwendung 12% betrug. Unter der Anwendung dieses Mittels steigerte sich die Urinmenge bedeutend. (Die Mortalität von 12% muß noch immer als eine hohe bezeichnet werden.) Lobenstine*) wandte Schilddrüsenextrakt in sechs Fällen mit gutem Erfolge an. Die Pulsspannung wurde herabgesetzt, die Diurese gesteigert. Man müsse aber das Herz gut beobachten. Einen Fall von Eklampsie mit nachfolgender puerperaler Melancholie behandelte Fothergill**). Eine 44jährige Erstgebärende wurde nach einem eklamptischen Anfall mittels Zange entbunden. Im Spätwochenbett stellte sich bei eiweißfreiem Urin Melancholie ein. Nach der dritten Tablette war schon der Zustand wesentlich besser.

Es ist klar, daß gerade die oben geschilderten Einflüsse der Schilddrüsentabletten auf das Knochenwachstum den Gedanken nahelegten, Schilddrüsentabletten auch bei Osteomalazie zu versuchen. Die Erfolge waren hier keine ermunternden.

N. Stark***) operierte einen stielgedrehten Ovarialtumor. Drei Tage nach der Operation trat infolge einer bestehenden Herzerkrankung der Tod ein. G. neigt zu der Ansicht, daß eine vorausgegangene Schilddrüsenkur die Ursache der Erkrankung war. (Der Fall läßt auch eine andere Deutung zu.)

Merkwürdigerweise empfiehlt ein Autor, Beatson†), Schilddrüsenfütterung nach Kastration bei Mammakarzinom. Hermann hat diese Methode versucht. Viermal erzielte er Heilung, dreimal Rezidiv nach vorübergehender Besserung und in zwei Fällen blieb jeder Erfolg aus.

Edmunds††) hatte in einem Falle von Mammakarzinom durch Oophorektomie und Verabreichung von Thyroidextrakt einen ausgezeichneten Erfolg. Das Rezidiv des einen Mammakarzinoms ging zurück, und ein in der andern Mamma auftretender Tumor verschwand fast. Butlin†††) hingegen ging alle Fälle der Literatur durch und ist der Ansicht, daß noch kein Fall von Mammakarzinom durch Oophorektomie und Fütterung mit Schilddrüsenextrakt geheilt wurde. Die Methode gehört der Geschichte an.

Einen Fall von inoperablem Uteruskarzinom mit Inguinal- und Lebermetastasen will Beaver*†) mit 1,5 Thyreoidin täglich durch längere Zeit geheilt haben. Ferner soll nach Stinson**†) Dysmenorrhoe durch Schilddrüsenextrakt stets beseitigt werden.

Eine nicht uninteressante Theorie stellte B. Hart***†) auf.

---

*) Spitalub 22. 1906.
**) Akademie der Wissenschaften. Paris. Juni 06.
***) Siehe Fellner, O. O. Die Beziehungen innerer Krankheiten zur Schwangerschaft etc. Deutike. Wien 03.
†) Annales de Gyn. 37. Band.
††) Journal of Obstetr. of the Brit. Empire. Volum 5. 1904.

*) Bulletin of the Lying in Hosp. of the City of New-York. Dezember 05.
**) Edinburgh med. Journal. März 06.
***) Glasgow med. Journal. September 03.
†) Brit. med. Journal. Oktober 01.
††) Lancet, 4100. 02.
†††) Brit med. Journ. Jan. 02.
*†) Brit. med. Journ. Febr. 02.
**†) Amer. Journ. of Obstetr. Vol. 46. 02.
***†) Scottisch med. Journal. März 1900.

Da die kindliche Schilddrüse bereits bei einer Größe des Embryo von 5 mm vorhanden ist und sich dann rasch ausbreitet, so sucht H. den Grund dieser zeitlichen Ausbildung darin, daß der Schilddrüse die Aufgabe zufällt, das embryonale Bindegewebe zu bilden. Die Hydatidenmole hält er für ein Myxödem der Chorionzotten und empfiehlt daher nach Ausstoßung der Mole, die Darreichung von Schilddrüsentabletten, um die myxödematösen Zotten in fibröses Bindegewebe umzuwandeln.

Selbstverständlich wird auch bei Infantilismus der weiblichen Genitalien die Darreichung von Schilddrüse empfohlen, so von M. Bertrand*).

Gingen die bisherigen Autoren größtenteils von einer gegensätzlichen Wirkung zwischen Schilddrüse und Eierstock aus, so werden wir in den folgenden therapeutischen Vorschlägen den Gedanken wiederfinden, daß die Schilddrüse den Eierstock ersetzt oder sogar vertritt. So wird bei einer Insuffizienz des Ovariums, also bei Amenorrhoe, dann bei Dysmenorrhoe Schilddrüse empfohlen. Im ersteren Falle hatte Philipps**) günstigen, im letzteren Falle keinen Erfolg. Bei Ovarialinsuffizienz wandten Parkon und Goldstein***) die Schilddrüse an. Bei Blutungen infolge von Myom hatte Philipps geringen Erfolg. Perlsee†) empfiehlt die Tabletten bei abnormer menstrueller Blutung, besonders im Klimakterium. Bei einer 48jährigen Frau waren starke Blutungen infolge eines hühnereigroßen subperitonealen Myoms vorhanden. Nach Schilddrüsentabletten stellte sich die Periode in normaler Menge pünktlich ein. Er berichtet noch über weitere vier Fälle. Drei, ja selbst sechs Tabletten täglich wurden ohne wesentliche Beschwerden ertragen. Schließlich sei noch erwähnt, daß Parkon und Goldstein nach Kastration und Darreichung von Schilddrüsentabletten eine wesentliche Vermehrung der Milchsekretion beobachteten.

Die Verwendung von Eierstockspräparaten bei Ausfallserscheinungen, d. h. bei jenen nervösen Symptomen, welche nach Verlust der Eierstöcke auftreten, hat sich bereits allgemein eingebürgert, obwohl die Erfolge nicht immer die günstigsten waren. S. Neumann und B. Vars††) fanden nach Verwendung verschiedener Eierstockspräparate bei Kastrierten einen unwesentlichen Eiweißzerfall und eine geringe Erhöhung der Salzausscheidung, L. Zuntz†††) hingegen eine wesentliche Steigerung des Stoffwechsels. Gute Erfolge erzielte Jayle*†). Er gab längere Zeit 0,04 Ovarin bei vasomotorischen Störungen nach Kastration. Krusen (Bulletin of the Johns hopkins hosp., Juli 01) berichtet gutes darüber.

Bei Anämie und Chlorose wurden Ovarialtabletten gleichfalls verwendet. Jayle empfiehlt sie, ebenso Muret, Spillmann und Etienne, Jacobs. Zumeist wurde Ovarialextrakt oder Ovarin in Kapseln von je 30 cg zwei- bis viermal täglich verordnet. Bei ovarieller Insuffizienz mit Symptomen ähnlich denen des Basedow, nur mit Hervorstechen der Anämie und der Nervosität gibt Dalché**†) 0,2 g Ovarialtabletten zwei- bis dreimal täglich mit sehr gutem Erfolg. Bei natürlicher Menopause hatte Krusen kein günstiges Resultat.

Blondel und Sendral***†) beobachteten eine 34jährige Frau, welche nach Verlust ihres Mannes die Menstruation verlor. Es stellten sich Schmerzen im Auge und Abnahme der Sehschärfe ein. Da sich Erscheinungen von Glaukoma zeigten, wurde eine Resektion des Sympathikus vorgenommen. Geringe Besserung der Schmerzen, aber zunehmende Erblindung. Nun führte man die Tridektomie aus; ohne Erfolg. Da man eine senile Veränderung des gesamten Geschlechtsapparates vorfand, gaben die Autoren Ovarinkapseln, Apiol, Aloe und Eisenkalium tartar. Schon nach sieben Tagen ließen die Schmerzen nach und verschwanden schließlich vollständig. Nach einer Woche kehrte die Periode wieder. Die Autoren sind der Ansicht, daß die Erscheinungen am Auge der fehlenden inneren Sekretion des Ovariums zuzuschreiben sind, und daß die Wiederkehr der Menstruation die Heilung zuwege brachte.

*) Inaug.-Diss. Paris 02.
**) Lancet. Mai 01.
***) Romania med. 15. 04.
†) Prager med. Wochenschr. 24. 06.
††) Monatsschrift für Geburtshilfe. Band 15.
†††) Ges. f. Geburtsh. Berlin. Juli 04.
*†) Revue de Gyn. 7. 03.
**†) Gaz. des Hospit. Juli 03.
***†) La Gyn. Feber 04.

Bei natürlicher Menopause hatte Krusen keinen Erfolg. Von dem Gedanken ausgehend, daß der Morbus Basedowii auf einer Degeneration der inneren Genitalien beruhe, da sich eine solche häufig bei dieser Erkrankung vorfindet, haben einzelne Autoren Ovarialtabletten empfohlen. Jayle hatte guten Erfolg, Perrin und Blum*) wandten es bei einem Fall von Basedow nach Kastration an und erzielten Besserung.

Nach Regis soll bei wirklichen Menstruationspsychosen die ovarielle Behandlung eingeleitet werden. Alaize**) wandte die Ovarialtabletten bei Dementia praecox und bei menstruellen Psychosen an, auch bei Neurasthenie auf Grund fehlender Menstruation, ebenso bei Basedow und hatte so einige Erfolge. Bei Geisteskrankheiten versagte die Therapie.

Manche Autoren wollen aus theoretischen Gründen annehmen, daß die Tätigkeit des Ovariums die Milchsekretion befördere. Starling spritzte die Emulsion einer Ovarialsubstanz ein und erhielt keine Milchsekretion, nach Entfernung der Ovarien hingegen tritt sie sehr häufig auf.

Der vermeintliche Stillstand der Sekretion des Ovariums während der Schwangerschaft wird heute vielfach als Ursache verschiedener Schwangerschaftstoxikosen angesehen, so auch als Ursache des Schwangerschaftserbrechens. Turenne***) behandelte 23 Fälle mit Ovarin, und zwar mit 0,03 bis 0,04, durch drei Wochen und hatte ausgezeichnete Erfolge. Auch eine andere Erscheinung, welche auf Insuffizienz des Ovariums bezogen wird, nämlich Pigmentablagerungen auf der Haut, wurden von Dalché und Fouquet†) mit guten Resultaten behandelt.

Von dem Gedanken ausgehend, daß die Einverleibung von Eierstocksubstanz auf die Geschlechtsstärke des Tieres und damit auch auf die Geschlechtsbestimmung des Nachkommens Einfluß haben könnte, hat Peham††) Ovarialtabletten bei Kaninchen verfüttert, doch waren die Ergebnisse negativer Natur.

Hatten sich die bisherigen Versuche nur mit dem Eierstock im ganzen befaßt, so versuchten andere Autoren dem gelben Körper besondere therapeutische Eigenschaften zuzuschreiben. Die Versuche von M. Lampert†††) ergaben eine hohe Giftigkeit des Extraktes des gelben Körpers, eine Giftigkeit, welche die Eierstöcke ohne gelben Körper nicht besitzen. Fränkel ließ Luteintabletten herstellen und hatte sehr gute Erfolge bei Ausfallserscheinungen. Andere Autoren können diese entweder gar nicht oder nur zum Teil bestätigen. Schauta hatte teils Erfolge, teils keine. Lebreton*†) wandte Luteintabletten bei Autointoxikation von Schwangeren an und sah Schwinden der Erscheinungen in kürzester Zeit.

Den Nebennieren wird in neuerer Zeit von einzelnen Autoren die Ursache an der Eklampsie zugeschrieben. In Verfolgung dieses Gedankens versuchte man die Eklampsie mit Nebennierenextrakt zu behandeln. Vassale**†) machte diesbezügliche Versuche an Hündinnen, welche zeigten, daß nach Wegnahme der Nebenschilddrüse Anfälle auftraten, welche eklamptischen ähnelten. Nach Darreichung von großen Dosen Nebenschilddrüse schwanden die Erscheinungen. Prof. Fabbri behandelte so einen Fall; die Anfälle sistierten nach der ersten Dosis für immer, und die Patientin gebar 18 Tage später ein totes luetisches Kind. Zanfroginni***†) gab in einem Falle 30 Tropfen und sah schon nach 24 Stunden die Sehstörungen schwinden. Weiterhin wurden 80 Tropfen per Tag gegeben, und am Ende der dritten Woche gebar die Frau ein lebendes Kind. Im zweiten Falle handelte es sich um eine Eklampsie

*) Revue med. de L'Est. Januar 06.
**) Inaug.-Diss. Montpellier 1906.
***) Annales de la Gyn. November 04.
†) La Gynecologie. Feber 03.
††) Monatsschrift f. Geburtsh. April 67.
†††) Comptes rendus de la Soc. de biol. 12. Jan. 07.
*†) Societé de biol. de Paris. 1899.
**†) Med. chirurg. Ges. Modena 1905.
***†) La Clinica ostetr. 9. 05.



im Wochenbett; nach 60 Tropfen Adrenalin und 12 ccm Injektion sistierten die Anfälle völlig. Das Kind wurde ebenfalls 36 Stunden nach der Geburt von Krämpfen befallen, die nach Parathyreoidinbehandlung schwanden. Auch ein dritter Fall zeigte guten Erfolg.

Ebenso hatte Strachivai*) in vier Fällen sehr gute Erfolge. Daß Adrenalin auch als blutstillendes und blutungbeschränkendes Mittel in unserer Disziplin Verwendung findet, ist selbstverständlich. M. Neu**) empfiehlt vor der Sectio caesarea die Einspritzung minimaler Adrenalinlösungen — Verdünnungen von 1:400000 bis 1:2 Mill. —, um unter völliger Blutleere operieren zu können.

Bossi versuchte Adrenalin gegen Osteomalazie von einer nicht sicherstehenden Theorie ausgehend. Er hatte gute Erfolge. D. von Velits***) hat Adrenalin in zwei sehr schweren Fällen von Osteomalazie ohne Gravidität angewandt, hat aber gar keine Besserung wahrgenommen.

Auch Brustdrüsenextrakt wurde bereits versucht und zwar von Temesvary†) bei Dysmenorrhoe ohne Erfolg, bei uterinen Blutungen infolge von Myom mit günstigem Resultat. Philipps erwähnt, daß nach Freudenberg Drüsensubstanz der Kuh in rohem Zustand als Salat angemacht die Milchsekretion kräftig anregt.

Auch andere Drüsen und zwar die Lymphdrüsen haben wegen der angeblichen Fermentwirkung Verwendung gefunden. H. Pinkuß und S. Pinkuß††) verwandten die aus frischen Drüsen bereiteten Fairschildschen Präparate bei vier Karzinomen. Die Versuche konnten nur die Ungiftigkeit der Präparate erweisen, ohne daß man nach der Ansicht des Ref. auch nur von einer nennenswerten Besserung sprechen darf.

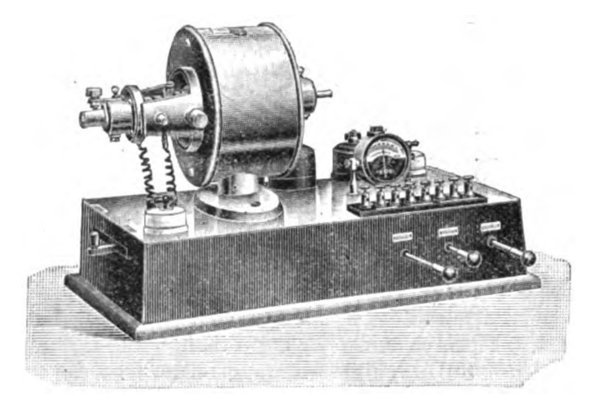
Von einigen in früher Zeit unternommenen Versuchen abgesehen wurde die Plazenta bis jetzt therapeutisch nicht verwendet. Fütterung mit Plazentarsubstanz wurde vor vielen Jahren zur Besserung der Milchsekretion versucht. Die Resultate sind einander widersprechend. In neuerer Zeit wurden Versuche mit intravenöser Injektion von Plazentarsubstanz, so von E. Martin mit diversen Seren angestellt, doch haben die Versuche noch zu keinem praktischen Ergebnis geführt.

Wurden bisher zu therapeutischen Zwecken Substanzen, welche den Drüsen mit innerer Sekretion entnommen wurden, verwendet, so macht sich allmählich eine neue Methode immer mehr Bahn, nämlich die direkte Uebertragung der lebenswarmen Drüse auf ein anderes Individuum. Die Transplantation, von Macnaughton Jones†††) und von M. R. T. Morris*†) wärmstens empfohlen, wird jetzt vielfach versucht und zwar, was die Implantation betrifft, mit recht gutem Erfolg. Jones empfiehlt in Fällen von Dysmenorrhoe und Schmerzen im Becken infolge von Sklerose der Ovarien die Entfernung dieser und die Transplantation. Morris hatte nach der Transplantation eine Schwangerschaft beobachtet. Pankow**†) führte die Reimplantation in sieben Fällen aus. Und zwar einmal bei Osteomalazie, viermal bei Blutungen, einmal bei Blutungen und Dysmenorrhoe und einmal bei Dysmenorrhoe allein. Die Implantation hatte fünfmal positiven Erfolg. Die therapeutischen Resultate sind aber negativ; denn der Fall mit Dysmenorrhoe hatte dieselben Beschwerden wie früher, ebenso der mit Blutung komplizierte, und bei der Osteomalazie trat zunächst Besserung, dann aber Verschlechterung ein. Nicht viel bessere Erfolge hatte Cramer***†). Nichtsdestoweniger glaubt der Ref., daß dieser Methode die Zukunft angehört, und daß bei zweckentsprechender Auswahl und nach weiteren vielfachen Versuchen große therapeutische Erfolge zu erzielen sein werden.

*) L'Art. ostetr. Milano 05.
**) Gyn. Rundschau. 12. 07.
***) Zentralbl. f. Gyn. 29. 07.
†) The Journal of Obstetr. Oktober 03.
††) Med. Klinik, 29, 07.
†††) Journal of Obstetr. September 04.
*†) Med. Record. Mai 06.
**†) Naturforscherversammlung Stuttgart, 06.
***†) Münchner med. Wochenschr. 39, 06.

Ein elektrischer Universal-Anschlussapparat für ärztlichen Gebrauch.

Das rasche Aufblühen der Elektrotechnik führte naturgemäß auch auf dem Gebiete der Elektromedicin zu schnellem Aufschwung. Während in der ersten Zeit beinahe ausschließlich Batteriebetrieb angewendet wurde, was häufig zu Störungen Anlaß gab, führt die Sicherheit und Gleichmäßigkeit der Apparate für Zentral-Anschluß auf das Gebiet der Starkstromtechnik. Hier stößt man zunächst wieder auf andere Schwierigkeiten: die eine Art der Apparate, wie z. B. Kauter und Heißluftbläser, verlangt einen starken Strom und wenig Spannung, für die andere Art, z. B. bei endoskopischen Untersuchungen, benötigt man weniger Strom, aber etwas höhere Spannung. Noch etwas höher als bei diesen muß die Spannung bei Galvanisation sein und dabei in den weitesten Grenzen reguliert werden können. Für Massage, Trepanation usw. ist Motorantrieb sehr bequem. Bei allen diesen Apparaten muß der Strom und die Spannung in den feinsten Abstufungen geändert werden können.



Alles, was hier verlangt wird, leistet ein äußerst handlich und kompendiös gearbeiteter Universalapparat der Firma Reiniger, Gebbert & Schall in Erlangen. Während nämlich bis vor etwa vier Jahren die Spannung durch Widerstände auf den gewünschten Wert reduziert wurde und damit bei einem Kauter von 20 Ampère Stromverbrauch und 3 Volt Spannung bei 110 Volt Netzspannung eine Energie von (110—3) 30 = 3210 Watt = ungefähr 4,4 Pferdestärken vernichtet wurde, da noch etwa 10 Ampères durch den Nebenschluß gehen zur Vermeidung der Funkenbildung, haben wir hier einen einfachen Motorumformer mit nur geringem Verluste; derselbe gebraucht nämlich nur etwa 2 Ampères. Der von demselben gelieferte Wechselstrom geht durch einen Transformator, der dafür die gewünschte Spannung unter entsprechender Vermehrung der Stromstärke hergibt. Durch dieselbe Vorrichtung erhält man den sinusoidalen Wechselstrom für Faradisation. Von einem Voltregulator feinster Abstufung kann Gleichstrom jeder gewünschten Spannung abgenommen werden, man kann den Strom ein- und ausschleichen lassen, ganz nach Belieben. Die Stromstärke wird für diesen Zweck an dem angebrachten Präzisions-Milliampèremeter abgelesen. Der Apparat kann also zunächst verwendet werden für Galvanisation, Elektrolyse, Kataphorese, Faradisation, Galvano-Faradisation, hydroelektrische Bäder, Voll- und Vierzellenbäder. Der Transformator trägt aber mehrere Wicklungen. Aus der einen kann Strom für Endoskopie, aus der anderen der für Kaustik und zwar in allen gebräuchlichen Stärken regulierbar entnommen werden. Endoskopie und Kaustik können gleichzeitig vorgenommen werden. Zu allem kommt noch die Anwendung des Umformers als Motor, da dessen Welle in einem Ansatz für Bohrschläuche endigt. Die Stärke des Motors genügt für alle Anwendungen in chirurgischen Operationen, Bohren, Sägen, Meißeln in der Nase, Skarifikation und namentlich für das ausgedehnte Gebiet der Vibrationsmassage.

Wenn man dabei noch bedenkt, daß die Kosten für Anbringung einer besonderen Leitung wegfallen, da der Motor an die dünnste für Licht zulässige Leitung angeschlossen werden kann und der Umformer deshalb in allen Zimmern, wo An-

schluß vorhanden ist, mit Hilfe eines Steckkontaktes angeschlossen werden kann, so ist der immer mehr steigende Umsatz in diesen Apparaten wohl zu verstehen. Während früher die Anwendung der Anschlußapparate wegen der hohen Kosten mehr oder weniger Domäne der Spezialisten war, kann sich heute jeder Arzt, der Zentralenstrom zur Verfügung hat, diesen Anschlußapparat leisten, da er bei der Vielseitigkeit des Instrumentariums auf tägliche Anwendung rechnen darf. Außerdem bildet der Apparat vermöge seiner vornehmen Ausstattung, namentlich bei Montierung auf vernickeltem Tischchen, wie er gewöhnlich bezogen wird, die Zierde jedes Sprechzimmers. Hervorzuheben ist ferner noch die Regulierbarkeit des Motors in Tourenzahl bei Gleichstromanschluß, sowie die bequeme Anordnung der Anschlußklemmen. Da das Ganze auf robustem, sauber lackierten Gußgestell ruht und keine der Abnützung stärker unterworfenen Teile vorhanden sind, sind Reparaturen und Nichtfunktion so gut wie ausgeschlossen. Diese Apparate sind schon seit mehreren Jahren in hunderten von Exemplaren ausgeführt worden und nicht etwa mit einer Neukonstruktion zu verwechseln, die sich erst bewähren soll.

Periodische Literatur.

Ueber Fibrolysinwirkung. Von Emmerich. (Allg. Med. Zentr.-Ztg. Nr. 6).

Ein dreißigjähriger Oberschweizer mußte sich wegen Verwachsungen zwischen Darm und Magen, die infolge eines Stoßes mit dem Horn einer Kuh in die linke obere Bauchgegend entstanden waren, operieren lassen. Es bildeten sich Operationsnarbenstränge, die einen Druck auf den Darm ausübten, Stuhlgang schmerzhaft, alle zwei bis drei Tage nur mit Hilfe von Abführmitteln. Fibrolysineinspritzung brachte die Beschwerden zum Verschwinden. 30 Ampullen waren erforderlich; die ersten beiden wurden zur Einspritzung in die Bauchgegend benutzt. Dies Verfahren war aber so schmerzhaft, daß die übrigen 28 Einspritzungen in die Glutaeen erfolgen mußten. Auch diese waren schmerzhaft, aber nicht sehr bedeutend, kleine derbe Knoten bildeten sich an den Einstichstellen, die weiter keine Beschwerden verursachten. Anfangs trat Brennen im Leibe auf, der Patient hatte den Geschmack des Fibrolysins im Munde; es waren daher im Beginn der Behandlung größere Pausen notwendig, allmählich wurden zwei bis drei Einspritzungen wöchentlich vorgenommen. Nach fünf Monaten dauerte der Erfolg noch an, so daß man wohl von einem Dauererfolg sprechen darf.

Beiträge zur Therapie der Furunkulose und ähnlichen Hautkrankheiten. Von Schweitzer, Fiume. (Allg. Med. Zentr.-Ztg. Nr. 8.)

Auf Grund seiner Erfahrungen rühmt Verf. außer den üblichen äußeren Mitteln wie Quecksilber, Karbol- und Schwefelpräparaten zur raschen Koupierung der zur Furunkelbildung führenden Impetigines und Follikulitiden die „Saccharomyzes-Therapie“. Durch Callion und Nobiwurt war gefunden, daß getrocknete Bierhefe im menschlichen Magensaft in Proberöhren und bei 37° C während mehrerer Tage gärungsfähig und somit lebend bleibt. Die so am Leben bleibende Hefe besitzt in hohem Grade die Eigenschaft, die Toxizität der verschiedenen pathogenen Bakterien zu vernichten, und zwar derart intensiv, daß nicht nur Strepto- und Staphylokokken, sondern auch bedeutend widerstandsfähigere Bakterien zu Grunde gehen. Die Firma J. Blaes & Cie. in Linden stellt ein solches Präparat unter dem Namen „Levurinose“ her; es ist ein gelblich-weißes Pulver mit charakteristischem Hefegeschmack. Die Dosis für Erwachsene beträgt drei Eßlöffel, für Kinder drei Kaffeelöffel voll täglich und ist in Wasser, Bier oder Milch vor den Mahlzeiten zu nehmen. Das Mittel wirkt großartig, Nebenerscheinungen sind bisher nicht beobachtet, es wird gern genommen. Bei Akne und Urtikaria wird es mit gleichem Erfolge angewendet; es gilt als einziges Spezifikum gegen Furunkulose und Urtikaria.

Neuere Arzneimittel.

Liebes Neutralnahrung. Fabrikant: J. P. Liebe, Fabrik med.-diätet. Präparate in Dresden. Ueber die Indikation der Liebigsuppe, insbesondere der nach Kellers Angaben verbesserten, zu deren Herstellung Liebes Neutralnahrung verwendet wird, sind die Leser unterrichtet; übrigens sei auf den Aufsatz von Dr. Prüssen, Kapitel aus der Ernährungstherapie der Säuglinge, diese Zeitschrift 1907 Nr. 20, in dem von der Liebigsuppe ausführlich die Rede ist, verwiesen. Die Herstellung der, wenn indiziert, außerordentlich segensreich wirkenden Nahrung ist ziemlich schwierig, wenn man den von der Firma Loeffland in Stuttgart nach Kellers Anweisungen hergestellten Malzextrakt benutzt, da man Weizenmehl mit Milch und Malzextrakt gesondert in den wichtigen, nur vom Arzt bestimmbaren Mengen anrühren muß; die dem Loefflandschen Präparat beigegebene ausführliche Gebrauchsanweisung erleichtert aber immerhin die Schwierigkeit der Herstellung. Ohne jede Schwierigkeit herzustellen ist aber die Liebigsuppe mit dem Liebeschen Präparat. Dieses hat ferner den Vorteil, daß es den Mehlanteil in völlig aufgeschlossenem Zustande enthält, also löslich ist. Die Herstellung erfolgt so, daß Malzextrakt und Weizenmehl mit Kal. carbonic. neutralisiert, unter Ausschluß der Milch chemisch aufgeschlossen, im Vakuum verdichtet und als Trockenextrakt dargeboten wird, dessen Lösung in Milch oder in Milchverdünnungen eine stets gleichbleibende Malzsuppe ergibt. Man bereitet sie, indem man eine gewisse Menge Neutralnahrung mit der vorgeschriebenen Milchmenge und -verdünnung einmal aufkocht, durch ein Haarsieb gießt, in saubere Saugflaschen füllt und gut verschlossen im kühlen Raume, am besten im Eisschrank aufbewahrt. Vor Gebrauch ist die Flasche umzuschütteln und anzuwärmen. Die Bequemlichkeit der Zubereitung und die Löslichkeit sichert Liebes Neutralnahrung eine weite Verbreitung zur Ernährung von gesunden und kranken Säuglingen, aber auch als stärkendes Getränk für größere Kinder und Erwachsene.

Patentnachrichten.

Patent-Erteilungen.

30f. 187875. Vorrichtung für Vibrationsmassage, bei der die Vibrationen durch die Drehbewegung zweier gegeneinander verstellbarer Gewichte erzeugt werden. Johannes Christian Johansen, Kopenhagen; Vertr.: Dr. A. Levy und Dr. F. Heinemann, Pat.-Anwälte, Berlin SW. 11. 16. 8. 06. J. 9330.

30h. 187876. Verfahren zur Herstellung phosphorhaltiger Präparate. Dr. Leo Dithmer, Burscheid, Bez. Düsseldorf. 27. 4. 05. D. 15760.

30i. 187697. Verfahren zur Herstellung von haltbaren wässrigen Quecksilbersalzlösungen. Dr. Albert Busch, Braunschweig, Blücherstr. 2. 27. 11. 06. B. 44709.

30b. 188252. Einlagen aus gelochtem Blech für Platten künstlicher Gebisse. Johann Unger, Wien; Vertr.: N. Meurer, Pat.-Anw., Cöln. 18. 4. 06. U. 2866.

Gebrauchsmuster.

30a. 308657. Kystoskop zur Behandlung der vorderen Blasenwand mittels eines in das Schaftrohr des Kystoskopes einsteckbaren Operationswerkzeuges im Gesichtsfelde einer retrograden Optik. Reiniger, Gebbert & Schall, Erlangen. 18. 4. 07. R. 18617.

30a. 308692. Trachealkanüle aus gebogenem, nahtlosem, konischem Metallrohr. Fa. H. Windler, Berlin. 22. 4. 07. W. 22321.

30a. 308920. Aus einem mit Zugorganen versehenen Pflaster bestehende Vorrichtung zur Erweiterung des Brustkorbes. Dr. Waldemar Müller, Cassel, Sternstr. 19. 4. 5. 07. M. 24170.

30a. 309203. Zange zum zirkularen Umfassen von Gefäßen oder anderen zylindrisch gestalteten Teilen des menschlichen bezw. tierischen Körpers. Georg Haertel, Breslau, Albrechtstr. 42. 2. 4. 07. H. 32956.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Köln a. Rh. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von Heynemannsche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S

Nr. 30. 1907. **23. September.**

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte



Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Ekzem und Gesamtorganismus.

Von **Dr. Esch**, Bendorf.

In Nr. 19 1907 der „Münch. med. Wochenschr." findet sich folgende Notiz:

„Intoxikationserscheinungen nach Anwendung von Schwefelzinkpaste.

Ein zwei Monate altes Kind mit Ekzem reagierte auf die Applikation von schwefelhaltigen Pasten mit Störungen des Allgemeinbefindens, Durchfall und Fieber, jedesmal nach erfolgter Schwefelapplikation wiederholte sich derselbe Komplex."

Wenn wir in dieser Mitteilung den Nachdruck nicht auf den „Schwefel", sondern auf die „Pasten" legen, so steht sie *völlig* in Uebereinstimmung mit folgenden Worten Henochs (Lehrb. S. 842): „Seitdem ich ein paar Fälle vorurteilsfrei beobachtet habe, in denen auf die künstliche Suppression eines Kopfausschlags fast unmittelbar eine Pleuritis, Bronchitis oder Diarrhoe folgte und mit dem spontanen Wiedererscheinen des Ausschlags sofort auffallende Besserung eintrat, bin ich in der Negierung der „Ekzementastasen" vorsichtiger geworden."

Zur Aufklärung solcher Erscheinungen dient ein im Korrespondenzbl. für Schweizer Aerzte 1904 veröffentlichter Aufsatz von Feer: „Ueber plötzliche Todesfälle im Kindesalter, insbesondere über den Ekzemtod". Der Verfasser führt darin aus, daß die überwiegende Mehrzahl der plötzlichen Todesfälle, die als Thymustod oder Erstickung durch hypertrophische Thymusdrüse angesehen werden, nicht klar sind und der Kritik nicht standhalten und zwar besonders deshalb, weil eine große Thymus im Kindesalter die Regel ist.

Im Gegensatz dazu faßt Feer die pathologische Thymusvergrößerung nur als ein Teilsymptom der lymphatisch-chlorotischen Konstitution, Paltaufs Status lymphaticus, auf. Die betreffenden Kinder sind gut genährt, oft geradezu fett, dabei häufig blaß und anämisch, viele von gedunsenem pastösen Habitus. Außer der großen Thymus besteht Hyperplasie des gesamten lymphatischen Apparates, Milzvergrößerung, Lymphdrüsen, Gaumen- und Rachenmandelhypertrophie. Statt dessen kommt auch oft Rhachitis vor (vgl. Esser, Aetiologie der Rhachitis, Münch. med. Wochenschr., 1907, Nr. 17). Bei solchen Kindern auftretende plötzliche Todesfälle faßt Paltauf als Herztod auf, veranlaßt durch eine noch unbekannte Störung.

Die letztere nun sieht Feer in einem Autointoxikationsvorgang. Er erläutert das an dem bei Kindern mit lymphatischer Diathese und chronischen Hautausschlägen vorkommenden „Ekzemtod", von dem er eine Anzahl eigener und fremder Fälle zusammenstellt:

Das Säuglingsekzem wird von der modernen Dermatologie im Gegensatz zu früheren Anschauungen immer noch als ein rein lokales Leiden aufgefaßt, obschon die Stimmen derer immer zahlreicher werden, die es als Folge einer Dyskrasie und zwar der lymphatischen betrachten, die ihrerseits wieder auf fehlerhafte, insbesondere zu reichliche Ernährung zurückgeführt wird. Namentlich geschieht das von seiten der Engländer und Franzosen (Barthey, Rilliet, Cayley, Comby, Gaucher), aber auch bei uns sind schon zahlreiche Autoren dafür eingetreten (Czerny, Wyß, Hagenbach, ferner auf der Versammlung der niederrheinisch-westfälischen Kinderärzte 1901 Rey, Bloch, Selter, Simon, Castenholz, Rönsberg, außerdem Ranke in Karlsbad 1902).

Von besonderem Interesse sind die Ansichten über die sogen. Metastasen des Ekzems. Feer glaubt, daß die krankhaft vermehrte Tätigkeit der lymphatischen Organe, die vorher eine Entlastung oder, wie Comby und Gaucher sich ausdrücken, einen „Abfuhrweg exkrementieller Stoffe, toxischer Materie" nach der Haut hatte, bei plötzlicher Abheilung der Hautaffektion sich nach einem inneren Organ richten und so die von Henoch erwähnten Diarrhöen, Bronchitiden etc. erzeugen könne. (Kompensatorische Hyperämie.) Er erinnert an die Vorgänge bei der Erkältung. „Könnten nicht die plötzlichen Todesfälle beim Ekzem die schlimmste Form von Metastasen vorstellen, wo der veränderte Säftestrom mit den in ihm enthaltenen toxischen Substanzen zu lebenswichtigen Organen gelangt und so z. B. das öfter beobachtete Hirnödem verursacht?"

Erscheint also die Scheu der früheren Aerzte vor zu rascher Abheilung der Kinderausschläge durchaus nicht so unberechtigt, wie die moderne „Exaktheit" glaubte, so kann man Feer nur durchaus Recht geben, wenn er sagt: Wäre es nicht richtiger, statt „naive und veraltete Anschauungen" bequem zu belächeln, genaue Beobachtungen zu sammeln und das Ergebnis der Forschung abzuwarten?

Beim weiteren Verfolgen der einschlägigen Literatur fanden wir noch ähnliche Ansichten vertreten von v. Düring (Zur Lehre vom Ekzem, Münch. med. Wochenschr., 1904, Nr. 36), Ullmann (Ueber autotoxische und alimentäre Dermatosen, Allgem. Wiener med. Zeitung, 1905, Nr. 36 bis 38). Beide Autoren betonen, ebenso wie Feer, die moderne Dermatologie werde im Gegensatz zu der Hebraschen Richtung immer mehr zu der Einsicht geführt, daß nicht alle pathologischen Erscheinungen an der Haut nur äußeren Reizen allein ihren Ursprung verdanken, sondern daß es eine große Zahl von Dermatosen gibt, die erst dann zum Ausbruch gelangen, wenn bestimmte äußere Irritationen der Haut mit inneren Ursachen kombiniert einwirken. Als solche inneren Ursachen werden u. a. gewisse, im Intestinaltrakt gebildete Autotoxine (Produkte gesteigerter Darmfäulnis und verringerter Oxydationsvorgänge im intermediären Stoffwechsel) betrachtet.

Einen Beweis für die Richtigkeit dieser Anschauung sehen beide Autoren in der alten Erfahrungstatsache, daß bei vielen Hautaffektionen die gesamte äußere Medikation völlig wirkungs-

los bleibt, während eine Aenderung der Ernährungs- und Lebensweise oft von sofortigem Erfolg gekrönt wird.

Speziell v. Düring hebt im Anschluß daran noch folgendes hervor: „Unsere Kenntnisse der physiologischen und pathologischen Biochemie sind und werden noch auf lange Zeit so mangelhaft bleiben, daß wir uns bescheiden müssen, ätiologische Beziehungen auch da gelten zu lassen, wo uns die Erklärung derselben in allen Einzelheiten unmöglich ist . . . Ich kann nicht zugeben, daß deshalb, weil wir keine exakte Erklärung haben, und weil der berechtigte Kern der besprochenen Erfahrungen und Erwägungen vielfach mißbraucht worden ist, diese von nüchtern beobachtenden Aerzten als sicher hingestellten Zusammenhänge einfach geleugnet werden."

Die Beziehungen der durch quantitativ und qualitativ fehlerhaften Ernährung und Lebensweise hervorgerufenen Autointoxikation zu Dermatosen haben neuerdings noch Hauser und Langstein (Ueberernährung im Kindesalter, Berl. med. Gesellsch., 1906), Jeanselme (Die Akne, La médic. mod., 1905, Nr. 28), Johnston (Autointox. und bullöse Hautkr., Brit. med. journ. IX., 1906), Lungwitz (Ueberfütterung, Med. Woche 1907. Nr. 33, 34), Meyer (Eine Urs. entzündl. Hautaffektionen, Wien. med. W., 1904, Nr. 28), Müller (Die phys. Ther. im Lichte der Naturwiss., Leipzig 1904), Variot (Ekzem im Säuglingsalter, Dtch. Aerzteztg., 1907, Nr. 4), Ziegelroth (Ueber die Bedeutung der Lehre v. d. Autotox., Dtsch. Med.-Ztg., 1899, Nr. 51 bis 53) besprochen.

Auch wir selbst hatten Gelegenheit, eine größere Reihe von Ekzemfällen durch Regelung der Diät und Verdauung unter besonderer Bevorzugung vegetabilischer Kost, hydrotherapeutische Maßnahmen, insbesondere ansaugende, d. h. gut ausgedrückte feuchte Verbände, Luftbäder etc. zur Heilung zu bringen.

Zum Schlusse sei noch bemerkt, daß obige Zeilen durchaus nicht den Anspruch erheben, das eminent wichtige und interessante Thema erschöpfend behandelt zu haben. Nichts wäre uns erwünschter, als aus der Feder eines objektiv denkenden Dermatologen, dem die einschlägige Literatur sowie event. Besprechung mit Fachgenossen in ausgedehntem Maße zur Verfügung steht, eine eingehende Darstellung des gegenwärtigen Standes der Frage, ähnlich wie sie vor mehreren Jahren v. Düring geliefert hat, zu erhalten.

Nachtrag bei der Korrektur. Einschlägige Mitteilungen finden sich noch in einem soeben erschienenen Aufsatz von Finkelstein „Zur diätetischen Behandlung des konstitutionellen Säuglingsekzems", Med. Klin. 1907, Nr 37.

Welche Anforderungen sind in der wissenschaftlichen Orthopädie an eine Metallplattfusseinlage zu stellen?

Von Dr. med. **Karl Lengfellner**, Chirurg und Orthopäde in Berlin, früherem Assistenten der Hoffaschen Klinik.

Da meines Erachtens die Therapie des Plattfußes ihre besten Erfolge in richtig angefertigten Einlagen aufweist, — wobei ich zugebe, daß Massage und Gymnastik nennenswerte Hilfsfaktoren bilden und daß durch eine operative Methode bisweilen Heilung oder Besserung möglich ist, so liegt es auf der Hand, daß die Versuche, die Plattfußeinlagenfrage wissenschaftlich zu lösen, stets im Bestreben der Orthopäden lag.

Seit Jahren mit dieser Frage beschäftigt, sollen die folgenden Zeilen die Anforderungen behandeln, die meines Erachtens an eine Metallplattfußeinlage zu stellen sind.

Wie Lange in München bei seinen Celluloid-Einlagen als erstes Postulat aufstellte, daß jede Einlage dem individuellen Fuß entsprechen müsse, so gilt auch für mich als erstes Postulat bei einer Metalleinlage, daß dieselbe genau dem individuellen Fuße angepaßt ist und der Wölbung entspricht, die der Patient momentan vertragen kann. Hauptsache ist also ein gutes genaues Gipsmodell. An anderer Stelle habe ich klargelegt, daß das Hoffa-Lengfellnersche Gipsbreimodell die denkbar größte Genauigkeit gibt.

Die zweite Forderung besteht darin, daß die Unmöglichkeit besteht, das Gewölbe der Einlage durchzutreten. Dies würde leicht erreicht durch starkes Material, doch stelle ich als dritte Forderung, daß die Metalleinlage leicht sei. Die Lösung dieser Fragen gibt die Beschreibung meiner Einlage, die unten erfolgen soll. Als vierte Forderung stelle ich auf, daß die Einlage im Gewölbe nicht unterstützt sein darf. Das Schuhgelenk muß stets frei bleiben.

Da in manchen Fällen eine Elastizität angenehm empfunden wird, stelle ich für eine elastische Einlage die Forderung (5), daß die Elastizität eine echte ist, das heißt, daß die Einlage stets wieder in die ursprüngliche Lage zurückkehrt und nicht nach einiger Zeit vollkommen heruntergetreten wird.

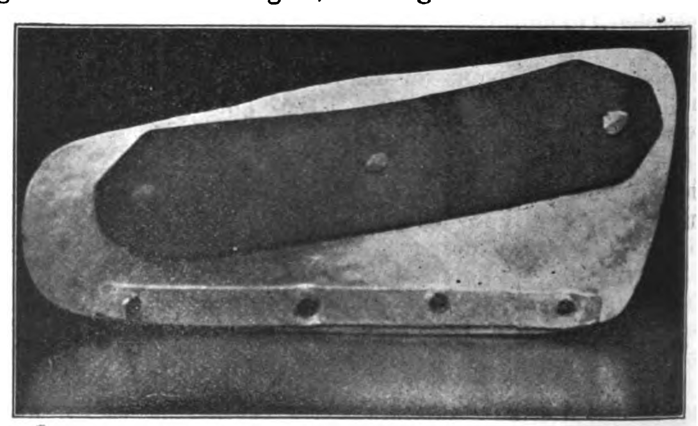
Die Forderung, die ich früher stellte, daß nämlich jede Einlage in jeden Schuh passen müsse, beschränke ich immer mehr, je öfter ich sehen muß, wie unvernünftiges Schuhwerk getragen wird. Schließlich kann man von einer noch so vernünftigen Einlage nicht verlangen, daß sie in einem ganz unvernünftigen Schuhwerk ihre volle Wirkung tut. Wenn eine Einlage ganz genau nach dem Fuße geformt ist und liegt dann in ausgetretenem Schuhwerk, so ist es schließlich kein Wunder, wenn der Patient auf den Kanten der Einlage läuft. Als weitere Forderung gilt für mich, daß die Einlage so hergestellt werden kann, daß elegantes Schuhwerk an Stelle des bisher häufig notwendigen vorsintflutlichen gesetzt werden kann.

Ein wichtiges Postulat ist ferner, daß die Einlage so angefertigt ist, daß der Fuß in einer Weise unterstützt wird, wie es einem normalen Auftreten entspricht. Das Prinzip der schiefen Ebene ist meines Erachtens ein falsches. Will man bezwecken, daß der Fuß nach außen gestellt wird, so muß das durch das Schuhwerk erreicht werden, was leicht zu ermöglichen ist.

Schließlich stelle ich noch als Forderung auf, daß die Einlage so gearbeitet werden kann, daß sie fest gestützt im Schuh aufliegt, und daß ferner die Möglichkeit gegeben ist, auch Ränder und hochgradige Empfindlichkeit zu berücksichtigen.

All diesen Anforderungen entspricht meine Aluminium-Stahlband- oder Aluminium-Stahlbandfeder-Einlage (D. R. G. M. 310515).

Der Umstand, daß das Aluminium auf dem Gipsbreimodell selbst angetrieben werden kann, bietet Garantie für die denkbar größte Genauigkeit. Zudem ist die Herstellung in ganz kurzer Zeit möglich. Da Aluminium das leichteste Metall ist, ist auch der Forderung der Leichtigkeit vollkommen Genüge getan. Die Unmöglichkeit, daß die Einlage im Gewölbe nachgibt, wird gesichert durch Annieten



Alluminium-Stahlband-Einlage.

eines breiten gehärteten Stahlbandes oder der Stahlbandfeder. Bei der Einlage bleibt das Schuhgelenk frei. Da dieselbe auch über echte Elastizität verfügt, ein elegantes Schuhwerk ermöglicht und schließlich noch die Möglichkeit gewährt, die Ränder zu berücksichtigen, indem das Aluminium auch in Celluloid gebettet werden kann (Technik der Aluminium-Celluloid-Stahlbandeinlage, s. Münch. med. Wochen-

schrift 1907, Nr. 9), so entspricht sie allen Anforderungen, die heutzutage an eine Metalleinlage gestellt werden können.

I. Technik der Aluminium-Stahlbandeinlage.

Zurechtschneiden des Aluminiums (man muß zu den Einlagen das ganz harte Aluminiumblech benutzen).

Man gibt durchsichtigem Papier die Form des erforderlichen Metallstückes, indem man die vorher auf dem Modell mit Blaustift gezogenen Grenzen durchpaust, und schneidet demgemäß mit einfacher Blechschere das Aluminium zurecht. Dieses zugeschnittene Aluminiumstück wird auf dem Modell selbst angetrieben und erhält dadurch natürlich die größte Genauigkeit. Unter diese Einlage kommt ein 3 bis $3^1/_2$ cm breites gehärtetes Stahlband, das in der Längsrichtung vom Ballen bis zur Ferse verläuft. Dieses gehärtete Stahlband, das natürlich vor dem Annieten und bereits vor dem Härten angebogen sein muß, gibt die vollkommene Sicherheit, daß die Einlage nicht heruntergetreten wird; dabei ist die Einlage sehr elastisch. Die Härtung des Stahlbandes geht so vor sich, daß dasselbe zuerst in einer Benzinstichflamme glühend gemacht wird, sodann in glühendem Zustand in Brennöl gesteckt wird. Damit an der Außenseite der Einlage mit der Zeit keine Einrisse im Metall entstehen, lasse ich ein ganz schmales Stück Aluminium oder Stahlband annieten. Die ganze Einlage wird in Leinwand gehüllt und mit Celluloid überstrichen.

II. Technik der Aluminium-Stahlbandfeder ist die gleiche, nur daß an Stelle des Stahlbandes die Stahlbandfeder angenietet wird.

Die Vorteile dieser Stahlbandfeder sind folgende.

Sie kann unter jede Einlage gesetzt werden, bietet die unbedingte Sicherheit, daß die Einlage nicht heruntergetreten werden kann; sie gestattet, die Einlage nach den modernsten wissenschaftlichen Prinzipien und möglichst leicht zu machen; sie läßt jedes Schuhgelenk vollkommen frei, macht den Gang elastisch und sichert durch die Stützpunkte die richtige Stellung des Fußes.

Schreibgeradehalter nach Abel.

Daß die Haltung, die der Schüler beim Schreiben einzunehmen gezwungen ist, eine quoad Rücksicht auf Gesundheit sehr bedenkliche ist, wird niemand leugnen, und es wäre sehr zu wünschen, daß die Schrägschrift endlich verbannt und die Steilschrift, die in Privatschulen vielfach geübt wird, allgemein auch in den staatlichen Erziehungsanstalten eingeführt würde, da diese Schreibweise eine hygienisch einwandsfreie Körperhaltung zuläßt. Dem Gesetze der Trägheit zufolge wird die Erfüllung dieses Wunsches uns Zeitgenossen wohl nicht beschieden sein, und es ist daher anzuerkennen, daß die Erfinder ihr Gehirn anstrengen, um die Schädigungen des Schülers, die die offizielle Schulschrift nach sich zieht, zu kompensieren oder noch besser zu verhüten. So entstand der Abelsche Schreibgeradehalter, der vom Rektor Weber in Hoechst a. M. geprüft und für sehr empfehlenswert befunden worden ist.



Der Apparat besteht in seinen Hauptteilen aus zwei Schenkeln a und b. Schenkel a wird an der Unterseite des Schreibpultes befestigt. An der Unterseite des Pultes wird eine beigegebene Blechhülse von 4 cm Breite und 6 cm Länge vermittelst Schräubchen angebracht. In diese Hülse wird der Schenkel a beim Gebrauche des Apparates eingeschoben; er liegt fest. Der Schenkel b kann durch die ausziehbare Leiste c beliebig, bis zur Kinnhöhe des Schülers, verlängert werden. Die ausziehbare Leiste c kann von dem Schenkel b nicht getrennt, d. h. nicht herausgezogen werden. Die Leiste c ist oben walzenförmig umgebogen. Beide Schenkel sind durch die Leiste d verbunden, wodurch die verschiedene Bewegung reguliert wird. Schenkel b ist beweglich und kann in senkrechte und in jede beliebige schräge Richtung nach dem Schreibenden hin gebracht werden. Durch die Schraube e wird der Schenkel b in jeder gewünschten Lage festgestellt. Durch die ausziehbare Leiste ist der Apparat für Kinder verschiedener Größe brauchbar, und durch den verstellbaren Schenkel sichert er den richtigen Abstand des Schreibenden vom Schreibpulte. Der Apparat ist dauerhaft gearbeitet, so daß er für die ganze Schulzeit ausreicht.

Periodische Literatur.

Zur Behandlungsmethode mittels Stauungshyperämie nach der Methode von Bier. Von Gramenitzki. (Allg. Med. Zentr.-Ztg. Nr. 8.)

G. hat diese Methode in 119 Fällen angewendet und zwar bei Phlegmonen, Abszessen, Panaritien, Tendovaginitis, Lymphadenitis, eitriger Entzündung der Schleimbeutel, gonorrhoischer Gelenkentzündung, akuter eitriger Entzündung des Knochenmarkes, Karbunkel, Eiterbeulen. Zu beachten ist dabei, daß die bandagierte Partie nicht zyanotisch werden darf; die Temperatur muß höher sein als auf der gesunden Seite. Die Binde darf weder Schmerzen, noch Unbehagen, noch Parästhesien erzeugen. Die anfangs aufgetretene Rötung wird nach zehn bis zwölf Stunden kaum bemerkbar und durch gleichmäßige ödematöse Schwellung ersetzt, die durch Suspension gehoben wird. Kranke Gelenke sind am besten zu isolieren; zu diesem Zweck wird oberhalb des Gelenkes eine Binde angelegt, während von unten von den Fingern bezw. von den Zehen die Extremität mit einer Barchentbinde umwickelt wird. — Die Ränder der Schröpfköpfe sind mit Fett zu bestreichen, damit sie besser dem Körper anliegen, sie müssen unbedingt in gesundem Gewebe liegen. In der Mehrzahl der Fälle genügen kleine Inzisionen, sogar einfache Punktionen, um eitrige Erkrankungen zur Heilung zu bringen, wenn auch breite Inzisionen bei der Bierschen Methode keineswegs kontraindiziert sind. Tamponade vermeidet man besser, Drainage ist vielfach angebracht, der Verband soll trocken, locker und aseptisch sein.

Die Resultate waren gute, wenn auch einige Mißerfolge zu verzeichnen sind. Die Dauer der Behandlung wurde verkürzt; mit dem Herabgehen der Temperatur sank die Schmerzempfindung. In drei Fällen von Phlegmone blieb die Temperatur unverändert, was durch hochgradige Lymphangitis und Lymphadenitis vielleicht zu erklären ist; in einem anderen Fall handelte es sich um einen 53jährigen Arteriosklerotiker mit einer Phlegmone der großen Zehe des rechten Fußes; im dritten Fall um eine vereiterte Phlegmone des Unterschenkels mit teigiger Konsistenz der Gewebe, bedeutendem Oedem und hoher Temperatur. Bei einem Patienten mit Panaritium des rechten Daumens brachte die Methode keinen Erfolg, ebenso verlief nur ein Fall von gonorrhoischer Arthritis bei der Behandlung günstig, während zwei weitere unbeeinflußt blieben. Von acht Patienten mit eitriger Erkrankung des Knochenmarkes ging einer in sieben Tagen an Septikämie zu Grunde.

Benzosalin. Von Dr. Freund, Danzig. (Deutsche medicin. W. Nr. 9.)

Das von der Firma Hoffmann, la Roche & Co., Basel, in den Handel gebrachte „Benzosalin“ ist der Methylester der Benzoylsalizylsäure. Die kaum schmeckenden, nadelförmigen Kristalle des Benzosalins lösen sich nicht im Magensafte, während es im Darme leicht und qualitativ in die beiden Komponenten, Salizylsäure und Benzoesäure, zerlegt wird. Dadurch wird die beiden zukommende Wirkung, eine Magenhyperämie herbeizuführen, umgangen. In der bakteriziden und antiseptischen Wirkung können sich beide Präparate unterstützen; von Wichtigkeit ist ihre verschiedene Wirkung auf das Nervensystem; bei der Salizylsäure sind die Reizsymptome sehr stark, während bei der Benzoesäure ohne Reizwirkung ein langdauerndes Lähmungsstadium eintritt; danach ist es möglich, daß die Reizwirkungen der Salizylsäure — Ohrensausen, Schwitzen, Dyspnoe — wenigstens verringert werden, wenn beide Stoffe im Körper kreisen, wie das nach Benzosalin

darreichung der Fall ist. Verf. hat das Mittel zunächst bei Herzgesunden gegeben in Fällen von Neuritis, chronischem Gelenkrheumatismus, lanzierenden Schmerzen der Tabiker, Polyneuritis; das Mittel wurde von den Kranken stets sehr gern genommen, stets machte sich die schmerzstillende narkoseartige Wirkung geltend; irgend eine unangenehme Nebenwirkung, insbesondere auf das Herz, wurde nicht beobachtet. An einzelnen Krankengeschichten wird dann gezeigt, daß das Mittel auch bei ausgesprochenen Herzstörungen gut vertragen wird; dabei wirkt wahrscheinlich die Benzoesäure als Herztonikum. Bei Patienten mit empfindlichem Magen und schwacher Herztätigkeit vornehmlich ist das Benzosalin allen andern Salizylpräparaten vorzuziehen.

Neuere Arzneimittel.

Synthetisches Suprarenin. Fabrikant: Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M. Als ein z. Z. einzig dastehender Erfolg auf dem Gebiete der synthetischen Chemie ist die künstliche Herstellung des wirksamen Bestandteiles der Nebenniere, des Adrenalins oder Suprarenins, das bekanntlich zuerst von Takamine (1901) und gleichzeitig von Alderich aus der Nebenniere isoliert worden ist. Nach einer langen Reihe wissenschaftlicher Arbeiten gelang es F. Stolz im Laboratorium der Höchster Farbwerke, durch Umsetzung von Chloracetobrenzkatechin und Methylamin und Reduktion des so entstandenen Methylaminoacetobrenzkatechins das o.-Dioxyphenylaethanolmethylamin zu gewinnen, eine Substanz, die in ihren chemischen Eigenschaften mit dem aus Nebennieren dargestellten Suprarenin übereinstimmt, an pharmakologischer Wirksamkeit, die von Privatdozent Dr. Joh. Biberfeld in Breslau studiert wurde (Med. Klin. 1906, Nr. 45), das natürliche Produkt noch zu übertreffen scheint; außerdem ist es etwa um die Hälfte billiger und auch länger haltbar als das letztere. Das synthetische Suprarenin wird als salzsaures Salz in steriler 1 ‰iger Lösung in Fläschchen zu 5 und 10 ccm in den Handel gebracht.

Vasenol. Fabrikant: Dr. Arthur Koepp, Fabrik mech. Produkte, Leipzig-Lindenau. Dr. Koepp gelang es, Vaselinen herzustellen, die frei von Fettsäuren und von Alkalien sind und durch Beigabe sogen. Fettalkohole eine Rezeptionsfähigkeit für Wasser bis zu mehreren hundert Prozent des eigenen Gewichtes aufweisen, auch leicht mit Wasser und anderen Flüssigkeiten eine Emulgierung zulassen. Diese Eigenschaften befähigen Vasenol in hervorragendem Grade zum Salbenkonstituens. „Vasenol" ist eine Vaselinemulsion mit 25% Wasser, die unbegrenzt haltbar ist, nicht ranzig wird und sich mit Wasser sowie mit sämtlichen gebräuchlichen Medikamenten (außer einem Gemenge von Resorcin und Salicylsäure und hochprozentiger Karbolsäure) leicht kombinieren läßt; für sich kann es als milder, reizloser Cream verwendet werden. „Vasenolum liquidum" ist eine neutrale Paraffinölemulsion mit 33⅓% Wasser, die sich besonders zur Applikation auf Schleimhäute, ferner als Grundlage für Injektionsflüssigkeiten (Urethritis), zum Tränken von Vaginaltampons usw. eignet. „Vasenolpulver" ist ein feines, weißes Pulver mit 10% Vasenol, das wegen seiner fetthaltigen Beschaffenheit und seiner Wasseremulgierbarkeit als schützender und trocknender Streupuder bei Wundsein der Kinder, Intertrigo, Hyperidrosis usw. anzuwenden ist. Dieser Puder kommt auch mit einem Zusatz von einer Formaldehyd-Salicylsäureverbindung in den Handel. Endlich stellt die Firma ein „Vasenolum mercuriale" mit 33⅓% Hg her, ein Präparat, von dem Dr. Thimm in seinem Artikel über Vasenol (Dermatol. Zeitschrift XI, Heft 8) folgendes schreibt: „Speziell soll das Vasenol als ebenso angenehmer wie reinlicher und wirkungsvoller Arzneimittelträger für Quecksilber empfohlen werden. Das Präparat läßt sich überaus leicht zu dünnsten Schichten verreiben, wonach die eingeriebenen Partien geradezu auffällig blaß und nur leicht hellgrau erscheinen, wie schon die Salbe selbst." In Fällen, wo die Krankheit unbekannt bleiben soll, kann man das Präparat schwach rot gefärbt anwenden; es kommt in graduierten Glastuben in den Handel. Die Anwendungsbreite und Wirksamkeit des Vasenols sind in dem gen. Aufsatz genau dargetan.

Die Arhovin-Therapie in der Urologie. Von Dr. Arthur Weiß, em. Assistent der urologischen Abteilung der allgemeinen Poliklinik in Wien. (Deutsche Medicinalzeitung, 1906, Nr. 34.)

Die Bedeutung des Arhovins für die Behandlung der Gonorrhoe der Harnwege hat von urologischer Seite schon volle Anerkennung gefunden. Den zahlreichen Arbeiten, die dem Arhovin vor allen andern internen Mitteln den Vorzug geben, reiht sich die vorstehende Arbeit rückhaltlos an. Eine Reihe ausführlich berichteter Krankengeschichten bringt die therapeutischen Eigenschaften des Arhovins in klarer Weise zum Ausdruck. Was Verf. zunächst bewog, Arhovin in Anwendung zu ziehen, war die absolute Reizlosigkeit des Mittels, das nach dem einstimmigen Urteil aller Autoren trotz mehrwöchigen Gebrauchs den Magendarmkanal nicht im geringsten ungünstig beeinflußt und keine Nierenreizung bedingt. W. schließt sich diesem vollkommen an und schätzt den Wert des Arhovins umso höher ein, als er gerade die unangenehmen Nebenwirkungen der Balsamika in einem schweren balsamischen Exanthem mit hochgradigen Magenstörungen, bei anderen Patienten als starke dyspeptische Erscheinungen zu beobachten Gelegenheit hatte. Im übrigen legen die eminent schmerzlindernde und anästhesierende Wirkung des Arhovins bei Urethritis anterior und posterior, Urethrozystitis und Zysto-Pyelitis, die rasche Sekretionsverminderung bei akuten und chronischen gonorrhoischen Prozessen, das bald zu beobachtende Fehlen der Gonokokken nach Arhovingebrauch auch im provokatorischen Sekret, wie sie aus den geschilderten Fällen deutlich hervorgehen, ein beredtes Zeugnis ab von der therapeutischen Dignität des Arhovins. Der anästhesierende Einfluß machte sich auch in einem Falle von Epididymitis in auffallender Weise auf den entzündeten Hoden geltend, auch bei Prostatahypertrophie mit — trotz fortgesetzten Gebrauchs von Hexamethylentetramin — ammoniakalischem Urin bewährte sich das Arhovin, indem es den Urin sauer machte und anästhesierend wirkte.

W. empfiehlt das Arhovin auf Grund seiner Erfahrungen angelegentlichst und erklärt, daß es „als Antigonorrhoikum den Balsamizis unbedingt vorzuziehen ist".

Die echte Baldrianwirkung im Bornyval. Von H. Engels, Berlin. (Therap. Monatshefte, 1904, Mai.)

Bornyval ist nach Verf. das erste chemische Baldrianpräparat, welches einen fortschrittlichen Ersatz für den fertig gebildeten Körper in der unsicher wirkenden Baldrianwurzel darstellt. Seine Anwendung war besonders bei traumatischen Neurosen, Hysterie und Epilepsie mit Erfolg gekrönt.

Patentnachrichten.

Patent-Erteilungen.

30d. 188335. Mit Löchern versehenes Schild für unmittelbar auf den Körper zu legende Druckbinden. Otto Rennert, Bremen, Wilhelmstr. 24. 12. 12. 05. R. 22013.

30d. 188363. Geradehalter mit die Schultern rückwärts ziehenden Schulterbändern. Charles Munter, New York; Vertr.: W. Wagner, Berlin NW. 6. 24. 12. 05. M. 28815.

30d. 188337. Aseptischer Verband; Zus. z. Pat. 128312. Utermöhlen & Co., Fabrik medicinischer Verbandstoffe G. m. b. H., Cöln. 25. 3. 06. N. 8357.

30k. 188338. Vorrichtung zur Erwärmung von zu Scheiden- u. dgl. Ausspülungen dienender Spülflüssigkeit durch Zusammenführen derselben mit chemischen Reagenzien. Johann Friedrich Marx, Cöln, Richard-Wagnerstr. 38. 14. 7. 06. M. 30170.

30k. 188449. Spritze für medicinische Zwecke. Wilhelm Lühr, Cassel, Weserstr. 6. 28. 10. 06. L. 23381.

Gebrauchsmuster.

30d. 308757. Uteruspessar mit in allen Teilen nachgebender olivenartiger Verdickung der Spitze und abgeschrägter halbkugelförmiger Weichgummi-Abschlußkappe. Richard Heise, Berlin, Dieffenbachstr. 73. 18. 4. 07. H. 33100.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Köln a. Rh. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Nr. 31. 1907. **30. September.**

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Verlag und Expedition
Carl Marhold in Halle a. S., Uhlandstrasse 6.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.



Redaktion:
Köln a. Rh., Akademie für praktische Medicin
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Die Behandlung akuter Entzündungen mit Callaquol.

Von **Dr. Müller,** Berlin.

Man hat schon seit langer Zeit den günstigen Einfluß der hydrotherapeutischen Umschläge gegen akute entzündliche Affektionen gekannt und wohl jeder Arzt verwendet heute die sogen. Prießnitzumschläge bei gewissen Fällen, wie Pneumonia etc., und ist mit den Erfolgen immer zufrieden gewesen. Wenn auch solche Umschläge nicht eine Krankheit zu heilen vermögen, so haben sie doch auf einen großen Teil der den Kranken besonders plagenden Symptome, wie Schmerzen, Beklemmungen etc. einen besonders günstigen Einfluß. Den Effekt solcher Umschläge noch bedeutend zu erhöhen, hat man in neuester Zeit ein Präparat empfohlen, welches an Stelle des reinen Wassers in wässeriger Lösung verwendet werden soll. Dieses Präparat ist unter dem Namen Callaquol in den Handel gebracht worden und wird von der chemischen Fabrik von Friedrich Braun in Nürnberg hergestellt. Dieses Callaquol ist eine weiße Flüssigkeit, welche sich beim Stehen in zwei Schichten absetzt und erst nach ausgiebigem Durchschütteln verwendet werden darf, indem sie jetzt eine Emulsion von milchweißer Farbe darstellt und einen sehr angenehmen aromatischen und erfrischenden Geruch besitzt.

Das Callaquol besteht aus Oxytricarballylsäureester, dem besonders wirksamen Bestandteil, ferner Solutio saponat. album. und Oleum Thymi. Man verwendet das Callaquol nicht so, wie man es aus der Fabrik bezieht, sondern verdünnt dasselbe mit vier Teilen Wasser. Die Verdünnung muß stets kurz vor dem Gebrauch vorgenommen werden und man darf nur kaltes Wasser dazu verwenden, denn warmes oder heißes Wasser vernichten die Wirksamkeit des Callaquol. Wenn man das Callaquol in Gestalt von Umschlägen auf die Haut bringt, so bewirkt dasselbe eine vermehrte Blutzufuhr zu der erkrankten Stelle. Das Callaquol dringt dabei in die Haut ein und wirkt daselbst in demselben Sinne. Man macht die Umschläge mit dem Callaquolwasser genau so, wie die bisher geübten Prießnitzumschläge, indem man ein Leinentuch mit der Callaquolflüssigkeit intensiv durchtränkt und nur so weit ausringt, als nicht Flüssigkeit von demselben direkt abfließt. Dann legt man das Tuch, welches in mehreren Lagen zusammengefaltet sein muß, auf oder um die erkrankte Körperstelle und über dasselbe ein Flanelltuch, welches das nasse Tuch um 5 cm an den Rändern überdeckt und so angelegt werden muß, daß die Ränder ganz dicht abschließen und nicht der Luft gestatten, in das Innere des Umschlags von außen einzudringen. Der Kranke empfindet in der nächsten Zeit bis zu einer halben Stunde Dauer ein kühlendes Gefühl unter dem Umschlag und erst nach längerer Zeit wird der Umschlag warm. Es tritt hier die Erwärmung später ein als bei dem einfachen Prießnitzumschlage, zu welchem man nur reines Wasser verwendet. Die Wirkung eines Umschlags dauert nur anderthalb bis zwei Stunden an, dann ist das Callaquol erschöpft, und man soll entweder einen neuen Umschlag anlegen oder den Kranken ohne Umschlag eine Zeit lang liegen lassen. Nie soll man das verdünnte Callaquol für einen späteren Gebrauch aufheben, denn dasselbe verliert beim Stehen infolge der Einflüsse des Wassers die Wirksamkeit. Für jeden Umschlag soll man neue Lösung herstellen. Die Umschläge sollen alle zwei Stunden erneuert oder der Umschlag soll nach zwei Stunden abgenommen werden.

Die Indikationen zur Verwendung des Callaquols sind auch weite, und man kann sagen, daß dasselbe überall da indiziert ist, wo der Prießnitzumschlag bisher angewendet wurde, und schon dies ergibt eine Menge von Indikationen. Daneben kommen aber noch eine Reihe von Fällen in Betracht, in denen Callaquol vorzüglich wirkt, und wo man die Umschläge bisher nicht anwendete.

Man kann als Regel aufstellen, daß Callaquol bei allen entzündlichen Affektionen, sei es der inneren Organe, sei es der äußeren Körperteile, vorzügliche Dienste leistet. Es kommen vor allen Dingen in Betracht erstens die Entzündungen der verschiedenen Organe im Unterleib und der inneren weiblichen Genitalien, zweitens die Entzündungen der Brustorgane, Lungen und Pleura, drittens Entzündungen der Haut und des Unterhautzellgewebes, wie Phlegmonen, Dermatitiden, Ekzeme etc.

Die therapeutische Verwendung des Callaquol bei den Unterleibsaffektionen ist zuerst bei Parametritiden, Perimetritiden, Pelveoperitonitiden etc. versucht worden und hat da hervorragende Erfolge erzielt. Bei diesen Erkrankungen der Frauen verwende ich das Callaquol auf zweierlei Arten, nämlich als Umschläge auf das Abdomen und als Tampon per vaginam. Die äußere Verwendung geschieht nach den bekannten Methoden. Die Verwendung per vaginam ist eine sehr günstige und erfolgreiche Applikation. Ich tränke einen, die Vagina, je nach ihrer Größe und Dehnbarkeit verschieden groß, ausfüllenden Tampon aus Watte und Gaze mit einer Callaquollösung von 1 : 3. Diesen Tampon versehe ich mit einem Faden, der aus dem Introitus vaginae heraushängt, und welcher dazu dient, die Entfernung des Tampons leicht zu ermöglichen. Die Patientin erhält nun die Weisung, den Tampon durch Ziehen an dem Faden nach zwei Stunden zu entfernen. Durch diese Tampons wirkt man sehr stark auf die zunächst gelegenen Gewebe, welche von der Entzündung befallen sind, ein. So kann man die Parametritiden, Pyosalpingitiden, Perimetritiden etc. sehr günstig beeinflussen. Auf diese Weise habe ich einige Patientinnen sehr rasch geheilt. Der erste Erfolg, welchen man von dem Callaquol gewahr wird, besteht in der Linderung und totalen Beseitigung der Schmerzen. Schon nach wenigen Tagen, oft schon am zweiten Tage der Callaquoltherapie, verschwindet der Schmerz und

nach ihm bildet sich die Entzündung rasch zurück. Neben den Parametritiden kommen auch die oftmals recht schmerzhaften akuten und chronischen Zystitiden für die Behandlung in Betracht. Auch hier lege ich Tampons häufig ein und lasse Umschläge machen.

Es wurden folgende Fälle mit Callaquol behandelt:

Frau St., 31 Jahre alt, leidet seit längerer Zeit an Schmerzen im Leib, im Kreuz, Drängen nach unten. Es findet sich eine Infiltration im rechten Parametrium, welche auf Betasten sehr schmerzhaft war, und den Uterus nach links verdrängte. Das Ovarium war nicht zu fühlen. Es bestand abends 38,5 ° Fieber. Daneben bestand Endometritis, es fanden sich an der Portio uteri ausgedehnte Erosionen. Es wurden Umschläge mit Callaquol verordnet, welche tagsüber gemacht wurden, und täglich ein Tampon mit Callaquollösung getränkt in die Scheide gelegt. Die starken Schmerzen, über welche Patientin bei Beginn der Behandlung geklagt hatte, verschwanden sehr rasch, schon am zweiten Tage der Callaquolbehandlung waren dieselben spontan nicht mehr aufgetreten. Auf Druck bestand noch Schmerzempfindlichkeit in der rechten Seite. Die Geschwulst wurde sehr rasch kleiner und weicher, schon nach acht Tagen war dieselbe fast vollkommen geschwunden. Der Uterus war wieder normal beweglich. Nach vierzehn Tagen der Behandlung war die Patientin geheilt.

Frl. S., 26 Jahre alt, kam in Behandlung wegen dysmenorrhoischen Beschwerden und Schmerzen im Leib. Bei der Untersuchung fand ich eine Infiltration des linken Parametriums, der Uterus lag nach rechts verlagert, retroflectiert. Sonst fanden sich keine pathologischen Veränderungen. Es wurden hier ebenfalls Umschläge und Tampons mit Callaquollösung angewendet. Es zeigte sich schon nach drei Tagen eine bedeutende Besserung, die Schmerzen waren vollkommen verschwunden und die Geschwulst war kleiner und weicher. Nach zwölftägiger Behandlung konnte die Patientin geheilt entlassen werden.

Frau E. erkrankte ganz plötzlich an starken Schmerzen in der Unterbauchgegend, Fieber, Pruritus und Brennen beim Wasserlassen. Der Harn war trübe, enthielt sehr viel Eiterkörperchen, etwas Blut und Albumen. Die objektive Untersuchung ergab die inneren Genitalien gesund, nur das Betasten der Blase von innen und außen von den Bauchdecken aus war ziemlich schmerzhaft. Die Zystoskopie ergab starke Entzündung der ganzen Schleimhaut der Blase, namentlich in der Gegend der Ureterenmündungen. Die Nieren waren gesund, der Harn aus beiden Ureteren entnommen, erwies sich als vollkommen normal. Es bestand also eine akute Zystitis. Es wurden Umschläge mit Callaquol verwendet und daneben täglich ein Tampon in die Vagina gelegt. Die Schmerzen besserten sich schon nach zwei Tagen, doch war der Pruritus und das Brennen beim Harnlassen noch heftig. Nach acht Tagen war dies schon bedeutend besser. Das Fieber war schon nach vier Tagen nach Beginn der Behandlung vollkommen geschwunden. Nach vierzehn Tagen war bedeutende Besserung eingetreten, der Pruritus war verschwunden, das Brennen in der Harnröhre noch gering. Der Harn enthielt kein Eiweiß oder Zucker, kein Blut, reagiert sauer. Er enthält noch eine mäßige Menge Leukocyten. Nach drei Wochen waren alle Beschwerden gehoben. Die Zystoskopie ergab nur noch ganz geringe Rötung um die Ureterenmündungen, sonst normale Mukosa. Der Harn enthielt nur ganz wenig Eiterkörperchen, reagiert noch sauer, sonst normal. Die Besserung war hier sehr rasch erfolgt.

Ein anderer leichterer Fall von Zystitis betraf eine ca. 30 Jahre alte Dame D. R., die neben der Zystitis noch an einer Endometritis litt. Auch hier wurden die Umschläge mit Callaquol verwendet und nach wenigen Tagen waren die heftigen Schmerzen in der Blasengegend, die auf einer peritonitischen Reizung beruhten, beseitigt. Die lokale Behandlung der Endometritis wurde natürlich fortgesetzt.

Neben diesen Erkrankungen habe ich das Callaquol in einer Reihe von anderen Fällen mit gutem Erfolg verwendet. Vor allen Dingen waren recht gute Erfolge auch bei Perityphlitis zu konstatieren.

Ein Knabe, R. D., erkrankte am 17. April unter Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend. Dabei klagte er über Kopfschmerzen, Uebelsein und Mattigkeit. Es bestand 38,8 ° C Fieber, in der rechten Unterbauchgegend konnte man starke Schmerzhaftigkeit nachweisen, die Bauchmuskeln waren gespannt und selbst die leise Perkussion war stark schmerzhaft. Eine deutliche Dämpfung ließ sich nicht feststellen. Es handelte sich zweifellos um eine Perityphlitis. Neben Bettruhe wurden Umschläge um den Leib mit Callaquol verordnet, daneben entsprechende Diät. Die Temperatur war am nächsten Tage abends 38,5. Die spontanen Schmerzen waren nicht mehr, doch bei Bewegungen und Betasten waren noch Schmerzen vorhanden. Nachdem drei Tage lang Umschläge mit Callaquol gemacht worden waren, war das Fieber auf 37,6 zurückgegangen, die Schmerzen waren bedeutend gebessert, nur noch beim starken Drücken auf die Stelle des Zoekum waren Schmerzen vorhanden, während bei Bewegungen des Patienten gar keine Schmerzen vorhanden waren. Nach acht Tagen war der Patient vollkommen gesund, die Schmerzen waren vollkommen verschwunden. Es war in diesem Falle jedenfalls eine rasche Besserung eingetreten. Ob man dieselbe nun auf das Callaquol beziehen muß, ist nicht zu entscheiden, jedenfalls haben die Umschläge zweifellos sehr gute Dienste getan.

In einem Falle von Pleuritis exsudativa waren die Callaquolumschläge zweifellos von sehr guter Wirkung. Es handelte sich um ein Mädchen von 19 Jahren, welches an einer Pneumonie erkrankt war. Im Anschluß an die pneumonische Infiltration entwickelte sich eine Pleuritis exsudativa der rechten Pleura. Es fand sich neben Schmerzen in der rechten Seite ein Exsudat, welches hinten bis zum fünften Processus spinosus reichte. Die Pneumonie war bereits abgeheilt, und es entwickelte sich von neuem Fieber von 38,6 abends. Es wurden Callaquolumschläge angewendet. Die Temperatur blieb während der ersten Tage dieser Therapie über 38° abends, doch nahm das Exsudat nicht weiter zu. Nachdem vier Tage die Umschläge gemacht worden waren, fing das Exsudat an kleiner zu werden, die Schmerzen waren fast ganz verschwunden. Nach acht Tagen der Behandlung war das Exsudat vollkommen verschwunden, und die untere Lungengrenze war sehr gut verschieblich. Die Lunge dehnte sich in ganz normaler Weise aus, ein Zeichen, daß Verwachsungen nicht eingetreten waren. Hierbei hat zweifellos die Callaquoltherapie sehr gute Dienste getan.

Man muß aus diesen Beobachtungen den Eindruck gewinnen, als habe das Callaquol einen besonders günstigen Einfluß auf den Heilungsprozeß der entzündlichen Erkrankungen. Ich habe Callaquol noch in einer Anzahl leichterer Fälle von akuten Entzündungen, namentlich denen im Unterleib verwendet und habe da ganz hervorragende Erfolge erzielt, indem die Entzündung unter dieser Behandlung rascher abheilte als unter der bisher üblichen Behandlung. Wenn auch diese Fälle nicht zahlreich genug sind, um ein endgültiges Urteil zu ermöglichen, so kann man doch aus denselben entnehmen, daß es sich lohnen wird, daß das Callaquol auch von anderen in der Praxis verwendet wird. Natürlich kann nur eine große Anzahl von günstigen Beobachtungen ein endgültiges Urteil ermöglichen, aber diese größeren Zahlen können nur gewonnen werden, wenn auch von anderen Seiten Versuche mit dem Präparat angestellt werden. Es ist auch schon von anderen Autoren über eben solche günstige Erfolge der Callaquolbehandlung bei Entzündungen im Abdomen, namentlich bei Parametritis etc. berichtet worden. Es muß aber hervorgehoben werden, daß das Callaquol nicht allein bei Entzündungen der weiblichen Genitalien günstig wirkt, sondern daß für die Callaquolbehandlung vor allen Dingen auch die Pleuritiden, Pneumonien etc. in Betracht kommen. Gerade diese Krankheiten bilden ein Hauptkontingent der Krankheiten, welche der praktische Arzt zu behandeln hat, und in denselben ist ihm ein Feld segensreichster Tätigkeit gegeben. Durch eine sorgfältige und den obwaltenden Verhältnissen angepaßte Therapie wird es in den meisten Fällen dieser Erkrankungen gelingen, den Prozeß zum Stillstand zu bringen. Gerade bei Pneumonien und Pleuritiden ist der Behandlung mit Callaquol



ein neues Feld eröffnet, denn hier ist dem Praktiker oftmals nur ein sehr geringer Schatz von Heilmitteln zur Hand. Die *einfache* Anwendungsweise des Callaquols ermöglicht es auch dem Arzte auf dem einsamsten Dorfe seinen Kranken die *Vorzüge* dieser Therapie zu teil werden zu lassen. Es ist ja ebenso leicht, einen Prießnitzumschlag anzulegen, als einen Callaquolumschlag zu verwenden. So kann man auch in den entlegensten Krankenzimmern auf dem Lande leicht diese Therapie verwenden.

Die Wirkung des Callaquolumschlags muß so gedacht werden, daß durch die Reize des Callaquols auf die Haut und die Nerven der Hautgefäße eine vermehrte Blutzufuhr in dieselbe hervorgerufen wird. Man sieht auch bei der Abnahme des Callaquolumschlags, wenn man ihn zwei Stunden spätestens nach dem Anlegen, also innerhalb der Zeit der größten Wirksamkeit von der Haut entfernt, die betreffende Körperregion gerötet. Diese Rötung der Haut ist ein Zeichen des vermehrten Blutgehaltes derselben. So wirkt der Umschlag ähnlich einem Senfumschlag oder einem Senfpflaster. Man hat nur in den Callaquolumschlägen den Vorteil, daß man denselben viel länger anwenden kann wie den Senfumschlag, weil durch das Callaquol die Haut nicht geschädigt wird. So kann man durch häufiges Erneuern des Callaquolumschlages eine über Stunden anhaltende Hyperämie in den erkrankten Teilen erzeugen. Dieselbe wirkt auf den Entzündungsprozeß günstig ein.

Bei schweren Lungenentzündungen, Pleuritiden, Peritonitiden etc. habe ich denn auch permanente Callaquolumschläge angewendet, indem ich die Patienten 10 bis 18 Stunden am Tage im Callaquolumschlag liegen ließ. Die Erfolge waren sehr zufriedenstellende und ermuntern entschieden zur weiteren Verwendung der Methode. Natürlich darf man auch nicht zu viel von dieser Therapie verlangen, denn man wird nicht jede Pneumonie und jede akute Entzündung mit derselben heilen können, sondern es wird immer noch schwere Fälle geben, welche trotz der Callaquoltherapie rasch ad exitum kommen. In solchen Fällen ist eben keine Hilfe mehr vorhanden, der Arzt steht der Krankheit machtlos gegenüber. In einer großen Anzahl der genannten Krankheiten ist Callaquol aber ein hervorragendes therapeutisches Hilfsmittel und eignet sich vor allen Dingen für die allgemeine Praxis. Die besten Chancen bietet diese Therapie bei allen Entzündungen, die noch im Entstehen begriffen sind und noch nicht lange bestanden haben. Deshalb soll man möglichst frühzeitig mit den Umschlägen beginnen. Sind in den Pleuren und der Peritonealhöhle schon Exsudate vorhanden, so ist das Callaquol immer noch ein hervorragendes Mittel für Beförderung der Resorption der serösen Exsudate. Nur da, wo Eiterung eingetreten ist, kann man vom Callaquol keine Besserung mehr verlangen, dann muß man nach wie vor zu der operativen Therapie schreiten.

Ueber Voigtländersche Mikroskope.

Nachdem sich das Mikroskop auf allen Gebieten der Medicin als ein unentbehrliches Hilfsmittel erwiesen hat, nimmt es nicht Wunder, daß jeder Arzt, ja beinahe schon der Student der Medicin das Bedürfnis hat, seinem Armamentarium ein Instrument einzuverleiben, das ihm nicht nur die Wunder einer dem unbewaffneten Auge ewig verborgenen Welt enthüllt, also das wissenschaftliche Interesse immer von neuem entfacht, sondern auch Ergebnisse von höchster praktischer Bedeutung gewinnen läßt. Je mehr die Wissenschaft einsah, daß ihr ohne gute Freundschaft mit der Mikroskopie unendliche Gebiete verschlossen bleiben würden, desto mehr bemühte sich die Technik, den Ansprüchen der Wissenschaft gerecht zu werden und Mikroskope zu bauen, die an Raffiniertheit der Einrichtung, an Bequemlichkeit und Vielseitigkeit der Benutzung, an Genauigkeit der Beobachtungen schier unglaublich kleiner Objekte nichts zu wünschen übrig lassen. So entstanden neben den geringen Ansprüchen genügenden, z. B. zur Fleischbeschau, für chemische Laboratorien ausreichenden einfachen Instrumenten die komplizierteren, deren die Medicin, Naturforschung und Technik bedarf, und die kompliziertesten, deren Verwendung auf dem Gebiete der feinsten mikroskopischen Forschung sowie der Mikrophotographie liegt.

Ein wundervolles Instrument der letzten Art hat mir die Firma Voigtländer & Sohn in Braunschweig leihweise zur Verfügung gestellt; es entspricht der Abbildung 1. Ich habe

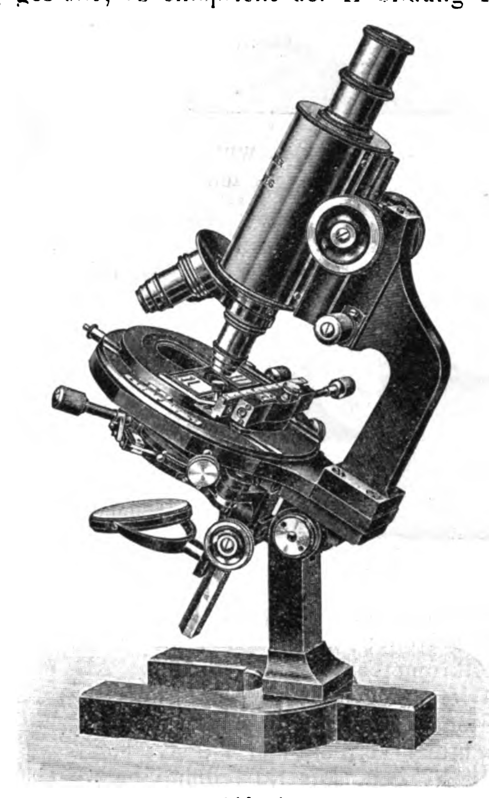


Abb. 1.

einige Zeit auf bakteriologischem und pathologisch-anatomischem Gebiete damit gearbeitet und bedaure nur, daß ich es aus äußeren Gründen zurückgeben muß: der Preis beträgt mehr als 1000 M., und wenn ich ihn für ein Instrument, mit dem man eine Vergrößerung bis zu 2890 erreichen kann, auch nicht

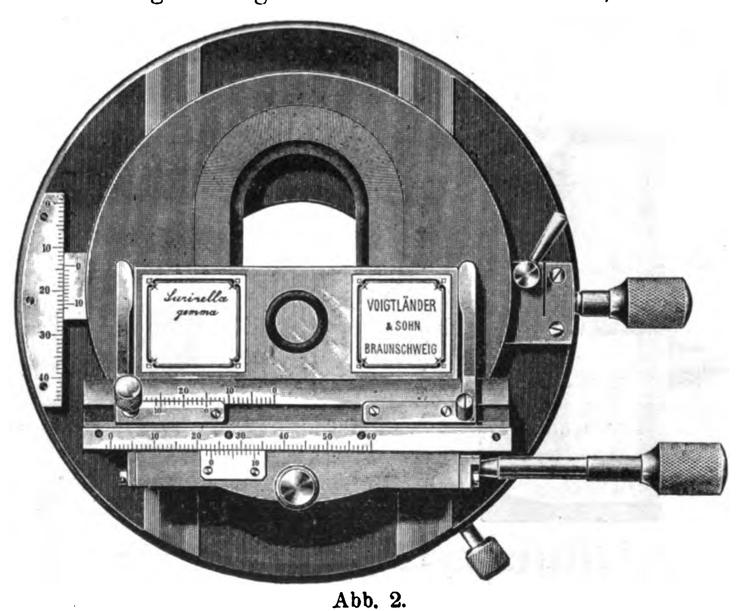


Abb. 2.

zu hoch finde, würde ich doch vielleicht durch eine solche „mikroskopische“ Kapitalanlage den Neid der Götter erwecken.

An Objektiven erhält man Achromate und Apochromate; die letzteren sind wegen ihrer wesentlich größeren Leistungsfähigkeit für mikrophotographische Aufnahmen besonders geeignet. Für bakteriologische Zwecke empfehlen sich die apochromatischen Oelimmersionen. Für die achromatischen Objektive

passen als Okulare die nach dem Huyghensschen Typus gebauten; mit Nr. 4 derselben und einer Objektivbrennweite von 1,6 mm erreicht man eine 1260fache Vergrößerung. Zur

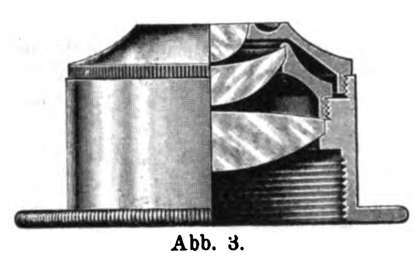


Abb. 3.

Betrachtung des von den apochromatischen und stärkeren achromatischen Objektiven entworfenen Bildes dienen die Kompensationsokulare, von denen Nr. 6 mit Apochromat von 1,5 mm Brennweite eine 2890fache Vergrößerung erzeugt

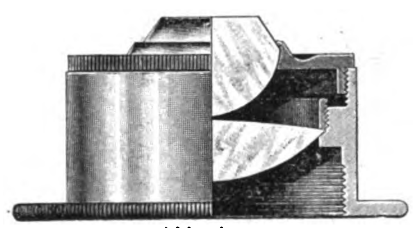


Abb. 4.

Der Tubus, der graduiert ist, wird durch Zahn und Trieb grob eingestellt; die feine Einstellung erfolgt durch eine Mikrometerbewegung, die eine Ablesbarkeit auf 0,005 mm gestattet. Das Stativ ist bis zu einem rechten Winkel umlegbar.

Besondere Beachtung verdient der kunstvoll eingerichtete Objekttisch, der, aus Hartgummi hergestellt, rund, drehbar und zentrierbar ist. Um den Objektträger in jeder Richtung hin- und herbewegen zu können, ist ein sogen. Kreuztisch angebracht; an Millimeterskalen liest man nach dem Noniussystem die Ausdehnung der Verschiebungen, die man durch Drehen zweier Walzengriffe bewirkt. Abbildung 2 illustriert diese Einrichtung.

dessen Wirkung aus den Abbildungen ersichtlich ist. Eine ebene Irisblende gestattet eine beliebige Veränderung der Kondensoröffnung, gestattet aber weiterhin infolge ihrer Verschiebbarkeit gegen den Kondensor die Anwendung der schiefen Beleuchtung. Will man den Kondensor nicht verwenden (für schwache Vergrößerungen), so kann man ihn durch Herausklappen ausschalten und mittels der Iriszylinderblende die Beleuchtung regulieren. Für mikrophotographische Zwecke eignet sich besonders der zentrierbare achromatische Kondensor, der auch die äußersten Feinheiten „ins rechte Licht setzt". Für die Kondensorlinsen ist Borsilikatkron verwendet, bekanntlich das

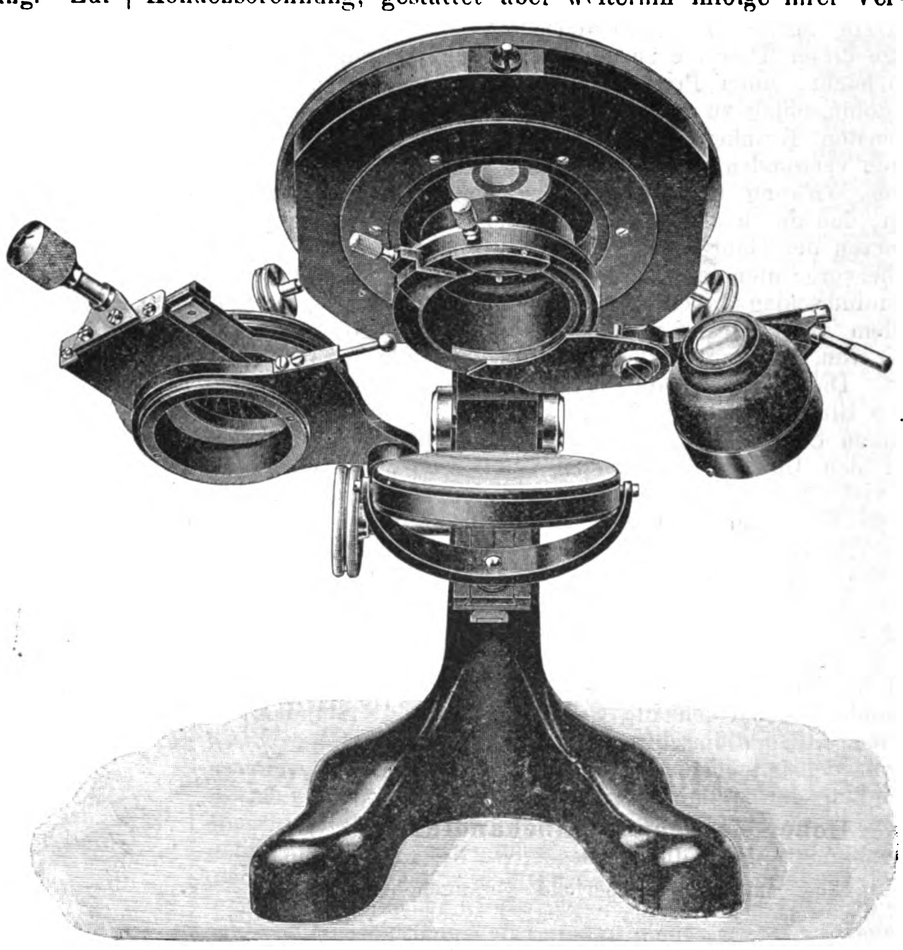


Abb. 5.

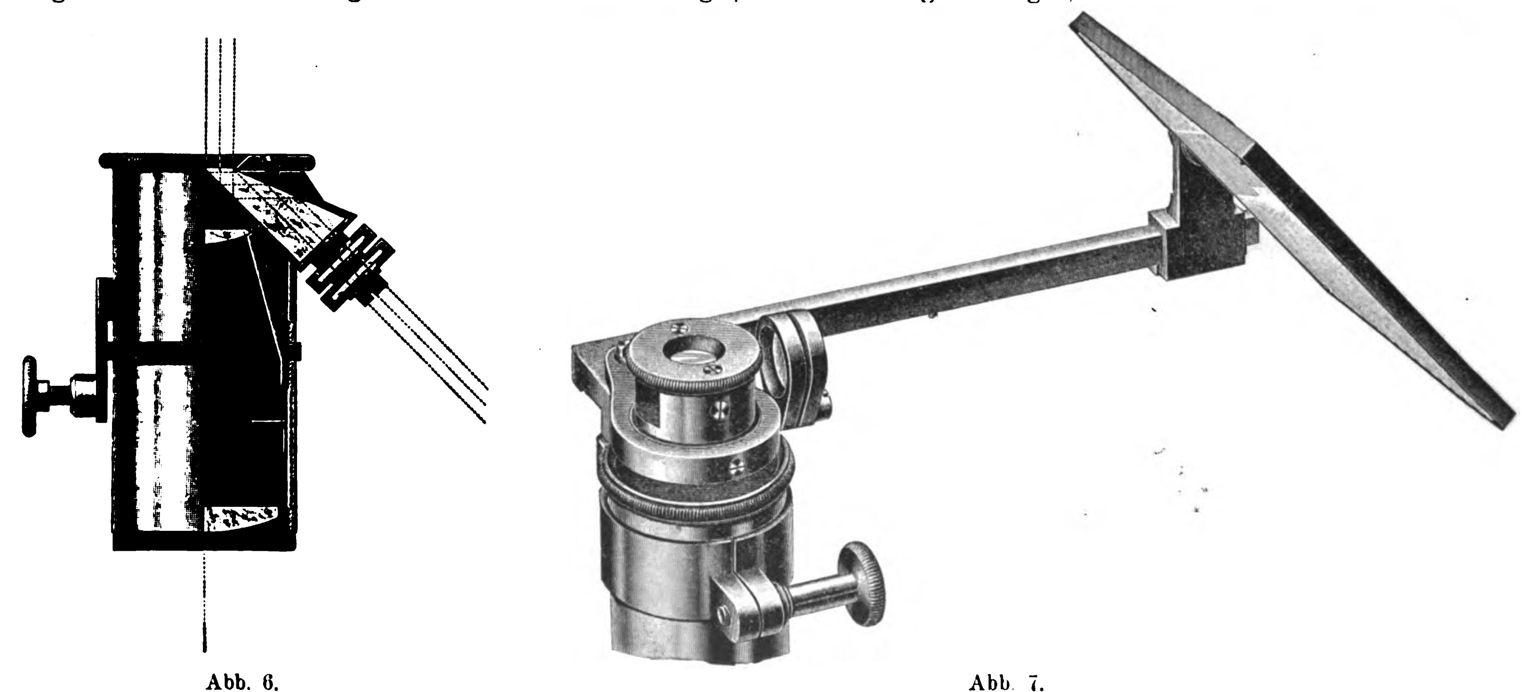


Abb. 6. Abb. 7.

Auch der Beleuchtungsapparat ist — natürlich in zum Objekttisch vertikaler Richtung — mittels Zahn und Trieb verschiebbar. Angewandt ist die Abbesche Beleuchtungsvorrichtung für durchfallendes Licht. Das wesentliche daran ist ein dreiteiliger (Abb. 3) oder ein zweiteiliger (Abb. 4) Kondensor,



lichtdurchlässigste aller optischen Gläser. Zum Einwerfen des Lichtes dient ein Doppelspiegel, dessen ebene Fläche beim Arbeiten mit Kondensor, dessen konkave Fläche beim Mikroskopieren ohne Kondensor zu verwenden ist; er ist an zwei Achsen drehbar und kann außerdem in der Richtung der Mikroskopachse bewegt werden. Abb. 5 läßt die Anordnung des Beleuchtungsapparates, insbesondere die Möglichkeit, den Kondensor doppelt auszuklappen, erkennen.

Das genaue Aufzeichnen mikroskopischer Bilder wird durch Anwendung eines sogen. Zeichenokulars (Abb. 6) oder des Abbeschen Zeichenapparates (Abb. 7) ermöglicht. In ersteres ist eine camera lucida eingebaut, durch welche das mikroskopische Bild direkt auf das Zeichenpapier projiziert wird. Beim Abbeschen Apparat, bei dem die Zweiteilung der Pupille durch Einschaltung des Abbeschen Würfels beseitigt ist, geschieht die Reflexion der Zeichenfläche in dem Strahlengang des Mikroskops mittels des großen seitlichen Spiegels. Durch Rauchgläser kann das Licht abgeschwächt werden.

Wie ich schon eingangs gesagt habe, ist das Arbeiten mit einem so vorzüglichen Mikroskop eine wahre Freude. Freilich wird es nur einer beschränkteren Zahl von Aerzten vergönnt sein, in die Geheimnisse der mikroskopischen Welt mit Hilfe eines solchen Instrumentes einzudringen. Für den Praktiker ist ein solches Prachtexemplar ja nicht unbedingt nötig, da er in der Regel auf so minutiöse Feinheiten, wie sie dieses Mikroskop willig zeigt, nicht einzugehen braucht. Der wissenschaftlichen Forschung aber leistet ein solches Instrument unschätzbare Dienste.

Periodische Literatur.

Ueber Heuschnupfenbehandlung. Von Dr. Avellis, Frankfurt a. M. (Münch. medic. W. Nr. 11.)

Eine der Heufieberperiode vorangehende galvanokaustische Behandlung der unteren Muschel, event. auch des Tuberculum septi, mit nachfolgender Aetzung (im März-April) vermag die Anfallsperiode stark abzuschwächen und abzukürzen, ganz gleich wie in der kritischen Zeit der Patient medikamentös versorgt wird. Eine zwei bis drei Jahre wiederholte Aetzung in der Vorperiode des Heufiebers vermag die Reizung der Schleimhäute und die Giftempfindlichkeit so zu erniedrigen, daß die Attackenperiode auf drei Wochen beschränkt werden kann und bei Vermeidung der üblichen Gefahren sich durch örtliche reizstillende Mittel die Beschwerden auf ein Minimum reduzieren lassen. Wenn auch der Nasenweg nicht die einzige Zufahrtsstraße ist, auf der das Gramineengift in den Körper gelangt, sondern gleichfalls Konjunktiven und Rachenschleimhäute Eingangspforten darstellen können, so ist es doch für die meisten Heufieberkranken praktisch, einen Nasen-Wattefilter zu tragen; am besten scheinen die Mohrschen Wattefilter aus Silber zu sein. Daneben sind dunkle, staubsichere Brillen zu empfehlen, eventuell auch Vaselinetampons für die Nase oder Einfetten der Augenränder, des Naseneingangs. Das Pollantin kann ohne Zweifel glänzend wirken, aber die Fälle sind selten; das Pulver wird meist vorgezogen; man schnupft es am besten nachts bei freier Atmung und völliger Reizlosigkeit mehrmals auf und dann weiter ein- bis zweistündlich am Tage, so daß möglichst ein Anfall von Schnupfen vorbeugend abgefangen wird. Schlägt das Pollantin fehl, so kann man Graminol versuchen; im ganzen scheinen sich die Anhänger des letzteren zu mehren. Von großer Wichtigkeit ist die anästhesierende Therapie, die eine wesentliche Förderung durch Einführung des Anästhesin Ritsert erfahren hat. Eine Mischung von Anästhesin, Subkutin (i. e. wasserlösliches Anästhesin) und Paranephrin kann sowohl in Sprayform als in Pulver, in Substanz und in Crêmeform angewendet werden. Für die Konjunktiva ist das Pulver und die Crême praktikabel, letztere wird als Rhinokulincrême in den Handel gebracht. Mit ihr kann man oft die Nase so gut wie reizlos halten.

Mit dieser relativ einfachen Methode der Behandlung Heufieberkranker — eingehende Aufklärung der Patienten, galvanokaustische Behandlung in der Vorperiode zwei bis drei Jahre lang, Behandlung mit Pollantin und Graminol, längere Zeit fortgesetzte Rhinokulinkur — hat Verf. so gute Erfolge erzielt, daß er seit mehreren Jahren keinen Heuschnupfenkranken in ein sogen. immunes Klima zu schicken brauchte. Anders liegt es beim Heuasthma; die damit behafteten Patienten machten auch die angegebene Nasenbehandlung durch, konnten aber die immunen Orte nicht entbehren; bei der Auswahl dieser Orte muß Jahreszeit, Blüteperiode und Nachbarschaft der Oertlichkeit genau berücksichtigt werden.

Ueber Cellotropin. Von Dr. Weiß, Wien. (Heilkunde, 1907, Heft II.)

Vilmar, der dieses Präparat angegeben hat, ging von der Voraussetzung aus, daß bei jeder infektiösen Krankheit die Antikörper durch die Enzyme der Drüsensäfte unter Einfluß der eingedrungenen pathogenen Keime gebildet werden; er strebte danach, die Enzyme der Drüsen zu vermehren, und hoffte so die Abwehrkörper, die sich unter dem Einflusse der Tuberkelbazillen bildeten, bedeutend zu vermehren und zu einer Macht zu bringen, daß sie den Kampf gegen die Infektion mit Erfolg aufnehmen könnten. Das auf Grund dieser Erwägungen konstruierte Medikament ist das Monobenzylarbutin-Cellotropin, das ein weißes, kristallinisches, geruch- und geschmackloses Pulver darstellt, in Wasser schwer, in Alkohol leicht löslich ist; im Speichel und Magensaft zerfällt es nicht, geht unzersetzt in die Blut- und Lymphbahnen über und wird erst von den Drüsen zersetzt. Verf. hat das Mittel bei 14 Fällen, zumeist Tuberkulose, versucht und gibt eingehender sieben diesbezügliche Krankengeschichten wieder. In allen Fällen war unter Einfluß der Cellotropinbehandlung (die Dosierung betrug mehrmals am Tage 0,5 g, durchschnittlich 2,5 bis 3 g pro Tag) eine deutliche Abnahme der spezifischen Erkrankungssymptome nachzuweisen. Die Tuberkelbazillen waren bei den leichteren Fällen nach zwei bis drei Wochen geschwunden, bei schwereren wesentlich verringert, nach acht bis zehn Wochen auch hier meist völlig geschwunden. Hierbei scheint eine spezifische Wirkung des Cellotropins vorhanden zu sein. Hand in Hand mit der sichtlichen Einwirkung auf die Krankenerreger ging die Besserung der übrigen Begleiterscheinungen; bestehendes Fieber schwand schon am zweiten, dritten Tage nach Beginn der Cellotropinbehandlung, Hustenanfälle, Auswurf, Nachtschweiße verloren bald an Intensität, und als unmittelbare Folge des Besserbefindens hob sich der Appetit und ermöglichte sich eine vermehrte Nahrungsaufnahme.

Puro und seine Bedeutung für die Zusammensetzung der Blutflüssigkeit. Von Dr. v. Matzner, Birkfeld. (Heilkunde, 1907, Heft II.)

Zum Studium der Frage, ob Puro auf Grund seines Eisengehaltes imstande ist, eine Verbesserung der Blutzusammensetzung zu bewirken, oder ob eine diesbezügliche Besserung nur der Ausdruck einer durch Puro als Nährmittel und Stomachikum bewirkten Allgemeinhebung des Stoffwechsels und des Körpergewichts ist, hat Verf. eine Reihe von Tierexperimenten und therapeutischen Versuchen am Menschen angestellt. Er kommt zu dem Ergebnis, daß Puro als Roborans, Stomachikum und Nährmittel seinen ausgezeichneten Ruf mit vollem Recht verdient, indem es in verhältnismäßig kurzer Zeit den Stoffumsatz im Körper hebt, ein gesteigertes Nahrungsbedürfnis hervorruft und auf diese Weise durch vermehrte Kalorienzufuhr zu einer Hebung des Körpergewichtes, Vermehrung der Erythrozyten und des Hämoglobingehaltes führt; letztgenannte günstige Aenderungen der Blutbeschaffenheit sind jedoch nicht primär durch Puro als Eisenpräparat bedingt, sondern nur sekundär durch die unter Puro-Medikation zustande gekommene erhöhte Nahrungszufuhr.

Neuere Arzneimittel.

Soxhlets Eisen-Nährzucker und **Eisen-Nährzucker-Kakao.** Fabrikant: Nährmittelfabrik München, G. m. b. H., Pasing. In der künstlichen Ernährung der Säuglinge spielt der Soxhletsche Nährzucker mit Recht eine bedeutende Rolle, da er, der Milch in gewissen Verhältnissen zugesetzt, in zahlreichen Fällen zu dauernder Gewichtszunahme führt. Eine Verbesserung dieses Nährmittels stellt der Eisen-Nährzucker dar, insofern als der Indikation zur Eisenmedikation zugleich



Rechnung getragen wird. Dieses Präparat ist ein weißgelbes, in Wasser leicht lösliches Pulver von angenehmem Malzgeruch und Malzgeschmack. Die Süßigkeit ist viermal geringer als die des Milchzuckers. Maltose und Dextrin im Verhältnis 1:1 setzen vorzugsweise das Präparat zusammen, dazu kommt ein Gehalt von 0,7% Ferrum glycerino-phosphor.

Der Eisen-Nährzucker-Kakao ist ein bräunlich gelbes Pulver, besteht aus sechs Teilen salzfreiem Nährzucker und einem Teil Kakaopulver mit einem Zusatz von 10% Ferrum oxydatum saccharat. solubile. Mit Wasser verrührt, gibt das Pulver ein braunschwarzes Gemisch, das, der Milch zugesetzt, die etwas dunklere Farbe als die des gewöhnlichen Milchkakao beibehält. (Die dunklere Farbe rührt vom Eisen her.)

Die Präparate sind von mehreren Autoren erprobt worden, unter deren Berichten besonders der von Dr. Karl Grünfeld aus dem Kaiser Franz Josef Ambulatorium, Abteilung für Kinderkrankheiten in Wien (Dozent Dr. Zappert) erwähnt sein mag (cf. Oesterreichische Aerzte-Zeitung, 1907, Nr. 9). Dieser Autor verwandte Eisen-Nährzucker bei atrophischen und debilen Säuglingen und Kindern bis zu $1^1/_2$ Jahren, die durch akute oder chronische Verdauungsstörungen stark heruntergebracht worden waren. Den Eisen-Nährzucker-Kakao gab er älteren Kindern, die wegen Kopfschmerz, Schwindelgefühlen, Blässe, Appetitlosigkeit, Verstopfung usw. in ärztliche Behandlung kamen, also mit Symptomen, die nach unserer heutigen Ueberzeugung auf eine Eiweißüberfütterung schließen lassen.

Ueber den Erfolg lesen wir l. c.:

„Ein Ueberblick der beobachteten zehn Fälle läßt uns mit Befriedigung resumieren, daß wir in Soxhlets Eisen-Nährzucker ein sehr brauchbares Zusatzpräparat zur Milch besitzen, namentlich für die Fälle von Dyspepsie, Gastro-Enteritiden mit großem Gewichtsverlust; nach Besserung der akuten Erscheinungen, wenn die Reizerscheinungen von Seite des Gastro-Intestinaltraktes (gehäufte Entleerungen, Erbrechen, Temperatursteigerungen) abgeklungen sind, empfiehlt es sich, mit kleinen Mengen (20 bis 30 g) zu beginnen und die Verdauung genau zu kontrollieren. Bei größeren Mengen (50 bis 70 g) tritt öfters Obstipation auf, die entweder durch Mikroklysmen oder durch Milchzucker leicht zu bekämpfen ist. Die fortgesetzte Darreichung kleiner Dosen von Ferrum glycerino-phosphor. (die übliche Dosis beträgt 0,2 bis 0,5 g mehrmal täglich) beeinflußt die Appetenz zweifellos günstig."

Der Nährzucker-Kakao, den Grünfeld auch für Erwachsene empfiehlt, wurde von allen Kindern gern genommen und erregte nach kurzer Zeit lebhaften Appetit. Der Hämoglobingehalt des Blutes, der mittels der Tallquistschen Skala bestimmt wurde, stieg nach einigen Wochen um 15 bis 20%.

Urogosan. Fabrikant: J. D. Riedel, chemische Fabrik, Berlin. Seiner chemischen Zusammensetzung nach ist Urogosan, wie schon der Name verrät, eine Lösung von Hexamethylentetramin (Urotropin Nicolaier) in Gonosan im Verhältnis 0,15:0,3 pro Kapsel. Gemäß dieser Kombination „hat Urogosan neben stark sedativen Wirkungen energische antiseptische Eigenschaften aufzuweisen", wie Dr. Keil in Berlin in Nr. 8 der Deutschen Medicinischen Presse 1907 betont. Boß-Straßburg, der dieses Präparat ebenso wie Gonosan in die Therapie eingeführt hat, verwendet es bei Blasenentzündungen im Gefolge von Gonorrhoe, bei bakteriellen Erkrankungen der Harnwege, bei Urethrocystitis gonorrhoica und spricht auf Grund seiner Versuche dem Urogosan eine in seinen sedativen, krampf- und schmerzstillenden Eigenschaften beruhende Ueberlegenheit über die bisher bekannten Blasenantiseptica zu. Deutsch (Wiener klinische Wochenschrift 1906, Nr. 3) bestätigt dieses günstige Urteil, wie denn auch Keil seine Betrachtungen mit folgenden Worten schließt: „Wir besitzen in Urogosan ein vorzügliches Antiseptikum, das hauptsächlich bei Erkrankungen der Blase im Gefolge von Gonorrhoe oder infolge bakterieller Entzündungen wertvolle Dienste leistet. Es beruhigt die dysurischen Beschwerden, mildert den Krampfzustand der Blase, setzt die Schmerzhaftigkeit des ganzen Prozesses rasch herab und wirkt durch Abscheidung von Formaldehyd aus dem Hexamethylentetramin energisch bakterizid auf die eingedrungenen Keime. Vom Magen wird es selbst bei wochenlanger Darreichung gut vertragen. Nebenerscheinungen treten nicht auf."

Patentnachrichten.

Gebrauchsmuster.

30 d. 308 784. Nahtlose Oese aus gewirktem Gewebe für Damenbinden. Fa. Paul Hartmann, Berlin. 1. 5. 07. H. 33 260.

30 d. 308 796. Fingerspitzen-Former aus zwei eine zugespitzte Tülle bildenden Backen mit Federpressung. Marie Halvé, geb. Schenke, Weimar. 3. 5. 07. H. 33 292.

30 d. 308 800. Gesichtsbandage mit Druckplatten auf der Innenfläche der Einzelbahnen. Marie Liepelt, geb. Pech, Deuben bei Dresden. 4. 5. 07. L. 17 654.

30 d. 309 241. Bandage zum Fixieren von Verbandstoffen am Penis. Fa. Ludwig Dröll, Frankfurt a. M. 8. 5. 07. D. 12 752.

30 d. 309 256. Aufblasbares Pessarium. Dr. S. Vollmann, Berlin, Schlesischestr. 40 a. 11. 5. 07. V. 5768.

30 e. 308 751. Auf zwei Säulenfüßen der Höhe nach verstellbarer Operationstisch. Georg Haertel, Breslau, Albrechtstr. 42. 8. 4. 07. H. 32 974.

30 e. 308 884. Hebeapparat mit einem Getriebe und einer Zahnstange, in Verbindung mit einer Querstange, zur Erreichung von Lageveränderungen des menschlichen Körpers, resp. von dessen einzelnen Teilen. Max Kahnemann, Berlin, Elsasserstr. 59. 18. 3. 07. K. 30 502.

30 e. 308 991. Versenkungsapparat für Särge, gekennzeichnet durch an über Kettenräder führenden Ketten befestigte Sargträger, die durch Kurbeln abwärts bewegt werden. Robert Hüttner, Marktschorgast, Oberfr. 29. 4. 07. H. 33 236.

30 e. 309 202. Der Höhe nach verstellbarer Operationstisch, dessen Mittelteil durch eine Doppelschraube sowohl nach vorn als auch nach rückwärts geneigt werden kann. Georg Haertel, Breslau, Albrechtstr. 42. 2. 4. 07. H. 32 952.

30 e. 309 438. Kopfhalter, bestehend aus einem Tragstück, Zwischenglied und den eigentlichen Kopfstützen, wobei das Zwischenglied um seine gekröpften, seitlich geführten Verbindungsarme mit den beiden anderen Teilen unbegrenzt und gleichzeitig in der Ebene der Kröpfungen begrenzt drehbar ist. Frank Ritter, Rochester, New York; Vertr.: O. Wolff u. H. Dummer, Pat.-Anwälte, Dresden. 8. 4. 07. R. 19 091.

30 f. 308 687. Bidet mit angeformter Ab- und Ueberlaufkammer, direkt im Behälter liegendem Entleerungsventil und über Wasser angeordneter Becken- und Brausespeisung. J. Wolfferts, Düsseldorf, Kaiser-Wilhelmstr. 1. 13. 4. 07. W. 22 262.

30 f. 308 924. Elektromagnetischer Massierapparat. Felix Singer, Berlin, Regensburgerstr. 26. 4. 5. 07. S. 15 354.

30 f. 308 933. Massage-Instrument für Vibrationsmassage, mit einem aus einem Stück hergestellten Körper, welcher sowohl Träger für das Triebwerk, wie auch für die auswechselbaren Ansätze ist. Dewitt & Herz, Berlin. 8. 5. 07. D. 12 750.

30 f. 308 974. Elektrisches Teillichtbad mit röhrenförmigen Glühlampen und zylindrischen Reflektoren. Reiniger, Gebbert & Schall, Erlangen. 8. 4. 07. R. 19 098.

30 f. 308 975. Elektrisches Teillichtbad mit röhrenförmigen Glühlampen. Reiniger, Gebbert & Schall, Erlangen. 8. 4. 07. R. 19 099.

30 f. 309 000. Elektromagnetischer Massierapparat. Felix Singer, Berlin, Regensburgerstr. 26. 4. 5. 07. S. 15 353.

30 g. 308 756. Pulverdispensierer mit beweglichem Boden, der auf jedes beliebige Maß eingestellt werden kann. Fritz Wellié, Hagen i. W., Südstr. 17. 16. 4. 07. W. 22 274.

30 h. 308 631. Hämorrhoidal-Suppositorium aus einem mit animalischen Zellen versehenen, elastischen, nur teilweise löslichen Fettkörper und mit darüber angeordnetem, löslichem, die Fäulnis verhinderndem Ueberzug. Dr. Julius Loewenheim, Berlin, Beuthstraße 1. 1. 11. 06. L. 16 770.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Köln a. Rh. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Nr. 32. 1907. 7. Oktober.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823



Redaktion:
Berlin N. 4, Kesselstrasse 23
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Ueber einige Erfolge mit Sanatogen in der Praxis.

Von **Dr. Weissmann**, Lindenfels.

Für den Landarzt ist das Magengeschwür eine crux. Die Schonungsdiät, wie sie bisher üblich war, war sehr schwierig durchzuführen; sie scheiterte vielfach an dem mangelnden guten Willen der Umgebung des Kranken, ferner aber auch oft daran, daß es unmöglich war, die verordneten Speisen, in erster Linie die Buttermilch, zu beschaffen.

Ich habe es als eine Erlösung angesehen, als Lenhartz eine neue Aera der Behandlung des Ulcus ventriculi einleitete. Erschien es doch widersinnig, Patienten, die auf Grund einer Anämie oder Chlorose an Magengeschwür erkrankt waren, die dann infolge sich wiederholender Magenblutungen noch weiter in ihrem Ernährungszustande herabgekommen waren, eine Hunger- und Durstkur durchmachen zu lassen. Der Instinkt der Angehörigen des Patienten lehnte sich oft genug gegen diese Therapie auf und hinter dem Rücken des Arztes wurden ungeeignete Nahrungsmittel verabreicht, die nicht selten eine Verschlimmerung des Leidens verursachten.

Lenhartz, der neuerdings in Nr. 15 der „Medicinischen Klinik" über seine Erfolge an 201 blutenden Magengeschwürkranken berichtete, ging von dem Gedanken aus, daß es wichtig sei, möglichst rasch die Kräfte solcher Patienten zu heben und jede Dehnung des Magens zu vermeiden. Lenhartz führte daher seinen Magengeschwürkranken fortgesetzt konzentrierte eiweißreiche Kost zu, die es vermag, die überschüssige Magensäure physiologisch zu binden. Die Kost besteht bei Lenhartz vornehmlich aus Eiern und Milch in rasch und stetig gesteigerter Menge. Später kommt dazu Milchreis, rohes Fleisch und Schinken.

Es lag nahe, den Versuch zu machen, insofern eine im Lenhartzschen Sinne modifizierte Schonungsdiät anzuwenden, als man die natürlichen Nahrungsmittel, Eier und Milch, zum Teil durch ein Eiweißpräparat ersetzte. Mir erschien dazu das Sanatogen geeignet, das aus 95 % Milchkasein und 5 % glycerinphosphorsaurem Natron besteht und nach den Versuchen von Vis und Treupel (Münchener med. Wochenschr. 1898, Nr. 9) im Organismus gut verwertet wird.

Ich war in der Lage, diesen Gedanken in zwei Fällen von Ulcus ventriculi zu verwirklichen und, wie ich vorausschicken will, mit ausgezeichnetem Erfolge.

Im ersten Falle handelt es sich um einen 53 Jahre alten Maschinisten, der vor drei Jahren eine Magenblutung aus einem alten Ulcus überstanden hatte, damals angeblich geheilt war, und tatsächlich in der Zwischenzeit beschwerdefrei war. Anfang Mai heftige, namentlich nach der Nahrungsaufnahme auftretende Schmerzen, die hin und wieder von Erbrechen gefolgt sind. Mitte Mai Blutbrechen, das den Patienten veranlaßt, sich in meine Behandlung zu geben. 17. Mai 1907. Magerer Mann von blassem Aussehen. Die sichtbaren Schleimhäute anämisch. Die ganze Magengegend empfindlich auf Druck, eine umschriebene, besonders druckempfindliche Stelle nicht nachweisbar. Der Magen ist stark erweitert und schlaff gesenkt. Stuhl angehalten. Therapie: Bettruhe, morgens nüchtern 0,02 gr Cocaini phenylici in charta japonica zur Beseitigung des Schmerzes. Die Nahrung besteht nur aus dickem Reisschleim mit Sanatogen. Der Darm wird an den ersten Tagen mittels Wassereinläufe entleert. 22. Mai 1907. Die Schmerzen haben bedeutend nachgelassen, so daß jetzt das Cocainum phenylicum ausgesetzt wird. Stuhlgang zeitweise spontan, kein Erbrechen. 27. Mai. Keine Schmerzen mehr, Druckempfindlichkeit gering. Stuhl regelmäßig. Der Patient darf aufstehen. Um den Magen möglichst ruhig zu stellen, wird mein Heftpflasterverband „Simplex" angelegt. Täglich zwei weiche Eier. Der Reisschleim mit Sanatogen wird durch Sanatogen-Milchreis ersetzt, zu dem nach vier Tagen und bei völligem Wohlbefinden noch Sanatogen-Eierkuchen erlaubt wird. 6. Juni. Patient fühlt sich völlig wohl, sieht gut aus, hat drei Kilogr. zugenommen und fängt jetzt an, etwas Geflügel, junges Gemüse zu essen. 14. Juni. Geheilt entlassen.

Der zweite Fall betrifft ein junges Mädchen von zwanzig Jahren, das seit drei Jahren an Appetitmangel, Stuhlverhaltung und zeitweise auftretenden, aber meist schnell vorübergehenden Magenschmerzen litt. Anfang Juni 1907. Bei bestem Befinden zum ersten Male mäßiges Blutbrechen, das sich nach drei resp. acht Tagen nochmals wiederholt. Status am 12. Juni. Große Statur, mittelgut genährt, etwas blutarm, Hämoglobingehalt 65 %. Magengegend nicht besonders empfindlich, Magenplätschern, untere Magengrenze ein Finger breit über dem Nabel. Am selben Tage noch wieder Magenschmerzen, die nach eintretendem Erbrechen aufhören. Diagnose: Magenerweiterung, Magengeschwür. Therapie: Bettruhe, morgens ein viertel Liter warmes Karlsbader Wasser schluckweise nüchtern zu nehmen, Sanatogen-Reisschleim. 18. Juni. Bei völligem Wohlbefinden zwei weiche Eier und Sanatogen-Milchreis. 24. Juni. Sanatogen-Eierkuchen, Schinken, junges Gemüse. Patientin darf aufstehen, erhält aber ebenfalls meinen Stützverband „Simplex". 4. Juli. Völliges Wohlbefinden, Hämoglobingehalt des Blutes 86 %. Patientin wird entlassen mit der Weisung, Sanatogen weiter zu nehmen und nach Entfernung des Verbandes „Simplex" eine gut sitzende und gut tragende Leibbinde zu tragen.

Ich habe in den beiden Fällen das Sanatogen in dickem Schleim oder in Breiform gegeben, weil ich eine unnütze Belastung und Dehnung der schon erweiterten resp. schlaff gesenkten Mägen vermeiden wollte. Für sehr wichtig halte ich es, dem Magen eine Stütze zu geben, sobald der Patient das Bett verläßt. Es wird dadurch am besten die dem Magengeschwür doch meist oder fast immer zu Grunde liegende Atonie bekämpft.

Ich hatte Gelegenheit, Sanatogen noch in einigen Fällen anzuwenden, bei denen es mir ebenfalls gute Dienste leistete. Es waren das ein Fall von Darmtuberkulose, ein Fall von Pädatrophie, ein Fall von Skrofulose, ein Fall von Perityphlitis und schließlich ein Fall von Neurasthenie beim Manne. Bemerkenswert war in allen diesen Fällen die verhältnismäßig schnelle Zunahme der Kräfte und daß das Präparat durchweg gut vertragen wurde. Ich möchte hier nur noch besonders den Fall von Neurasthenie hervorheben, der mancherlei Interessantes bot. Es handelt sich um einen Subalternbeamten von 39 Jahren, der seit 1905 an allerlei nervösen und hysterischen Beschwerden litt und bei dem der Verdacht auf einen malignen Magen- oder Darmtumor entstanden war. Es wurde vor einigen Monaten die probatorische Laparotomie gemacht, aber keine Geschwulst im Abdomen gefunden. Der Patient glaubte trotzdem fest an ein Karzinom oder dergl. Am 20. Juni 1907 kam er in meine Behandlung. Der Patient brachte eine große Reihe von Klagen vor: starke Schleimabsonderung mit dem Stuhl, der sehr angehalten war, und den zu befördern er sich besonders scheute, Stechen im Rücken, Brennen in der Magengegend, vielfaches Aufstoßen, aufgetriebenen Leib, Abmagerung, Schwinden der Kräfte, Schlaflosigkeit. Er habe sicher ein Geschwür oder ein Gewächs im Leibe. Der Patient beobachtete sich auf das genaueste. Jeder kleinste Belag auf der Zunge, jede Rötung an irgend einer Stelle der äußeren Haut beunruhigte ihn. Er müsse bald sterben usw. Patient war wohlgenährt, von mittelkräftigem Körperbau. Herz und Lungen zeigten keine Abweichungen von der Norm. In der Linea alba eine von der Magengrube bis zum Nabel reichende, noch frische Laparotomienarbe. Untere Magengrenze zwei Finger breit über dem Nabel, Magenplätschern. Im Darm reichliche Kotansammlungen nachweisbar. Eine Probeausheberung des Magens ergibt normale Verdauungstätigkeit. Therapie: Sorge für tägliche gründliche Entleerung des Darms. Da angenommen werden mußte, daß wir es im vorliegenden Falle mit einer vom Darm ausgehenden Autointoxikation zu tun hatten, wurden zunächst täglich vier bis sechs Formaminttabletten gegeben. Die Diät bestand nur aus Pflanzenkost in Breiform, Wild, Geflügel und Fisch. Wöchentlich drei Halbbäder. Die Besserung ging nur langsam voran. Vor allen Dingen klagte der Patient über ein unerträgliches Brennen in der Gegend der Laparotomienarbe. Das Brennen mache sich hauptsächlich beim Niedersitzen, beim Aufrichten und bei Bewegungen der Arme bemerkbar. Ich gab nunmehr vier Tage hintereinander mittels Pravazspritze direkt in das der Narbe benachbarte Gewebe 0,5 g Conephrin und ließ dreimal täglich zwei Teelöffel Sanatogen nehmen. Der Erfolg war auffallend. Das Brennen ließ bedeutend nach, um nach vierzehn Tagen völlig zu verschwinden. Gleichzeitig besserte sich aber auch das Allgemeinbefinden ganz erheblich, der Appetit hob sich, der Schlaf wurde besser, die neurasthenischen Beschwerden verstummten allmählich. Patient ist noch in Behandlung. Ich glaube aber mit Sicherheit eine völlige Heilung prognostizieren zu dürfen.

Wenn man die geschilderten Fälle betrachtet, so scheint mir außer Zweifel zu stehen, daß das Sanatogen ein leicht verdauliches Nährmittel von hohem Nährwert ist, dessen Anwendungsgebiet ein ziemlich ausgedehntes genannt werden kann.

Klapptrage Modell „Gerda".

D. R. G. M. Nr. 309854.

Von Dr. **Fritz Toeplitz**, Breslau, Oberarzt der Reserve.

Die Klapptrage „Gerda" besteht in ihrem Stützgerüst aus Mannesmannrohr und ist genau nach den Maßen der Armeetrage gebaut, paßt also in jeden Militär-Krankenwagen.

Die Endteile der Holme sind beim Zusammenlegen bezw. beim Einladen in den Krankenwagen einzuschieben, das Mittelstück ist in drei durch Scharniere verbundene Abschnitte geteilt. Im Gebrauch werden Stahlrohrmanschetten über die Scharniere gezogen, um sie gestreckt zu erhalten, welche Z-förmig eingeschnitten sind und durch eine Art Bajonettverschluß über Knöpfe greifen, welche auf dem Mittelstück angebracht sind.

Die Querteile, Kopf- und Fußteil gleich, bestehen aus der Querstrebe und den Füßen, welche beide mittels einer Klappschelle zangenartig die Holme umfassen. Die Füße werden durch einen von einem zum anderen Fuße gehenden Haken auseinandergesperrt, welcher in eine am anderen Fuße befindliche Oese eingreift und durch einen an einer Kette hängenden Bolzen befestigt wird. Durch diesen Sperrhaken werden die die Holme umgreifenden Schellen gleichzeitig fest geschlossen.

Als Kopfpolster dient eine runde Metalltrommel mit Segeltuchüberzug und Ueberfallkissen. Die Trommel dient zur Aufnahme von Verbandstoffen, der Ueberzug verschließt sie durch eine Art Tabaksbeutelzug. Das Kopfpolster wird an dem einen Querteil mit Schnallriemen befestigt.

Der Ueberzug besteht aus braunem Segeltuch, welches auf das fertige Gestell gelegt und an beiden Querteilen sowie unterhalb mit Riemen zugeschnallt wird.

In zusammengelegtem Zustande werden alle festen Bestandteile in den Ueberzug eingerollt und mit den Riemen der Traggurte zugeschnallt.

Die Trage ist alsdann bequem von einem Manne wie ein Rucksack zu tragen.

Die Riemen der Traggurte, kurz geschnallt, dienen beim Tragen von Verwundeten als Schlaufen für die Holmenden. Das Gestell ist zum Schutze gegen Rost stark vernickelt.

Die Klapptrage „Gerda" würde es ermöglichen, statt der jetzt vorhandenen 9 Tragen etwa 50 Tragen auf jedem Krankenwagen der Sanitätskompagnie mitzunehmen.

Der Preis stellt sich bei Einzelherstellung auf etwa 65 M., bei Massenherstellung auf etwa 35—45 M.

Ein neues Uteruspessar.

Gewisse pathologische Veränderungen der weiblichen Sexualorgane (Karzinom, Beckendifformitäten) oder Allgemeinleiden wie Tuberkulose u. a. lassen den Eintritt oder Wiedereintritt der Gravidität gefährlich für das Wohlbefinden, ja für das Leben der Frau erscheinen, und der Arzt sieht sich vor die Aufgabe gestellt, die Konzeption sicher zu verhüten, da er den Koitus nicht verbieten kann. Zu diesem Zwecke sei ein Versuch mit einem neuen, von R. Heise, Berlin S., Dieffenbachstraße 73 erfundenen Uteruspessar empfohlen. Dieser patentamtlich geschützte kleine Apparat stellt eine Kombination von Okklusiv- und Uteruspessar dar, ist aber durch eine sinnreiche Verbesserung praktisch besonders verwertbar und verspricht — der Beschreibung nach zu urteilen — eine weitgehende Sicherheit der antikonzeptionellen Wirkung. Der Stiel des Uteruspessars ist etwa 4 cm lang und an seinem oberen, in den Uterus einzuführenden Ende mit einer beweglichen, in allen Teilen nachgebenden Spitze versehen, die ca. 1½ cm lang ist und sich olivenförmig auslegt. Beim Einführen wird die Spitze an einem Seidenfaden so weit in den aus einer Hohlröhre bestehenden Stiel hineingezogen, daß die olivenförmige Verdickung an der Spitze verschwindet; so kann das Einführen ohne Schwierigkeit von statten gehen. Befindet sich dann das Pessar im Uterus in der richtigen Lage, so wird der Seidenfaden freigegeben, die Spitze dehnt sich wieder aus und verhütet so ein Herausgleiten des Pessars. Am anderen Ende des Stieles ist eine aus Weichgummi bestehende, abgeschrägte Gummikappe angebracht, die den Muttermund nach der Scheide zu abschließt. Das Pessar ist aus Aluminium hergestellt, so daß das Gewicht minimal ist. Wer sich interessiert, kann vom Erfinder Muster und nähere Angaben gratis erhalten.

Periodische Literatur.

Ueber Protargolsalbenbehandlung. Von Dr. Müller, Elberfeld. (Berlin. klin. W. Nr. 11.)

Die Verwendung des von Neißer eingeführten Protargols in

Salbenform hat zuerst Floret empfohlen (Deutsch. med. W., 1899, Nr. 40), dann Hopmann (d. W., 1904, Nr. 45). Letzterer *faßt* die Vorzüge der Protargolsalbe folgendermaßen zusammen: 1. Die Protargolsalbe wirkt vor allem antiseptisch; sie verhütet das Entstehen entzündlicher Prozesse in der Wunde und deren Umgebung; 2. sie ist reizlos und greift selbst zarte Haut nicht an; 3. sie begünstigt die Granulationsbildung, ohne jedoch ein Ueberwuchern der Granulationen herbeizuführen; 4. sie regt energisch und nachhaltig die Epidermisierung der Wundränder an; 5. sie trocknet aus; 6. sie schmerzt fast gar nicht; der mit ihr versehene Verband verklebt nie mit der Wunde; 7. die nach konsequenter Anwendung von Protargolsalbenverbänden entstehenden Narben sind von vorzüglicher Beschaffenheit. Von diesen Eigenschaften erscheint eine für die Protargolsalbe ganz spezifisch, das ist die Anregung der Epithelregeneration; diese Wirkung ist so auffallend, daß man vielleicht eine besondere chemotaktische Reizwirkung auf die Epithelzellen, welche deren Proliferation veranlaßt, annehmen kann. Das Protargol unterscheidet sich scharf vom Silbernitrat, das in Salbenform eine markante Wirkung auf die Proliferation des Bindegewebes, auf die Entstehung der Wundgranulationen hat. Handelt es sich darum, einen tieferen Substanzdefekt durch Granulationsbildung auszufüllen, so ist Argentumsalbe zu verwenden; soll ein oberflächlicher Epitheldefekt zur Ueberhäutung gebracht werden, dann tritt die Protargolsalbe als Spezifikum in ihr Recht. Daraus ergeben sich ihre Indikationen: in erster Linie sind Brandwunden zweiten Grades zu nennen; nach Abtragung der Blasen macht man am besten einen ersten Verband mit einer anästhesierenden Salbe (z. B. Orthoform) und geht dann zur Protargolsalbenbehandlung über; bei Verbrennungen mit Verschorfungen ist die Protargolsalbe erst zu applizieren nach Abstoßung der Schorfe, was am besten mit Umschlägen von Bleiwasser oder essigsaurer Tonerde gefördert wird. Weiter kommen in Betracht Hautabschürfungen, Hautabschälungen und ferner die verschiedensten Ekzemformen. Verf. berichtet über zwei Fälle schwerster Verbrennungen des Beins und des Gesichts, bei denen er in verhältnismäßig kurzer Zeit durch Protargolsalbenbehandlung Heilung mit — wie Illustrationen zeigen — überraschend guter Narbenbildung erzielte, wie sie bei den usuellen Behandlungsmethoden sicherlich ohne ausgedehnte Transplantationen nicht zu erzielen gewesen wäre. Verwandt werden 5 oder 10%ige Salben; sehr wichtig ist die ordnungsmäßige Zubereitung; das Protargolpulver muß vor dem Verreiben mit dem Fett in wenig kaltem Wasser gelöst werden; diese Lösung wird mit Lanolin anhydric. aufgenommen und mit Vaseline auf den gewünschten Prozentgehalt eingestellt.

Rp. Protargol 3,0 solv. in
Aq. dest. frig. 5,0 misc. c.
Lanolin. anhydr. 12,0 adde
Vasel. flav. 10,0.
M. f. ungt. S. Wundsalbe.

Die Frühbehandlung der Syphilis. Von Dr. Thalmann, Dresden. (Münch. med. W. Nr. 13.)

Von der herrschenden Schule wurde bisher die Frühbehandlung der Syphilis verworfen; der erste Grund dafür war der, daß man zur Sicherung der Diagnose die Sekundärerscheinungen abwartete; durch die Schaudinnsche Entdeckung des Syphiliserregers ist dieser hinfällig geworden. Weitere Gründe ergaben sich aus der bisherigen Beurteilung des Heilerfolges, die nach den Beobachtungen des Verf. bei frühbehandelten Luetikern auf falschen Voraussetzungen basiert. Der Erfolg der Kur wurde beurteilt nach der Dauer bis zum ersten Rezidiv und der Größe der Effloreszenzen; je länger das Rezidiv ausblieb und je kleiner die Herde waren, umso größer galt der Kurerfolg. Bei der Frühbehandlung folgen die Rezidive sehr schnell wegen der geringen Immunität, und die Herde werden — ohne einsetzende Therapie — groß, weil sie einzeln auftreten; deshalb hielt man fälschlicherweise den Prozeß für verschlimmert, ja man war geneigt, die Fälle mit schnell auftretendem Solitärsekundäraffekt fast zu den malignen Erkrankungen zu rechnen. Die längste Dauer bis zum Rezidiv erhält man, wenn die erste Kur einsetzt, nachdem die Allgemeinerscheinungen schon wochenlang bestehen; denn dann ist der Körper am meisten durchseucht, die Spirochaetenvermehrung ist eine enorme geworden, und die Menge ihrer Zerfallsprodukte veranlaßt die Bildung von sehr zahlreichen Antikörpern: es kommt zu hoher Immunität und langer Latenzperiode. Dem Körper ist aber damit nicht gedient; denn einmal ist die langdauernde allgemeine Giftwirkung den lebenswichtigen Organstellen gefährlich, und andrerseits ist die Verbreitung der Spirochaeten im Körper die ausgiebigste und die lokale Giftwirkung die stärkste; allerdings wirken dann während der Behandlung Antikörper mit Quecksilber zusammen besonders intensiv; aber einzelne Spirochaeten können bei der enormen Verbreitung gleichwohl der Vernichtung entgehen und dann, vielleicht erst nach Jahren, bei sinkender Immunität ihr Zerstörungswerk wieder beginnen, das ihnen hier bei den durch die lange Giftwirkung geschädigten Zellen besonders erfolgreich gelingt. Bei normaler Fähigkeit der Bildung spirochaetentötender Stoffe und sachgemäßer Therapie — von der malignen Syphilis ist abzusehen, denn da fehlt es an der Fähigkeit der Antikörpererzeugung — bedeutet das schnell einsetzende, aus einem oder mehreren Herden bestehende Rezidiv nur, daß vorher geringe Spirochaetenverbreitung im Körper vorhanden war, aber nicht, daß die Therapie erfolglos war. Im Gegenteil ist hier durch die Behandlung der Prozeß zu einem lokalen gemacht, und die örtliche Erkrankung ließ sich leichter bekämpfen als die allgemeine. Der Vorteil einer hohen Immunität ist nicht zu verachten, aber sie darf nicht erwirkt sein durch eine allgemeine Durchseuchung des Körpers und eine langdauernde allgemeine Vergiftung. Ein weiterer wesentlicher Vorteil der Frühbehandlung ist das Ausbleiben der sekundären Erkrankungen an den Genitalien; und da gerade die nässenden Papeln an den Genitalien mit ihren enormen Spirochaetenmengen in der Hauptsache die Infektion vermitteln, dürfte hierin eine Möglichkeit gegeben sein, die Ansteckungsgefahr außerordentlich zu verringern. Wahrscheinlich gibt die Frühbehandlung auch das Mittel, die kongenitale Syphilis einzuschränken. Die Frühbehandlung soll eingeleitet werden, sowie die Diagnose Lues durch den Spirochaetennachweis gestellt ist; sie ist eine lokale mit Kalomel- und Sublimatinjektionen ($^1/_2$ ccm 1%ige Sublimatlösung) unter den Primäraffekt und eine allgemeine Schmierkur. Verf. hat 34 Patienten, bei denen Sekundärerscheinungen noch nicht aufgetreten waren, und bei denen die Infektion durchschnittlich vier Wochen zurücklag, der Frühbehandlung unterzogen; davon haben 30% mehr als sechs Monate nach der Infektion noch keine Allgemeinerscheinungen gezeigt; bei den übrigen hat sich in der Hauptsache die sekundäre Syphilis auf einen oder mehrere Herde lokalisieren lassen. Verf. hofft, daß, nachdem jetzt der eigentümliche Verlauf der Syphilis bei den Frühbehandelten geklärt ist, weiter wesentlich bessere Resultate zu erzielen sind.

Therapeutische Sauerstoffeinblasungen in das Kniegelenk. Von Rauenbusch, Berlin. (Berlin. klin. W. Nr. 13.)

Gelegentlich von Sauerstoffeinblasungen für diagnostische Zwecke wurde die Erfahrung gemacht, daß an chronischen Gelenkentzündungen leidende Patienten einige Tage nach der Einblasung wiederkamen und eine Wiederholung verlangten, da ihre Schmerzen erheblich nachgelassen hätten. Es wurden darauf in ausgiebigerer Weise bei chronischer Arthritis und Arthritis deformans therapeutische Sauerstoffeinblasungen gemacht und durchgängig zum Teil überraschende Erfolge gezeitigt, so daß bei der völligen Gefahrlosigkeit des Verfahrens und der Einfachheit und geringen Schmerzhaftigkeit des einzelnen Eingriffs das Verfahren wohl eine Nachprüfung verdient. Zur Einblasung benutzt man eine dünne Kanüle, mit der man an einer beliebigen Stelle des Gelenkspaltes oder in den oberen Rezessus einsticht und das Gelenk prall füllt, während der Patient leichte Beug- und Streckbewegungen macht. Der Einstich wird mit einem kleinen Watte-Kollodiumverband verklebt, worauf der Kranke sofort aufstehen kann. Ein bis zwei Tage später ist der anfangs tief tympanitische Klopfschall verschwunden und der Sauerstoff nicht mehr nachzuweisen; die Pausen zwischen den einzelnen Injektionen betrugen meist eine bis drei Wochen. Die Einblasungen wurden dann auch in einzelnen Fällen von Synovialtuberkulose in Anwendung gebracht; dabei schwanden die Schmerzen meist schnell, der Erguß verkleinerte sich oder blieb aus; die schnellen Besserungen waren

aber meist nur von kürzerer Dauer. Auch bei einigen Kniegelenkstuberkulosen wurden wenigstens subjektive Besserungen erzielt.

Neuere Arzneimittel.

Arhovin. Fabrikant: Dr. Horowitz, chemische Fabrik Berlin. Aus der urologischen Klinik des Dr. Ernst R. W. Frank in Berlin wird in der Berliner Klinischen Wochenschrift 1906, Nr. 31, über Erfahrungen mit Arhovin berichtet, über die uns der Verfasser folgendes Autoreferat zur Verfügung stellt.

Der Verfasser weist zunächst an der Hand der anatomischen und bakteriologischen Tatsachen darauf hin, daß jeder inneren Tripperbehandlung eine bestimmte Grenze gesetzt sei, über welche hinaus kein internes Mittel, sei es auch noch so bakterizid, eine Wirksamkeit entfalten kann, einmal bieten die zahlreichen Taschen und Drüsen der Harnröhrenschleimhaut durch ihren besonderen, den physiologischen Bedingungen angepaßten Bau den Mikroorganismen Schlupfwinkel, in welche die im Harn gelösten Medikamente nicht einzudringen vermögen. Andererseits haben zahlreiche, mit den balsamischen Mitteln angestellte bakteriologische Untersuchungen erwiesen, daß denselben eine erhebliche Gonokokken-vernichtende Wirkung nicht zukommt. Beispielsweise geht aus den von Valentine angestellten Versuchen hervor, daß es nicht möglich ist, das Wachstum von Gonokokken und anderen Bakterien der Urethralflora dadurch zu beeinflussen, daß man zur Herstellung der Urin-Agar-Platten Sandelholzölurin verwendet.

Verfasser berichtet nun über die Ergebnisse, welche er in einer großen Zahl von Gonorrhoefällen mit der inneren Darreichung des von Dr. Horowitz-Berlin dargestellten Arhovins erzielt hat.

Um zunächst festzustellen, ob dem Arhovin (Additionsprodukt des Diphenylamins und der esterifizierten Thymolbenzoesäure) nach Uebergang in den Harn eine bakteriologische Wirkung zukommt, ließ Verfasser durch Dr. Heilmann-Pittsbury eine Reihe von Versuchen in der Weise ausführen, daß der von Personen mit völlig intakten Harnwegen, nach ein bis zweitägiger Einnahme von sechs bis acht Arhovinkapseln à 0,25 pro die unter aseptischen Kautelen aufgefangene Urin unter Anstellung von Kontrollversuchen in seinem Verhalten gegen Gonokokken- und Staphylokokken-Kultur geprüft wurde. Aus den Versuchen ergibt sich, daß die Umwandlungsprodukte des Arhovins zwar nicht imstande sind, den Urin stark bakterizid zu machen, wohl aber demselben, wenn auch schwache, entwicklungshemmende Eigenschaften auf Staphylokokken und Streptokokken zu verleihen. Insbesondere ergab sich, daß Gonokokken-Kulturen in ihrer Entwicklung gehemmt werden; da diese aber auch bei ihrer überaus großen Empfindlichkeit durch Uebergießen mit sterilem Harn im Wachstum gehemmt werden, kann man diesen Versuch nicht als für Arhovin beweisend betrachten. Gleichwohl wird demgegenüber betont werden dürfen, daß sich die Resultate des experimentellen Kulturverfahrens durchaus nicht immer decken mit den in der Praxis gewonnenen. Die von anderen Autoren beobachtete Erhöhung der Acidität des Harns bei der Arhovindarreichung bestätigend, erblickte Frank darin ein dem Wachstum der Gonokokken in der Urethra ungünstiges Moment. Auf Grund dieser Versuche kommt Frank zu dem Ergebnis, daß das Arhovin ebenso wenig, wie alle übrigen internen Mittel die lokale Antisepsis bei der Gonorrhoebehandlung überflüssig macht. Zur Abtötung der Gonokokken hält Verfasser auch weiterhin die Silbereiweiß-Präparate, als deren wirksamstes er das Albargin ansieht, für unentbehrlich. Verfasser sieht in dem Arhovin infolge der reizmildernden und schmerzstillenden Wirkung bei entzündlichen Schleimhauterkrankungen der Harnwege ein willkommenes Unterstützungsmittel, welches in seiner Wirksamkeit die Balsamica übertrifft. Den letzteren gegenüber betont Frank beim Arhovin als besonders wertvoll das völlige Fehlen von Reizwirkungen auf den Magen-Darmkanal und die Nieren, während allen bisher bekannten balsamischen Mitteln zur inneren Behandlung der Gonorrhoe, selbst dem besten ostindischen Sandelholzöl oder dessen Kombination mit Kawa dieser Nachteil anhaftet. Bei dem letztgenannten Präparat hat Verfasser recht unangenehme Reizerscheinungen seitens der Verdauungsorgane beobachtet. Dagegen hat Verfasser auch bei noch so langer fortgesetzter Darreichung von Arhovin in einer recht beträchtlichen Zahl von Fällen niemals auch nur die geringste Klage von seiten der Patienten gehört, noch irgend welche Reizerscheinungen beobachtet. Es wurde wiederholt von Patienten betont, daß, während sie bei früheren Gonorrhoen infolge der Einnahme von balsamischen Mitteln stets Störungen im Digestionstraktus unangenehm empfunden hätten, die Einnahme von Arhovin auch nicht die geringste Belästigung im Gefolge habe. Niemals war ferner, auch nicht bei Anstellung der Sulfo-Salicylsäure-Probe die geringste Spur Eiweiß im Urin nachweisbar, selbst nicht bei (zu Versuchszwecken) drei bis vier Tage hintereinander erfolgter Verabreichung von zehn bis zwölf Kapseln à 0,25 pro die.

In der therapeutischen Beziehung sah Verfasser übereinstimmend mit anderen Autoren, daß im Falle gonorrhoischer und anderweitiger bakterieller Infektionen der Harnwege, die damit verbundenen Reizerscheinungen durch das Arhovin teils beträchtlich herabgesetzt, teils gänzlich beseitigt wurden, was besonders deutlich bei entzündlichen Prozessen der hinteren Harnröhre und des Blasenhalses beobachtet werden kann.

Ueber die lokale Anwendung von Arhovin-Oel besitzt der Verfasser zur Zeit keine eigene Erfahrung, erwähnt aber, daß Piorkowski und einige andere Autoren mit reinem Arhovin, sowie mit der 2 bis 3%igen Lösung in Oel gute antibakterielle Erfolge erzielt haben.

Physik im Dienste der Medicin*).

Im Feuilleton der Frankfurter Zeitung vom 17. Juni 1907 finden wir unter obiger Ueberschrift eine Publikation von Friedrich Dessauer in Aschaffenburg, deren Inhalt — Betrachtungen über die Beziehungen zwischen Physik und Medicin — uns wichtig genug erscheint, um kurz gefaßt hier Platz zu finden. Die Anwendungsmethoden der Elektrizität in der Medicin kennzeichnen sich in den Namen: Franklinisation, Galvanisation, Faradisation, Arsonvalisation und haben weiterhin eine Bereicherung erfahren durch Finsen und Röntgen. Daß es den diagnostisch und therapeutisch verwertbaren Ergebnissen der Physik so schwer wird, das Vertrauen der Aerzte zu gewinnen und in positivem oder negativem Sinne eine Entscheidung über ihren Wert herbeizuführen, liegt daran, daß für die Allgemeinheit, die Mehrzahl der wissenschaftlichen Aerzte die Physik mehr oder weniger terra incognita ist, also Geschenke dieser Wissenschaft mit einer ablehnenden Reserve und einem Timeo Danaos in Empfang genommen werden. Der „innere Wahrheitsgehalt" einer von der Physik der Medicin dargebotenen therapeutischen Methode bleibt allerdings ausschlaggebend und vermag schließlich doch den Sieg über die mißtrauische Zurückhaltung oder über offne Gegnerschaft davonzutragen. Mit der ungeheuren und täglich wachsenden Bedeutung der physikalischen Richtung in der Medicin hält leider die Ausbildung der Mediciner in der Physik nicht gleichen Schritt. Das physikalische Kolleg, das der junge Mediciner besucht (— oder auch schwänzt), ist ja nicht ein eigens für medicinische Zwecke angelegtes und durchgeführtes, sondern das nämliche, das für künftige Naturwissenschaftler und Philologen abgehalten wird. Für die Medicin wichtige Probleme können dabei nur gestreift, demnach das Interesse des Mediciners nur in geringem Grade gefesselt werden. An der mangelhaften Ausbildung der Mediciner in Physik und an dem daraus folgenden Mangel einer intensiven Zusammenarbeit von Physik und Medicin liegt es, daß der medicinischen Physik noch etwas Schwankendes, Unstätes anhaftet; sie wird aber zweifellos kraft ihres „inneren Wahrheitsgehaltes" aus dem Stadium der Entwicklung in ein Stadium höchster Bedeutung emporgetragen werden — analog der chemischen Richtung in der

*) Der Redaktion verspätet zugegangen.



Medicin, wenn man erst einmal Stellen schaffen wird, an den wissenschaftlich - physikalische und wissenschaftlich - medicinische Tätigkeit nebeneinander gehen, wenn man Physikern, die sich eingehend mit medicinischen Problemen beschäftigt haben, Gelegenheit zu reichlicher Lehrtätigkeit an diesen Stellen geben wird, wenn man in geeigneten Zeitschriften einen Meinungsaustausch *beider* Gruppen angeregt haben wird. Lehrbücher der Physik mit besonderer Betonung medicinischer Probleme müßten bearbeitet werden, in wissenschaftlich-medicinischen Instituten müßten physikalische Laboratorien den chemischen und mikroskopischen an die Seite gestellt werden, damit warmes Leben sich entfalten kann auf einem Gebiete, dem eine große Zukunft bevorsteht.

Anm. d. Red.: Wir stimmen dem Verfasser durchaus bei, wenn er von den Aerzten mehr Interesse, mehr Kenntnisse in Physik verlangt, denn der Arzt muß die Mode mitmachen, und während die bakteriologische Epoche sich dem Abend zuneigt und die chemische bereits hoch im Mittag steht, erglüht im Osten das Morgenrot des Zeitalters der medicinischen Physik. Tempora mutantur —. Dem Himmel sei Dank, daß eins immer nach dem andern kommt! Sonst müßten die armen Mediciner, die man auf alle Weise zu Universalgenies machen möchte, noch einen Teil der Nacht im Hörsaal zubringen — natürlich schlafend! Auch die soziale Medicin lauert dem Jüngling noch auf. Im Ernste: Es ist bereits jetzt unmöglich, alle Kollegs, die man als Student der Medicin hören sollte, alle Praktika, die man mitnehmen sollte, zu besuchen — normale körperliche und geistige Beschaffenheit vorausgesetzt; man muß schwänzen! Die neue Prüfungsordnung hat einen mehrsemestrigen Besuch der Kinder-, der Ohren-, der Nerven- und psychiatrischen-, der Haut- und Geschlechtsklinik usw., die man früher aus Interesse besuchte, zur Pflicht gemacht. Und noch manches andere. Ne quid nimis!

Dessauer ist erfahren genug, um dem Studenten der Medicin nicht ein noch größeres physikalisches Pensum aufhalsen zu wollen, sondern ein spezielles Studium der Physik nach dem medicinischen von Interessenten für wünschenswert zu halten. Daß aus dieser neuen Spezialität viel Gutes hervorgehen kann, von dem auch der praktische Arzt etwas hat, bezweifeln wir auch nicht und wünschen in diesem Sinne, daß Dessauers Anregung nicht ungehört und eindruckslos verhallen möge.

Patentnachrichten.

Gebrauchsmuster.

30 i. 309 008. Packung für steriles Nähmaterial, bestehend aus mit Flüssigkeit gefülltem Außen- und Innenglas. Dr. Degen & Kuth, Düren, Rhld. 6. 5. 07. D. 12 745.

30 k. 308 624. Besprenger bezw. Zerstäuber, bestehend aus einem konischen flaschenartigen Gefäß mit verschließbarem Ventil, Pumpe, Düse und Griff. Otto Deutschmann, Dresden-Striesen, Augsburgerstr. 6. 9. 4. 07. D. 12 602.

30 k. 308 646. Scheidewandkatheter zum Einführen in den kystoskopischen Katheter, welcher an seinem hinteren Ende zwei Hähne besitzt, um ein ununterbrochenes Füllen und Entleeren der Blase zu ermöglichen. Georg Wolf, Berlin, Karlstr. 18. 9. 4. 07. W. 22 163.

30 k. 308 799. Vorrichtung zum Aufnehmen pulverförmiger oder ähnlicher Substanzen und Einführen derselben in Körperhöhlen, bestehend aus zwei ineinander verschiebbaren Röhrchen. „Phateco" Ges. m. b. H., Dresden. 4. 5. 07. P. 12 335.

30 k. 308 887. Nasendusche mit bequem verschließbarem Einguß und einem der Nase angepaßten Ausguß. Dr. Heinrich Wetz, Darmstadt, Roßdörferstr. 89. 6. 4. 07. W. 22 214.

30 k. 308 892. Spreizbarer Scheidenspülapparat für die weibliche Scheide. Richard Heise, Berlin, Dieffenbachstr. 73. 13. 4. 07. H. 33 057.

31 a. 308 930. Tiegel-Schmelzofen. Emil Krause, Bochum, Westfäl.-Str. 27. 6. 5. 07. K. 30 964.

30 g. 310 714. Selbsttätiges Tropfglas. Jacob Hochgräfe, Hamburg, Ekhofstr. 9. 30. 5. 07. H. 33 560.

30 k. 310 225. Vorrichtung zum Parfümieren und Desinfizieren des Mundes sowie als Riechfläschchen für die Nase bezw. Geruchsnerven zu verwenden. Laboratorium „Helios" G. m. b. H., Hannover. 10. 5. 07. L. 17 673.

30 k. 310 229. Vorrichtung an Mutterröhren, um ein längeres und vollkommeneres Bespülen der Scheide zu ermöglichen, mit Rückfluß-Vorrichtung. E. Gustav Hörold, Oehrenstock b. Ilmenau. 15. 5. 07. H. 33 397.

30 k. 310 234. Drainage-Troicart. Georg Haertel, Breslau, Albrechtsr. 42. 18. 5. 07. H. 33 437.

30 k. 310 243. Spritze mit abschraubbarer Kolbenstange. Stock & Oelbermann, Cöln-Nippes. 21. 5. 07. St. 9449.

30 k. 310 245. Kystoskop mit zwei Ausschnitten an dem in die Blase einzuführenden Ende des Schaftrohrs. Reiniger, Gebbert & Schall, Erlangen. 22. 5. 07. R. 19 333.

30 k. 310 560. Irrigatorspritze mit über der Düse zu befestigender Dichtung aus porösem bezw. nachgiebigem Material. Heinrich Bind, Ludwigshafen a. Rh., Maxstr. 62. 29. 5. 07. B. 34 613.

30 a. 311 025. Blutstillungsklemme für Schädel-Operationen, mit abnehmbarem Griff und mittels Schraubvorrichtung bewirkter Klemmung. Medicinisches Warenhaus Akt.-Ges., Berlin. 22. 5. 07. M. 24 001.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin N. 4. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Nr. 33. 1907. 14. Oktober.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823



Redaktion:
Berlin N. 4, Kesselstrasse 11
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Ein kasuistischer Beitrag zur differentiell-diagnostischen und therapeutischen Bedeutung der Lumbalpunktion.

Von **Dr. Siegmund Kohn**, prakt. Arzt in Prag.

Nahezu zur selben Zeit, wo aus der Feder Dr. Gust. Reimanns ein Artikel in der Prager Medicinischen Wochenschrift vom 31. Januar 1907, Nr. 5, unter dem Titel: Meningitis cerebro-spinalis-Heilung erschien, hatte ich Gelegenheit, ein Kind zu beobachten und zu behandeln, das lange Zeit unter der Diagnose Meningitis geführt wurde, weil nahezu alle zur Diagnose dieser Erkrankung nötigen Symptome klassisch nachweisbar waren, und erst durch eine Kombination von wiederholten bakteriologischen Blut-, Stuhl- und Harnuntersuchungen sowie durch die Lumbalpunktion die Erkrankung sich als schwerst verlaufende Infektionskrankheit mit vorwiegender Beteiligung des zentralen Nervensystems herausstellte.

Da der Fall ein kleines Gegenstück des Falles des Kollegen Reimann darstellt, ebenfalls trotz ganz abnorm schweren Verlaufes schließlich in volle Heilung überging, endlich einen Beleg dafür darbietet, wie wichtig in solch differentiell-diagnostischer Beziehung unsere modernen bakteriologischen Untersuchungen und in diesem Fall insbesondere die Ausführung der Lumbalpunktion sich erweist, erlaube ich mir, die genauere Krankheitsgeschichte des Falles zu veröffentlichen:

Ella W.. 4½jähriges Mädchen, erkrankte am 21. Oktober 1906 unter Fraisenanfällen, i. e. eklamptischen Krämpfen, nachdem, wie die Eltern angaben, das Kind ein bis zwei Tage zuvor etwas müde erschien, weniger gut gelaunt gewesen und an leichten Magenindispositionen gelitten hatte.

Anamnestisch wäre nur folgendes zu erwähnen: Vater des Kindes ist und war stets vollkommen gesund, die Mutter dagegen stets auffallend anämisch, zart und gracil gebaut, mager, nach vor Jahren überstandener Lungenaffektion. Die Entbindung der Frau bei diesem ihrem ersten Kinde, bei der zu intervenieren ich Gelegenheit hatte, war eine vollkommen normale, das Wochenbett verlief fieberfrei und ungestört, und unter peinlicher Pflege hatte sich die Frau damals auch recht gut erholt.

Das Kind selbst gedieh bei einer fremden Amme ganz gut, konnte körperlich als recht kräftig bezeichnet werden, hatte jedoch aber schon ein- bis zweimal in früherer Zeit leichte Zuckungen mit kurz dauernden Bewußtseinsstörungen überstanden, die ich damals auf gastrische Störungen zurückführen mußte. Sonst war es immer gesund gewesen, geistig auffallend gut entwickelt — der Kopf erschien mir immer etwas größer als normal (Hydrozephalie).

Was nun den weiteren Krankheitsverlauf bei der nun in continuo zu schildernden Erkrankung betrifft, so gestaltete sich derselbe wie folgt: Nachdem sich das Kind von der Eklampsie unter kalten Einwicklungen, Packungen, Chloralhydratclysmen, etwas Chloralhydrat mit Brom, intern gereicht, absolut leichter Diät. Herzkräftigung erholt hatte, folgten einige Tage, wo das Kind Temperaturen von 38,8 bis 39,4 Grad hatte, an Verstopfung litt und folgenden Befund aufwies: das Sensorium war fast vollständig benommen, die Pupillen etwas in ihrer Weite differierend, das Kind ungemein leicht auf jede Lichtwirkung, aufs Sprechen im Zimmer, jede Bewegung reagierend, erschien scheu, der Nacken sehr steif, der Leib kahnförmig eingesunken, Reflexe am Knie erhöht, der Puls gut, kräftig, etwas verlangsamt, nicht recht parallel mit der Erhöhung der Temperatur einhergehend, Lungen, Herz frei, im Halse nichts nachweisbar, im mittels Rezipienten aufgefangenen Harn ebenfalls nichts Pathologisches nachweisbar.

In den folgenden Tagen änderte sich das Krankheitsbild noch weiter, die Temperaturen waren zwischen 39,2 bis 39,6° gestiegen, die Pupillen ungleich, träge reagierend, zeitweises plötzliches Aufschreien (Cri hydrocephalique), lautes Zähneknirschen bemerkbar, andauernd deutliche Nackenstarre, eigentümliche, verdächtige rote Flecke auf den Wangen. Unterleib kahnförmig eingesunken, die Muskulatur, speziell des linken Fußes, sehr starr, bretthart, Patellarreflexe etwas gesteigert, Fußklonus auslösbar.

Auffallend war die schon vom vierten Tage sich einstellende Diarrhöe (sechs bis acht Stühle pro Tag), der ganz eigentümliche Zungenbelag, Foetor ex ore, doch war die Milz auch gegen Ende der ersten Woche nicht merklich vergrößert, kein Meteorismus, keine Roseolen nachweisbar.

Ein pro consilio zugezogener Kinderarzt, der das Kind zweimal genau zu untersuchen und zu beobachten Gelegenheit hatte, erklärte nun bei seinem zweiten Kommen dezidiert den Fall als eine ganz sichere (wahrscheinlich basilare) Meningitis und gab dem Vater die aus dieser Diagnose sich ergebenden prognostischen Aufklärungen.

Die Eltern, die in ihrer Verzweiflung, ihr einziges Kind verlieren zu müssen, nun immer wieder weitere und neue ärztliche Hilfe suchten, willigten nach Besprechungen mit einem zweiten Consiliarius nun ein, auf unsere Vorschläge einzugehen und die Lumbalpunktion bei dem Kinde vornehmen zu lassen. Und siehe da, die Flüssigkeit kam absolut klar heraus, eine eitrige Meningitis war also mit Wahrscheinlichkeit auszuschließen, doch auch die erwartete Flocke blieb aus, kurz, man mußte nach der bakteriol. und mikroskopischen Untersuchung das Vorhandensein einer Meningitis tuberc. oder cerebrospinal. epidemica nahezu oder mit Wahrscheinlichkeit ausschließen, vielmehr annehmen, daß es sich um eine ganz abnorm verlaufende akute Infektionskrankheit mit vorwiegender Beteiligung der Hirnhäute handle. Wir schritten in der Folge (es war bereits gegen Ende der zweiten Woche) zur bakteriol. Blut-Untersuchung, die nun sofort den typischen positiven Widal ergab — so positiv, daß man mit Wahrscheinlichkeit einen schwersten Typhus annehmen mußte. Nun war auch die

Stuhluntersuchung positiv, und auch die Harnanalyse ergab den bei Typhus so oft klassischen Befund.

Erst nach weiteren zwei Tagen fand auch sonst klinisch die Diagnose ihre Bestätigung; am 16. Krankheitstage waren deutlich Roseolenflecke, etwas, aber nicht sehr vergrößerte Milz, Meteorismus zu konstatieren, während die Temperaturen kontinuierlich zwischen 39,3 bis 40,2 schwankten, die Zunge ihren eigentümlichen Belag nicht änderte, doch auch die Hirnerscheinungen lange noch ganz unverändert blieben — also nach wie vor Pupillendifferenz, Nackenstarre, vollständiges Sprechunvermögen, Cri hydrocephalique, erhöhte Patellarreflexe, auslösbarer Fußklonus, Starre in der Muskulatur, speziell der beiden, stärker allerdings der linken unteren Extremität, tiefe Benommenheit bestanden.

Harn und Stuhl wurden unter sich gelassen, die Nahrungsaufnahme war noch ziemlich gut, beschränkte sich natürlich nur auf Milch, Milchkaffee, Suppe, Tee, etwas Malagawein.

In der Folge gab es noch manche Komplikationen zu überstehen. Es trat eine beiderseitige Pleuropneumonie auf, eine Vulvitis, endlich eine leichte Parese der linken ganzen Seite ein. Speziell die Pneumonie jedoch störte durch stets wieder neue, hohe Fiebersteigerungen auch die Beobachtung der Temperaturkurve, die gewiß sonst jetzt schon allmählich in absteigender Linie sich bewegt hätte.

Ich möchte nicht im speziellen auf die therapeutischen Maßnahmen während der vielwöchigen Erkrankung des Kindes detailliert eingehen, da diese nichts Besonderes bieten, und sich neben hydriatischen Prozeduren, wie Eisbeutel resp. Kopfhaube, kalte, zwei- bis dreistündlich wiederholte Leibeseinpackungen, peinlichste Herzkontrolle, strenge Reinlichkeit (Trockenlegung, Luftpolster etc. etc.), nur im konservativen Sinne bewegten, doch möchte ich schon jetzt betonen, daß durch die ausgeführte Lumbalpunktion und den negativen Erfolg derselben, sowie durch die sich daran anschließende resp. notwendig werdende Widalsche Untersuchung mit so positivem Ausfall wir in unserem therapeutischen Handeln denn doch in ganz bestimmte Bahnen gelenkt wurden — und das bedeutet bekanntlich sehr viel im Verlaufe einer so schweren Erkrankung gerade beim bewußtlosen Kinde.

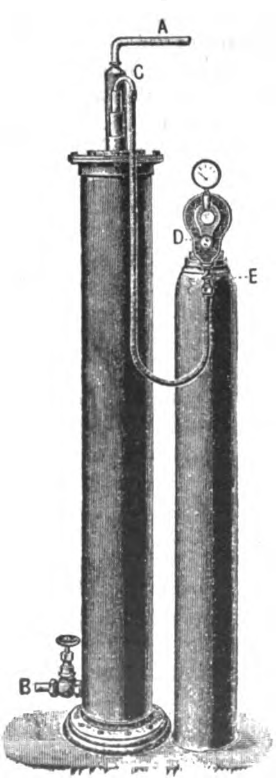
Kehren wir zum weiteren Verlaufe der Erkrankung, d. i. zum allmählichen Fieberablauf und zum Eintritt in die Rekonvaleszenz zurück, so bietet sich auch da in der Beobachtung speziell der psychischen Seite einiges Interessante: Unter gleichzeitigem Rückgang resp Lösung der Erscheinungen im Bereiche des Respirationstraktes wurde die Zahl der täglichen Stühle geringer, die Milzschwellung nahm ab, die Roseolen verloren sich, die Zunge reinigte sich, und allmählich trat, nachdem auch die Temperaturen früh subnormale, abends Normalhöhe erreicht hatten, Eßbedürfnis ein. Ich kräftigte das immer noch zumeist wie im Halbdusel liegende Kind jetzt ausgiebig und sah, wie es sich allmählich körperlich erholte. Doch lange noch versagte das Sprech-, Denk- resp. Erinnerungsvermögen. So oft ich ans Krankenbettchen herantrat, war die einzige Abwechslung, die ich fand, die, daß das Kind die Augen aufschlug, verwundert dreinschaute, weinte, und sich wieder umdrehte, um weiterzuduseln. Erst allmählich lernte es wieder Worte nachsagen, Gegenstände benennen, erkannte seine Umgebung, erkannte auch die Leute, die es vor der Erkrankung gut gekannt hat, wurde zutraulicher, verlangte Verschiedenes, spielte mit seinem Spielzeug, kurz, Gedächtnis, Auffassung, normales, wenn auch langsameres Sprechen, kehrten wieder, Gehör, Gesicht und Gefühl wurden normal. Auch mußte dem Kind förmlich das Gehen wieder gelehrt werden, was allerdings nur ganz kurze Zeit währte. Nach fast dreimonatiger Krankheit konnte man das Kind als völlig normal und wiederhergestellt bezeichnen.

Der Fall, den ich hier detailliert darzustellen mir erlaubte, hat mehrfaches klinisches Interesse; er zeigt, wie schwer oft die different. Diagnose der Meningitis von einer unter vorwiegend meningitischen Symptomen verlaufenden Infektionskrankheit unterschieden werden kann, er zeigt aber auch, daß wir gerade durch die Errungenschaften der Bakteriologie, der Lumbalpunktion, der bakteriologischen Blut-, Stuhl- auch Harnuntersuchung oft nur mit Zuhilfenahme der Impfversuche am entsprechenden Tiere sehr vorwärts gekommen sind, und oft nur durch letztere das klinisch-diagnostische Bild völlig aufgehellt wird — fast immer zum Wohle der leidenden Menschheit; unbegreiflich erscheint es aber dann, wie man heute noch gegen alle diese angeführten neueren Eingriffe hartnäckigst ankämpft! Die Lumbalpunktion endlich hat wohl in der letzten Epidemie von epidemischer Genickstarre gewiß positive und gute Resultate gezeitigt, wenn wir auch nicht behaupten können, es seien die geheilten Fälle nur durch diesen Eingriff gerettet worden, sie ist und bleibt aber auch gewiß ein wichtiger Behelf in differential-diagnostischer Beziehung.

Kohlensäure-Mischapparat „Radikal".

Die ausgedehnte Verwendung der Kohlensäurebäder in der Therapie läßt es sehr wünschenswert erscheinen, daß die Technik sich intensiv mit der Lösung des Problems befasse, bei der Herstellung der künstlichen Kohlensäurebäder im Hause des Kranken oder in Anstalten den natürlichen Verhältnissen, wie sie die an Kohlensäure reichen Heilquellen präsentieren, nach Möglichkeit nahe zu kommen. Ein ziemlich rohes Verfahren ist die Erzeugung von Kohlensäure im Badewasser durch Hinzufügen von Bikarbonat und Säure oder von fertig gemischten Präparaten, wie sie im Handel zu haben sind; denn abgesehen davon, daß die Kohlensäureentwicklung nicht zu dosieren, also nicht gleichmäßig zu gestalten ist, reizen die zugefügten Präparate in unbeabsichtigter Weise die Haut, erschwert die im Ueberschuß erzeugte Kohlensäure die Atmung, ist die Verteilung der Kohlensäureblasen im Badewasser eine ungleiche und grobe, werden die Badevorrichtungen stark angegriffen und — last not least — sind die Bäder ziemlich teuer. Ein anderer Weg zum Ziele wurde durch Verwendung flüssiger Kohlensäure eingeschlagen, indem diese aus einem Stahlzylinder durch eine auf dem Boden der Wanne angeordnete Rohranlage einfließt und nun aus ganz kleinen Löchern gasförmig ins Wasser gelangt. Doch kann auch auf diese Weise eine den natürlichen Verhältnissen gleichkommende Verteilung der Kohlensäureblasen nicht erreicht werden. Größere Apparaturen, die dies gewährleisten, sind für den Gebrauch im Hause oder in kleinen Betrieben schon wegen der Kosten ungeeignet.

Diese Notlage, in die so der auf Kohlensäurebäder angewiesene Patient sich versetzt sah, ist durch eine Erfindung der Firma Ernst Utecht in Braunschweig gehoben worden. Es gelang der Firma, einen automatisch arbeitenden Apparat herzustellen, der es ermöglicht, auch ohne Wasserleitungshochdruck tadellose CO_2 Bäder herzustellen, so daß er von einer im Gebäude befindlichen Wasserreserve gespeist werden kann. Die eigenartige Einrichtung verwendet den Kohlensäuredruck, um das Wasser anzusaugen, so daß z. B. bei einem Wasserdruck von nur 0,3 Atmosphären (Wasserreserve drei Meter über dem Apparat) mit CO_2 Druck von ca. 6 bis 7 Atmosphären gearbeitet wird, also ohne Pumpenanlage etwa der zehnte bis fünfzehnte Teil des Wasserdruckes schon hinreicht, den andere Apparate benötigen. Mit diesem Apparat ist demnach zahlreichen Anstalten gedient, die sich bisher mit allerlei Surrogaten behelfen mußten, weil sie an keine Wasserleitung angeschlossen waren. Aber auch an Stelle der sonst üblichen Apparate für Hochdruck bedeutet dieser Apparat einen wesentlichen Fortschritt, insbesondere infolge



des geringen Preises. Er ist daher nicht nur für Badeanstalten, sondern auch für Private geeignet. Dieser Apparat arbeitet schnell, er sättigt das Wasser tadellos und reichlich mit Kohlensäure, es ist ihm darin kein anderes System überlegen. Die Handhabung ist leicht, erfordert wenig Bedienung, der Apparat ist zuverlässig und dauerhaft. Er arbeitet sehr sparsam; mit einer CO_2 Flasche von 10 Kilo werden 20 bis 30 Bäder erzeugt. Die erzeugten Bäder entsprechen durchaus den natürlichen Heilquellen, man kann das Wasser nach Belieben mehr oder weniger mit Kohlensäure sättigen.

Ueber die Anwendungsweise des Apparates sei folgendes bemerkt. Die höchste Verschraubung des Apparates wird an die Wasserleitung angeschlossen. Ein Hahn gestattet, das Wasser abzustellen. Der Ablauf nach der Badewanne befindet sich unten am Apparat; der daselbst befindliche Wasserhahn soll in der Regel völlig geöffnet sein. Es ist unbedingt nötig, daß das Kohlensäurewasser auf dem Boden der Wanne eintritt. Das erreicht man am einfachsten durch Verwendung eines Schlauches, den man bis auf den Grund der Wanne leitet. Der mitgelieferte Schlauch wird an die etwas tiefere Verschraubung des Kopfteiles des Kohlensäureapparates angeschraubt, am anderen Ende an das Reduzierventil und dieses wieder an die Kohlensäurebombe.

Das Einregulieren des Apparates erfolgt so: Man lasse zunächst einen Teil Wasser durch den Apparat in die Wanne, bis der Boden derselben etwa 5 cm hoch bedeckt ist, so daß der Eintritt des Wassers sich auf alle Fälle unter der Oberfläche des Wassers befindet. Dann drehe man die Kohlensäureflasche und den unteren Hahn des Reduzierventils, stelle die große Sechskantschraube des Reduzierventils so lange, bis das Manometer auf fünf Atm. zeigt und warte nun etwa eine Minute den Erfolg ab. Es muß sich nahe vor dem Eintritt in die Wanne ein mit unzähligen Bläschen durchsetztes Wasser zeigen. Ist dies nicht der Fall, so drehe man die Sechskantschraube am Reduzierventil mittels des Schlüssels noch weiter nach rechts herum, aber nie mehr, als bis das Manometer auf acht Atm. zeigt. Tritt alsdann der gewünschte Erfolg noch nicht ein, dann stelle man den unteren Hahn am Apparat etwas weiter zu. Tritt dagegen Bullern ein, d. h. steigen sehr große Blasen auf, dann muß der Druck der Kohlensäure vermindert werden, was man durch Drehen nach links der großen Sechskantschraube am Reduzierventil erreicht. Es kann unter Umständen nötig sein, den Druck der Kohlensäure gleich dem des Wassers zu machen. In der Regel muß jedoch der Druck der Kohlensäure ein bis zwei Atm. höher sein.

Ist der Apparat richtig einreguliert, so ist es sehr einfach, ein Bad anzufertigen. Am einfachsten läßt man zunächst die Wanne $^1/_3$ bis $^1/_2$ voll warmes Wasser laufen, dessen Temperatur nicht gut unter 50 bis 55 Grad R. sein darf. Erst nachdem dies geschehen ist, lasse man das Kohlensäurewasser ein, indem man erst die Kohlensäureflasche, dann langsam den Hahn des Reduzierventils und zuletzt den Wasserhahn aufdreht. Hat das Wasser in der Wanne die richtige Badetemperatur erreicht, so stellt man zuerst die Kohlensäureflasche ab und alsdann das Wasser, aber immer oben über dem Einlauf des Apparats, niemals unten am Apparat.

Es ist auch möglich, das Kohlensäurewasser und das warme Wasser zugleich in die Wanne zu leiten. Doch ist unbedingt nötig, daß beides auf den Boden der Wanne geleitet wird. Auf keinen Fall aber darf das Wasser hineinplätschern, da sonst ein großer Teil der Kohlensäure verloren geht. Wenn das kohlensäurehaltige Wasser und das warme Wasser zugleich in die Badewanne geleitet werden, hat man den Vorteil, daß das Wasser sich besser mischt.

Periodische Literatur.

Röntgenbehandlung bei Prostatahypertrophie. Von Haemisch, Hamburg. (Münch. medic. W. Nr. 14.)

Verf. hat bei der Röntgenbestrahlung der Prostata ähnliche Erfolge gesehen, wie sie von andern Autoren beschrieben worden sind, Weicher- und Kleinerwerden der Drüse schon in der ersten und zweiten Woche nach der Bestrahlung, gänzliche oder teilweise Behebung der Anurie. Großer Wert ist auf die richtige Auswahl der geeigneten Fälle zu legen. Die dicken, weichen, glandulären Formen, die einen fast rein adenomatösen Bau zeigen, sind der Röntgenisierung zugänglich; die fibrösen Formen, in denen Bindegewebe und Muskulatur überwiegen, verhalten sich refraktär; versagen muß die Behandlung auch, wenn die Anurie auf einer narbigen Veränderung im prostatischen Teil der Harnröhre beruht. Eine gleichzeitige Behandlung der Blase ist notwendig. Bezüglich der Technik wird an der Hand von Abbildungen eine für den Patienten möglichst wenig belästigende und ungefährliche, für den Arzt möglichst handliche Anordnung beschrieben, die folgenden Grundsätzen Rechnung trägt: Bei Behandlung der Prostatahypertrophie hat man es zumeist mit alten, gebrechlichen Leuten zu tun, denen keine unnötigen Anstrengungen zugemutet werden dürfen, weshalb in erster Linie für tunlichst bequeme Lagerung Sorge zu tragen ist; der Körper des Patienten, insbesondere die Keimdrüse muß sicher vor den Strahlen geschützt werden; die Röhre muß so angebracht werden, daß bei etwaigen Bewegungen des Patienten eine Verletzung desselben oder eine Beschädigung der Röhre ausgeschlossen ist; auch darf die Zentrierung nicht verloren gehen; ist der Patient gelagert, so darf das Anbringen der Schutzvorrichtung und der Röhre, sowie ihre Zentrierung keine wesentliche Zeit mehr erfordern.

Bücherbesprechung.

Dr. Fritz Toeplitz, Kinderarzt in Breslau: **„Des Säuglings Ernährung und Pflege“.** Mit einer Einführung von Prof. Dr. A. Schloßmann in Düsseldorf. Breslau, Preuß & Jünger, 1907.

Im Brennpunkt des allgemeinen Interesses steht zur Zeit die Bewegung zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit; sie steht, ebenso wie die Bewegung zur Begründung von Tuberkuloseheilstätten, im Zeichen der Moderne. Ueber den Erfolg derartiger Strömungen, die zu ihrem eignen Schaden nicht immer unter der Aegide ärztlicher Wissenschaft das Volk durchziehen, wird man erst ein Urteil sich bilden können, wenn sie historisch geworden sind. Nur allzu leicht wird der Kurs verfehlt, nur allzu leicht nimmt ein Begriff in den Augen kurzsichtiger Zeitgenossen die berückende Gestalt eines idealen Zieles an, und zu spät erst fällt vom wertlosen Phantom die trügerische Hülle!

In Sachen Säuglingssterblichkeit gibt es nur einen einzigen Weg zum Ziele, den Toeplitz, wie aus dem Vorwort zu ersehen, klar erkannt hat; denn er sagt daselbst: „. . . . in der Erkenntnis, daß der einzige Weg, die Säuglingssterblichkeit auf ein geringeres Maß herabzudrücken, die Belehrung der Mütter über eine vernünftige, gesundheitsgemäße Ernährung und Pflege ihrer Säuglinge sein kann.“

Diese Anschauung des Autors gibt seiner Broschüre unseres Erachtens einen besonderen Wert, indem seine Verbreitung dazu beitragen wird, die allgemein gültige Meinung, daß der Säuglingssterblichkeit durch Gründung von Säuglingsheimen zu steuern sei, endlich zu erschüttern. Toeplitz ist sozusagen für kausale Therapie, während im allgemeinen noch viel zu viel symptomatische Therapie betrieben wird.

Es ist hier nicht der Ort, diesen Gedanken fortzuspinnen, das aber sei doch hervorgehoben: Säuglinge gehören nie und nimmer ins Krankenhaus. Die praktische Erfahrung beweist, wie nutzlos, ja schädlich es für leicht- und schwerkranke Säuglinge ist, zu mehreren in einem Saale zu liegen; bietet sich doch so die denkbar beste Gelegenheit zur gegenseitigen Infektion. Die Staphylokokken im Stuhle des einen Patienten werden nur allzu sicher alsbald auch im Darme des andern florieren, und die Anginen und Bronchitiden sind ständige Gäste. Dies bei der geringen Widerstandskraft magendarmkranker Säuglinge! Der Säugling verlangt ferner individuelle Behandlung und Pflege, was im Krankenhaus unmöglich ist, da viel zu viel Personal erforderlich wäre. Der Säugling verlangt die Pflege von seiner Mutter im elterlichen Haushalt. Darum hat sich die Bewegung gegen Säuglingssterblichkeit dahin zu richten, jeder Mutter die Pflege ihres Kindes im

Hause zu ermöglichen, nicht aber unter Aufwand enormer Kosten Krankenhäuser für Säuglinge zu errichten und so das instinktive Gefühl für die Anerkennung ewiger Wahrheiten noch mehr zu unterdrücken. Jede Mutter hat eine natürliche Abneigung dagegen, ihren Säugling von sich wegzugeben, und kann dazu nur durch die Not und die herrschende Ansicht, im Krankenhaus würde ihr Kind gesund, bewogen werden.

Solche Tatsachen können in der gegenwärtigen Zeit nicht genug betont werden, und wir wünschen der Toeplitzschen Broschüre schon deshalb die weiteste Verbreitung, weil der zitierte Satz vielleicht dazu beiträgt, die wichtigen Bestrebungen zur Hebung der Säuglingssterblichkeit zu markieren und falsche zu unterdrücken.

Ist erst einmal jede Mutter in der Lage, während der Säugeperiode frei von Fabrikarbeit im Hause zu bleiben und sich ihrem Neugeborenen in ausreichendem Maße zu widmen, dann wird man über die Säuglingskrankenhäuser lachen und die Köpfe schütteln. Von höchstem Werte für die Mütter sind Aufklärungen, wie sie in der Toeplitzschen Broschüre in knapper und prägnanter Form enthalten sind. Hat jede Mutter dieses Heftchen von 16 Seiten in der Hand, so kann sie bei der Ernährung und Pflege ihres jungen Kindes nicht irre gehen. Wie sonderbar und wie tragikomisch geht es doch in unserer Zeit zu, daß der Mensch der Natur gewissermaßen untreu geworden ist und sich nun über die physiologischen Verrichtungen, über die natürlichen, d. h. selbstverständlichen Vorgänge aus Büchern Rat holen muß! Wenn er's nur immer täte! Wenn nur jede Mutter die wenigen Seiten der vorliegenden Broschüre sich zu eigen machte! Trotz Czerny wäre dann, wie Schloßmann sein Geleitwort beschließt, „das kleine Buch, das meine Wünsche auf seiner Fahrt begleiten, eine Brücke in die Zukunft des Menschengeschlechts." L.

Patentnachrichten.

Gebrauchsmuster.

30a. 311 342. Instrument zur Prüfung des Empfindlichkeits-Gefühls. Fa. B. B. Cassel, Frankfurt a. M. 7. 5. 07. C. 5818.

30a. 311 344. Sterilettklemmzange. Hrch. Jansen, Crefeld, Roßstr. 174. 10. 5. 07. J. 7201.

30a. 311 347. Lampe mit homogener Leuchtfläche für ärztliche Untersuchungen mit dem Reflektor. Fa. F. L. Fischer, Freiburg i. B. 21. 5. 07. F. 15 667.

30a. 311 348. Verlängerbares Instrument zu Operationen in Körperhöhlen, bestehend aus zwei ineinander verschieblichen Röhren, der Zange und dem Griffteil. Fa. F. L. Fischer, Freiburg i B. 21. 5. 07. F. 15 668.

30d. 311 349. Nasenformer, bestehend aus einer mit fleischfarbenem Stoff überzogenen, durch Bandschlingen an den Ohren zu befestigenden Kautschukkappe. Fa. Richard Kempe, Dresden. 21. 5. 07. K. 31 095.

30e. 311 345. Mit Schraube und Zahnrad versehene Einstellvorrichtung der Rücken- bezw. Beinplatten an Operationstischen. Georg Haertel, Breslau, Albrechtstr. 42. 16. 5. 07. H. 33 400.

30e. 311 361. Wasserdichte Papierunterlage für Säuglinge, Wöchnerinnen und Kranke. Moritz Priem, Leipzig, Johannispl. 3. 30. 5. 07. P. 12 456.

30f. 311 337. Lichtbadeeinrichtung mit Quecksilberlampen. Bohumil Jirotka, Pankow b. Berlin, Nordbahnstr. 17. 9. 4. 07. J. 7113.

30f. 311 341. Mit elektrischen Elementen und Induktionsspule versehener Gürtel mit gemeinschaftlichem Polwechsel- und Stromregulierschalter. Karl Ludwig Illian, Koselstr. 7, und Carl Friederichs, Frankfurt a. M., Diesterwegstr. 29. 20. 4. 07. J. 7167.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin N. 4. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Nr. 34. 1907. 21. Oktober.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.



Redaktion:
Berlin N. 4, Kesselstrasse 11
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Ueber die Beeinflussung von Narbenstrikturen durch intravenöse Anwendung einer neuen Thiosinamin-Verbindung*).

Von **Dr. Ernst R. W. Frank**-Berlin.

Die Untersuchungen von Pohl-Prag haben uns gelehrt, daß das Thiosinamin zu denjenigen Stoffen gehört, welche im tierischen Organismus eine sogenannte Alkylsynthese eingehen und zwar, was von besonderer praktischer Bedeutung sein dürfte, daß es im Gegensatz zu den bisher bekannten alkylbindenden Körpern völlig ungiftig ist. Weitere Versuche Pohls ergeben die Tatsache, daß man bei Tieren, welche man nach intravenöser Einverleibung von Thioharnstoff verbluten läßt, und zwar im Moment deutlich wahrnehmbarer Sulfidausscheidungen, das Sulfid im Blute findet. In den Organen findet man dasselbe nicht, wohl aber im Muskelgewebe, in welchem, allerdings erst nach Zusatz einer 2%igen Fluornatriumlösung, ein deutlicher Sulfidgeruch wahrnehmbar wird.

Diese Versuche beweisen, daß das Thiosinamin und ebenso das Fibrolysin in therapeutischen Dosen völlig ungiftig sind. Durch die genannten Untersuchungen findet auch eine eigentümliche von Mendel-Essen bereits mitgeteilte Beobachtung ihre Erklärung. Es geben nämlich alle Patienten, welchen man Fibrolysin in die Venen spritzt, sobald die stauende Binde gelöst wird, an, die Empfindung eines höchst unangenehmen lauch- oder zwiebelartigen Geschmackes und Geruches zu haben, der nach wenigen Sekunden vorübergeht. Diese Erscheinung beruht darauf, daß das Aethylsulfid durch die Exhalationsluft ausgeschieden wird, wovon man sich leicht überzeugen kann, wenn man sofort nach erfolgter Einspritzung seine Nase an den geöffneten Mund des Patienten hält. Auch bei der intramuskulären Darreichung tritt die Erscheinung ein, aber erst nach 20 bis 25 Minuten.

Seitdem Hans v. Hebra im Jahre 1892 die aufweichende und aufquellende Wirkung des Allylsulfoharnstoffs auf Narbengewebe festgestellt hatte, ist eine ziemlich umfangreiche Literatur über diesen Gegenstand erschienen, die Mendel in seiner Arbeit über das Fibrolysin zusammengestellt hat. Forscht man nach den Gründen, welche eine ausgedehnte Anwendung dieses Mittels verhindert haben, so liegt die Ursache erstens in der schweren Löslichkeit des Thiosinamins in Wasser, zweitens in der völligen Unwirksamkeit des Präparates bei innerer Darreichung und endlich in der sehr erheblichen Schmerzhaftigkeit der von Hebra empfohlenen alkoholischen Lösung.

Mendel-Essen ist das Verdienst zuzuschreiben, ein Doppel-Salz hergestellt zu haben, welches bei gleichen pharmakodynamischen Fähigkeiten wie das Thiosinamin, in Wasser löslich ist, sich nicht zersetzt und den Patienten keine Beschwerden verursacht. In ähnlicher Weise wie das Diuretin durch Verbindung des unlöslichen Theobromin mit Natr. salicyl. zu einem in Wasser löslichen Präparate gemacht wurde, hat Mendel eine chemische Verbindung von Thiosinamin mit Natr. salicyl. dargestellt, in welcher sich ein Molekül Thiosinamin mit einem halben Molekül Natr. salicyl. verbindet. Diese neue Verbindung wird unter der Bezeichnung Fibrolysin von der Firma Merck in Darmstadt in den Handel gebracht. Das Fibrolysin ist in kaltem Wasser schnell löslich, da aber die Lösung bei Licht und Luftzutritt sich leicht zersetzt, bringt die genannte Firma das Mittel in Gestalt einer gebrauchsfertigen, durch einstündiges Erhitzen im Autoklaven auf 115° sterilisierten, 15%igen Lösung in zugeschmolzenen, braunen Glasampullen in den Handel. Jede Ampulle enthält 2,3 ccm Fibrolysinlösung, entsprechend 0,2 g Thiosinamin. Zur Verwendung kommt jedesmal die ganze Dosis von 2,3 ccm und zwar subkutan, intramuskulär oder intravenös. Die pharmakodynamische Wirkung des Fibrolysins ist, wie schon erwähnt, die gleiche wie die des Thiosinamins. Sie tritt sehr schnell ein, da die Verbindung, sobald sie in die Blutbahn gelangt, sich in ihre Komponenten spaltet.

Das Indikationsgebiet des Fibrolysins erstreckt sich nach Mendel auf alle diejenigen Fälle, in denen es sich darum handelt, Narbengewebe ohne Unterschied des der Narbenbildung vorangegangenen pathologischen Prozesses, aufzulockern und zu erweichen, die Widerstandsfähigkeit desselben zu erhöhen und seine Schrumpfung zu verhüten. Irgend welche unangenehmen Nebenwirkungen wurden nach Anwendung von Fibrolysin nicht beobachtet. Ebensowenig trat ein Wiederaufflammen eben abgelaufener Entzündungsprozesse ein. Mendel hatte bereits an der Vene frisch entnommenem Blute festgestellt, daß die Fibrolysin-Lösung keine Gerinnungen des Blutes hervorruft und daß auch die korpuskulären Elemente des Blutes in keiner Weise von dem Mittel in ihrer Vitalität geschädigt wurden, so daß also die Gefahr einer Embolie durch die Einspritzung in die Venen auszuschließen war. Auch das Endothel der Venen wurde nie geschädigt. Die ausgezeichneten Resultate, über welche sowohl Mendel als auch einige andere Autoren, wie Hirschland, Teschemacher, Mohr, König, Halasz und Mellin berichten, veranlaßten mich, das Mittel in einer Anzahl von narbigen Veränderungen des Uro-Genital-Tractus zu prüfen. Um die Gefahrlosigkeit der intravenösen Fibrolysin-Einspritzung nochmals sicher festzustellen, machte ich mir selbst zwei solche Injektionen in die Armvenen; außer der bereits geschilderten eigentümlichen Geruchs- und Geschmacksempfindung, die wenige Sekunden nach der Injektion auftrat, um sofort wieder zu verschwinden, verspürte ich keinerlei unangenehme Erscheinungen. Zur Injektion bediente ich mich der 2 ccm fassenden Glasspritze von Lieberg in Kassel. Die Technik führte ich genau in der von Mendel ausführlich beschriebenen Weise aus. Ich habe im ganzen 20 Fälle behandelt. In drei von diesen Fällen handelte es sich um Er-

*) Nach einem Vortrage, gehalten auf dem 10. Kongreß der Association d'Urologie française 1906.

krankungen der Bänder und Bindehäute zwischen den Fußwurzelknochen und zwar einmal auf gonorrhoischer Basis entstanden; hier war gleichzeitig eine lange bestehende äußerst schmerzhafte Verdickung der Achilles-Sehne vorhanden. Der zweite Fall betraf einen Patienten, welcher an harnsaurer Diathese seit Jahren litt, und im dritten Fall handelte es sich um Veränderungen am Mittelfuße eines Fechtmeisters, bei welchem außer der harnsauren Diathese vielleicht auch noch traumatische Ursachen vorlagen. In allen drei Fällen klagten die Patienten über schmerzhafte Beschwerden, welche seit Monaten bestanden, das Gehen außerordentlich erschwerten und durch die verschiedensten therapeutischen Maßnahmen und Badekuren nicht im geringsten gebessert wurden. Schon nach zwei Fibrolysin-Einspritzungen in die Armvenen berichteten die Patienten über auffallende Besserung. Nach weiteren zwei Injektionen waren die Beschwerden gänzlich verschwunden, die Gehfähigkeit wieder völlig hergestellt. In einer Beobachtungszeit von drei bis zehn Monaten blieben die Patienten völlig geheilt Entsprechend der bereits von Mendel richtig gewürdigten Tatsache, daß das Fibrolysin lediglich die Bindegewebsfasern des pathologischen Narbengewebes erweicht und auflockert, muß die Therapie dafür sorgen, daß eine entsprechende mechanische Behandlung diese spezifische Wirkung des Fibrolysins zweckdienlich unterstützt. Eine bereits ausgebildete Kontraktur oder Stenose kann unmöglich durch die Fibrolysineinspritzungen allein beseitigt werden, dies bleibt einer entsprechenden gleichzeitigen mechanischen Behandlung, wie Massage, Dilatation und Bewegungstherapie vorbehalten, die nach Erweichung des Narbengewebes erfolgreich einsetzt, während für dieselbe vorher die Starrheit und Härte der Narben ein unüberwindbares Hindernis bildete.

In einem vierten Falle handelte es sich um einen Patienten, welcher seit etwa zwei Jahren über schmerzhafte Beschwerden im Unterleib und ganz besonders in der Blasengegend klagte. Die kystoskopische Untersuchung ergab eine trichterförmige Ausziehung des Blasenscheitels nach oben und links und entsprechende sekundäre Veränderungen am Blasenausgange. Da Patient zwei Jahre zuvor einer Gastroenterostomie sich unterzogen hatte, durfte ich annehmen, daß die eigentümliche Verziehung der Blase durch adhäsive, infolge der Operation entstandene Narbenstränge bedingt war. Alle bisherigen Heilversuche, innere Mittel, Massage, Elektrizität u. s. w. waren ohne jeden Erfolg geblieben, und ich versprach mir und dem Patienten sehr wenig Erfolg von der Fibrolysin-Therapie. Um so erstaunter war ich, als mir der Patient bereits nach der zweiten Einspritzung versicherte, seine Beschwerden seien fast völlig verschwunden. Nach zwei weiteren Einspritzungen gab der Patient an, keinerlei Beschwerden mehr zu fühlen. Er sprach sein Erstaunen darüber aus, daß die Massage, welche früher ganz erfolglos gemacht worden war, bei gleichzeitiger Vornahme der Einspritzungen so ausgezeichnet gewirkt habe. Absichtlich sagte ich dem Patienten, daß ich es für wahrscheinlich hielte, daß die Beschwerden nach einiger Zeit wieder auftreten würden, er möge mir oder seinem Hausarzte alle zwei bis drei Wochen Bericht abstatten. Der Zustand ist seit einem Jahre ein unverändert guter. An dem kystoskopischen Bilde hat sich etwas wesentliches nicht geändert.

In 12 Fällen handelte es sich um schwere Harnröhrenstrikturen. Zumeist bestand gleichzeitig komplete oder inkomplete Retention und Infektion, und die Einführung von Sonden, auch dünnsten Kalibers, war nicht möglich.

Fall 1. Dr. med. B., pr. Zahnarzt, hat seine erste und einzige Gonorrhoe 1885 als junger stud. med. selbst behandelt mit Einspritzungen von 5%igem Karbolwasser, die sehr schmerzhaft waren. Im Jahre 1891 traten zuerst Strikturbeschwerden auf, die immer zunahmen; mehrere von verschiedenen Seiten und zuletzt im Jahre 1900, vorgenommene Versuche, Sonden einzuführen, waren mißlungen. Seit Jahren vermag Patient seinen Urin nur tropfenweise und unter großen Anstrengungen zu entleeren, und stets besteht länger andauerndes Nachträufeln des Harnes, so daß Pat. mehrere Male am Tage genötigt ist, seine Wäsche zu wechseln, da sonst der durch den ammoniakalisch zersetzten Harn verursachte Geruch es dem Pat. unmöglich macht, seine Praxis zu versehen. In den letzten Jahren hat Pat. wiederholt Fieberattacken und urämische Anfälle gehabt.

Pat. entleert unter qualvollem Drücken wenige Tropfen stark ammoniakalischen und eitrigen Urins, der auch rote Blutkörperchen enthält. Nach der Miktion steht die Blase handbreit unterhalb des Nabels. Auch nach Anästhesierung der Harnröhre gelingt es nicht, feinste filiforme Sonden einzubringen. Ich habe dem Patienten zunächst vier Fibrolysineinspritzungen in die Armvenen gemacht. Schon unmittelbar nach der ersten derselben teilte mir der Kollege mit, er habe beim Urinieren weniger stark drücken müssen, auch sei die Miktion viel weniger schmerzhaft gewesen. Nach drei weiteren Spritzen, welche in Zwischenräumen von drei Tagen gemacht wurden (die Infektion war inzwischen unter Hetralin-Darreichung wesentlich zurückgegangen, die ammoniakalische Zersetzung völlig sistiert) gab mir Patient an, daß er jedesmal nach der Einspritzung etwa 48 Stunden lang, ein ganz wesentliches Gefühl der Erleichterung verspürt habe. Das Urinieren sei überhaupt gegen früher ganz außerordentlich leichter geworden, er könne jetzt seine Blase in einem, wenn auch sehr feinen Strahle entleeren, was seit Jahren nur tropfenweise möglich war. Das lästige Nachträufeln, durch welches stets seine Wäsche mit ammoniakalischem Urin so durchtränkt wurde, daß er dieselbe mehrmals im Tage wechseln mußte, habe völlig aufgehört. Nunmehr gelingt es, wenn auch unter Schwierigkeiten, eine filiforme Sonde einzubringen. Vermittelst des Le Fortschen Verfahrens kann eine allmähliche Dilatation bis Nr. 9 Ch. durchgeführt werden. Stärkere Sonden sind durch die außerordentlich harten, im oberen Drittel der Harnröhre, sowie in der fossa bulbi auch von außen deutlich zu palpierenden Strikturen, welche noch dazu korkenzieherartig gewunden sind, nicht durchzubringen. Der Versuch, eine weitere Dehnung der Narben durch fünf Fibrolysineinspritzungen herbeizuführen, bleibt durchaus erfolglos. Eine ambulant gemachte interne Urethrotomie, deren besondere Technik an anderer Stelle beschrieben werden soll, ermöglichte dann die weitere Dehnung, so daß bereits 14 Tage später 26 Ch. glatt eingeführt werden konnte. Der Urin war inzwischen zur Norm zurückgekehrt, die Infektion beseitigt, der Restharn verschwunden. Der Urinakt ist ein völlig normaler. Pat. kann den ehelichen Verkehr, der jahrelang nicht stattgefunden hat, wieder aufnehmen.

Fall 2. Pat. F. war niemals geschlechtskrank. Schon als Kind von 12 Jahren konnte er nur unter Schwierigkeiten urinieren, litt an „schneidendem Wasser“, zuweilen „blieb das Wasser stehen“. Gelegentlich einer solchen Retention wurde er im Krankenhause in Thorn katheterisiert, wozu eine Narkose erforderlich war. Aehnliche Zufälle traten im Laufe der nächsten 15 Jahre häufiger auf. Auch stellte sich eine Ischuria paradoxa ein. In den letzten Jahren wurde Pat. im Moabiter Krankenhause und später zweimal im Urban-Krankenhause längere Zeit behandelt, fühlte sich aber nicht erheblich gebessert. Im Januar 1896 hatte Pat. wegen einer Hämaturie das Krankenhaus in Stade aufgesucht. Gleichzeitig bestand eine Retention. Nach dem Katheterismus entleerte Pat. ein Steinchen. Im Jahre 1897 akquirierte Pat. eine Gonorrhoe, wegen deren er sich im Krankenhause Fröbelstraße aufnehmen ließ. Von dort wurde er wegen Steinverdachtes dem Krankenhause Friedrichshain überwiesen. Bei der Sondenuntersuchung wurden Steine nicht gefunden. Eine Beleuchtung der Harnröhre und Blase fand nicht statt. Im Jahre 1899 war im Moabiter Krankenhause ein innerer Harnröhrenschnitt gemacht worden.

Pat. wird mir von Herrn Kollegen Max Joseph überwiesen mit der Angabe, daß er seit 12 Stunden keinen Urin lassen könne, die Einführung eines Katheters habe sich als unmöglich erwiesen. Nach Anästhesierung der Harnröhre gelingt es unter großen Schwierigkeiten, eine filiforme Sonde einzubringen, an welche ein Metall-Katheter 7 Ch. angeschraubt wird. Derselbe passiert mehrere äußerst harte und enge Strikturen, sowie mehrere dahinter liegende Rauhigkeiten, welche den Eindruck von Konkrementen machen. Durch den Katheter werden 750 ccm stinkenden ammoniakalischen Harnes entleert. Pat. wird in die Klinik aufgenommen. Dem Versuche einer allmählichen Dilatation setzen die strikturierten Partieen unüberwindlichen Widerstand entgegen, das Urinieren geht nur sehr mühsam, unter

schmerzhaftem Brennen, tropfenweise vor sich Nach der Miktion steht die Blase eine Hand breit über der Symphyse. Bei gleichzeitigem Sistieren der instrumentellen Behandung erhält Pat. in sechs Tagen vier Fibrolysineinspritzungen in die Armvenen. Von der zweiten Spritze an, erklärt Pat. eine bedeutende Erleichterung beim Urinieren wahrzunehmen, die nach den weiteren Einspritzungen noch erheblich zunimmt. Pat. vermag in ganz feinem Strahle zu urinieren und es gelingt nunmehr die Dilatation bis 18 Ch. durchzuführen. Schon beim ersten Einführen der Sonde fühlte man eine gewisse Beweglichkeit der wie Konkremente sich anfühlenden Partieen. In den nächsten Tagen entleert Pat. vier kleine außerordentlich rauhe und vieleckige Phosphatsteinchen. Die nach vorzunehmender Urethrotomie beabsichtigte urethroskopische Untersuchung wird voraussichtlich die Provenienz der Konkremente aufklären.

Fall 3. Pat. F., Fürstenwalde, hat vor 20 Jahren eine unkomplizierte Gonorrhoe durchgemacht, ist seit sieben Jahren verheiratet und hat vier gesunde Kinder. Seit dem Jahre 1899 empfindet Pat. Schwierigkeiten beim Urinieren, eine öfter versuchte Sondenbehandlung hatte stets erhebliche Blutungen im Gefolge, so daß Pat. immer wieder von der Fortsetzung derselben Abstand nahm. In den beiden letzten Jahren traten zuerst seltener, dann häufiger, Retentionen auf, welche mit Fieber verbunden waren. Nach Anästhesierung der Harnröhre gelingt, wenn auch mühevoll, das Einbringen einer filiformen Sonde. Man fühlt deutlich sehr harte, enge Strikturen, zwei in der vorderen und eine in der hinteren Harnröhre (P. membran). Nach 12stündigem Liegenlassen der Sonde, nachdem vorher vier Fibrolysininjektionen gemacht worden waren, gelingt es, angeschraubte Metallkatheter bis 11 Ch. einzuführen. Es besteht inkomplete Retention und erhebliche Bakteriurie. Weiterhin gelingt es, stärkere Katheter einzuführen und Retention wie Infektion zu beseitigen.

Fall 4. Pat. U. gibt an, daß er vor einer Reihe von Jahren beim Auftreten auf eine schwere Holzbohle, welche ihm mit großer Wucht gegen den Damm schlug, ohnmächtig zusammengebrochen sei. Längere Zeit nach dem Unfall blieb starke Schmerzhaftigkeit der befallenen Partie bestehen. Hämaturie hat Patient nicht beobachtet. Allmählich traten bei dem Patienten, der nie geschlechtskrank gewesen war, Beschwerden beim Urinieren auf. Die Miktion wurde immer schwieriger und später immer häufiger unter schmerzhaftem Dranggefühl.

Jetzt kann Patient nur tropfenweise und unter starkem, qualvollem Pressen urinieren, gleichzeitig besteht eine Ischuria paradoxa. Der Urin ist völlig ammoniakalisch zersetzt. Die Einführung von Instrumenten, selbst von filiformen Bougies ist unmöglich. Nach vier Einspritzungen von Fibrolysin gelingt es, eine filiforme Sonde durchzubringen. Mittels des Le Fortschen Verfahrens (die filiforme Sonde bleibt 12 Stunden liegen) wird es dann möglich, einen angeschraubten Metallkatheter N. 7 in die Blase einzuführen und eine Retention von 1500 ccm festzustellen. Weiterhin passieren allmählich Sonden bis Nr. 16 Ch.

Allen Versuchen, Sonden höheren Kalibers zu verwenden, setzt die in der fossa bulbi befindliche Striktur unüberwindlichen Widerstand entgegen, der erst durch die nunmehr vorgenommene interne Urethrotomie überwunden wird.

Fall 5. Pat. G. hatte vor zehn Jahren an Gonorrhoe gelitten. Er war zuerst von verschiedenen Aerzten, später lange Zeit von einem Kurpfuscher behandelt worden. Pat. klagt darüber, daß sich in den letzten Jahren immer stärkere Beschwerden beim Urinlassen eingestellt hätten. Er muß sehr stark und sehr lange, bis zu 20 Minuten, drücken, um tropfenweise oder in ganz feinem, häufig unterbrochenem Strahle seine Blase entleeren zu können. Der Urin ist stark getrübt und enthält im Sediment reichlich Eiterkörperchen und Staphylokokken. Es gelingt zunächst nicht, selbst dünnste Sonden einzuführen, weil in der fossa bulbi ein außerordentlich hartes Hindernis besteht. Nach zwei Fibrolysineinspritzungen gibt Pat. an, daß das Urinieren viel leichter gehe, er brauche nicht mehr so zu pressen und es dauere auch nicht mehr so lange. Nach der dritten Einspritzung gelingt es, eine Rosersche Strikturensonde Nr. 9 Ch. durchzubringen und im Anschluß daran allmählich Sonden stärkeren Kalibers.

Fall 6. Pat. K., 60 Jahre alt, verheiratet, Kinder gesund, hat vor 30 Jahren eine gonorrhoische Infektion durchgemacht. Dieselbe war damals angeblich ausgeheilt. Seit etwa zwei Jahren traten an Intensität allmählich zunehmende Beschwerden beim Urinieren auf, welche vom Hausarzt zunächst als eine Folge einer Vergrößerung der Vorsteherdrüse gedeutet wurden, allmählich trübte sich der Urin, es traten Störungen des Allgemeinbefindens auf, besonders im Digestionstraktus. Die immer mehr zunehmenden Beschwerden machten den Patienten hochgradig nervös. Die Untersuchung der Harnröhre ergibt das Vorhandensein einer außerordentlich engen und harten Striktur im mittleren Drittel der Harnröhre. Nur mit großer Mühe gelingt nach Anästhesierung der Harnröhre das Einführen einer filiformen Sonde und eines angeschraubten Katheters Nr. 7 Ch.

Es ist ein Residualharn von 300 ccm vorhanden. Die Vorsteherdrüse ist nicht vergrößert. Pat. erhält drei Fibrolysininjektionen. Nach der dritten Einspritzung ist es möglich, in einer Sitzung von Nr. 7 bis Sonde Nr. 15 Ch. (angeschraubt an die Leitsonde) hinaufzugehen. Infolge einer leichten Influenza stellt sich Patient erst nach drei Wochen wieder vor mit der Angabe, daß das Urinieren so leicht gegangen sei wie seit vielen Jahren nicht. Es gelingt heute Sonden Nr. 13 Ch. ohne Leitsonde einzuführen. Nachdem das Sondieren bis 15 Ch. fortgesetzt ist, erklärt Pat. sich so wohl und von seinen Beschwerden so völlig befreit zu fühlen, daß er eine weitere Behandlung nicht für nötig halte.

Fall 7. Pat. K. hat vor acht Jahren eine Tripperkrankheit durchgemacht. Vor sechs Jahren hatte Patient während seiner Militärdienstzeit eine Retention, nachdem schon einige Zeit vorher das Urinieren schwerer gegangen war. Instrumente ließen sich trotz wiederholter Versuche dazu nicht einführen. Es sollte im Lazarett ein operativer Eingriff ausgeführt werden, der aber dann unterblieb, weil sich die Blase, wenn auch unter Schwierigkeiten, wieder spontan entleerte. Vor ungefähr drei Tagen stellte sich plötzlich in der Nacht eine Ischurie ein, Patient konnte nur tropfenweise und unter qualvollem Drängen Urin entleeren. Dieser Zustand ging in eine komplette Harnverhaltung über. Der behandelnde Arzt versuchte vergeblich zu katheterisieren und überweist mir den Patienten. Es ist unmöglich, filiforme Sonden in die Harnröhre einzuführen, im mittleren Drittel derselben besteht ein außerordentlich starkes Hindernis. Unter starkem Pressen vermag Patient einige Tropfen trüben Urines zu entleeren. Es wird sofort eine Fibrolysin-Einspritzung gemacht und Pat. in die Klinik aufgenommen. Schon am nächsten Tage vermag er, wenn auch in dünnem Strahle, zu urinieren und gibt an, daß das qualvolle Drängen verschwunden sei. Nach der dritten Fibrolysin-Injektion gelingt die Einführung einer filiformen Sonde und nachdem dieselbe zwölf Stunden à demeure gelegen hat, eines angeschraubten Metallkatheters No. 7. Die Sondierungen können bis 16 Ch. fortgesetzt werden. Eine weitere Dilatation der außerordentlich harten Verengerungen im mittleren Drittel und in der fossa bulbi wird erst durch die nunmehr vorgenommene interne Urethrotomie möglich.

Fall 8. Dr. T., pr. Arzt, hat vor 5 Jahren eine Gonorrhoe durchgemacht, die mit starken Höllensteinlösungen behandelt wurde. Neben einem trotz vielfacher Nachbehandlung persistierenden Ausfluß bestehen Striktur-Beschwerden. In dem Sekret sind reichlich Staphylokokken vorhanden, die urethroskopische Untersuchung ergibt das Vorhandensein eines außerordentlich derben, ringförmigen Infiltrates, welches nicht sehr eng ist. Es gelingt allmählich die Striktur bis 25 Ch. zu dehnen. Die letzten Sonden gehen schwer durch die Verengerung und jeder Versuch, Sonden höheren Kalibers durchzubringen, verursacht starke Harnröhrenblutungen. Nach 4 Fibrolysineinspritzungen hat sich das Narbengewebe so erheblich erweicht, daß die weitere Dehnung der Verengerung bis 30 Ch. ohne Schmerzen und ohne Blutungen vorgenommen werden kann.

Fall 9. Pat. v. K. hat vor 5 Jahren und 2 Jahren je eine lange dauernde und durch Cystitis komplizierte Gonorrhoe durchgemacht, außerdem war Pat. wegen eines tuberkulösen Spitzenkatarrhes längere Zeit in Davos. Es bestehen jetzt außerordentlich große Beschwerden beim Urinieren. Die Miktion

ist nur in ganz feinem Strahle, häufig tropfenweise, unter starkem Drängen möglich. Außerdem klagt Pat. über schmerzhaftes Stechen bei der Ejakulation. Die Untersuchung ergibt das Vorhandensein außerordentlich derber, leicht blutender Strikturen in der fossa bulbi und in der P. membran. Der trübe Urin enthält Leukocyten und reichlich Staphylokokken.

Auch filiforme Sonden sind nicht einführbar und trotz Anästhesierung der Harnröhre ist schon die Berührung der Striktur mit der Sonde äußerst schmerzhaft. Bei der manifest gewesenen Lungentuberkulose war für mich eine operative Behandlung der Striktur von vornherein ausgeschlossen, um nicht die Eventualität eines locus mimoris resistentiae für eine Urogenital-Tuberkulose zu schaffen. Nach 4 Fibrolysineinspritzungen gelingt zunächst das schmerzlose Einführen einer filiformen Sonde. Nach zwölfstündigem Liegenlassen derselben passieren angeschraubte Katheter von 7 Ch. bis 11 Ch. die Harnröhre ohne Schwierigkeiten, und relativ leicht läßt sich die Erweiterung bis 30 Ch. durchführen. Urin völlig klar, die Blase wird vollkommen entleert. (Schluß folgt)

Zur Behandlung der Seekrankheit.

Bekanntlich pflegen erfahrene Reisende, um die Seekrankheit zu vermeiden oder zu beseitigen, sich horizontal hinzulegen und den Kopf durch Umlegen von in heißes Wasser getauchten Tüchern zu hyperämisieren. Auf bequeme Weise erreicht man diesen Zweck durch Applikation der von Paul Kappmeier in Altkloster (Kr. Stade) konstruierten „Neptunkappe" (D. R. P. Nr. 179595 und D. R. G. M. Nr. 278961), die eine elektrisch oder thermophorisch erwärmbare Kopfkompresse darstellt und den Zweck hat, für die einstündige Dauer der Behandlung ununterbrochen Druck und Wärme auf Stirn und Schläfen auszuüben, wodurch eine Blutstauung nach dem Gehirn erreicht und das Pfortadersystem entlastet wird. Den Erfolgen dieser Therapie nach zu urteilen, muß die Hirnanämie wenigstens zum Teil an den Erscheinungen der Seekrankheit schuld sein.

Sobald sich die ersten Symptome bemerkbar machen, ist die Neptunkappe durch Durchtränkung des Filzteiles mit Wasser und Einstecken der elektrischen Kontakte gebrauchsfertig zu machen und so um den Kopf zu legen, daß der feuchte Filz auf Stirn und Schläfe aufliegt und der der Hinterkopfform entsprechende Kappenteil nahe am Nacken zu sitzen kommt; man nimmt sodann eine bequeme Lage ein und läßt Druck und Wärme eine Stunde lang einwirken. Die Wärmezufuhr läßt sich mittels eines in der Leitungsschnur an handlicher Stelle angebrachten Zwischenschalters bequem regulieren. Ist die Neptunkappe thermophorisch ausgerüstet, so ist der Kompressenteil aus der Spannvorrichtung herauszunehmen und einige Minuten in siedendes Wasser zu legen, um die die Wärme bindende Auflösung des Salzes (z. B. Natriumacetat oder anderer wasserhaltiger Salze von hoher Krystallisationswärme) herbeizuführen. Der Druck, der ebenso wie die Wärme möglichst hoch sein muß, wird durch Spannvorrichtungen (Drehknebel und Sperrung) erreicht und ist durchaus gleichmäßig. Der Schädelteil zwischen Spannvorrichtung und dem Occiput bleibt druckfrei.

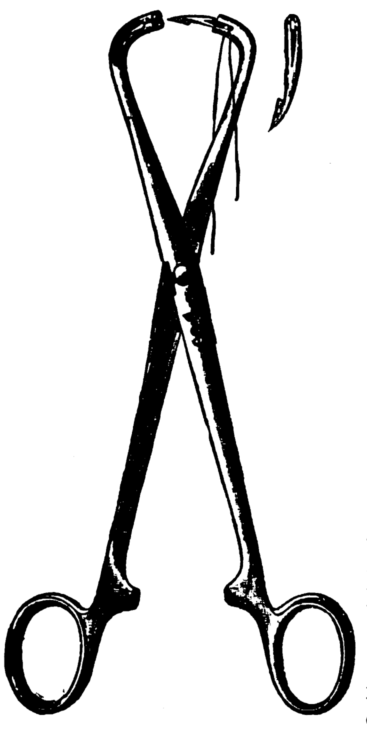
Ueber die Neptunkappe hat sich bereits eine umfangreiche Literatur angesammelt, die von günstigen Erfolgen berichtet. Vielleicht ließe sich übrigens außer bei der Seekrankheit auch bei nauseosen Erscheinungen, vor allem bei der Migräne mit dieser Vorrichtung Gutes erreichen.

Eine andere Ausführungsform desselben Prinzips ist die von Dr. Groß (Deutsche Med. Wochenschr. 1907, Nr. 3) angegebene Thermokopfkappe und Thermostirnbinde, wie Kappmeier in Nr. 15 der „Deutschen Med. Wochenschrift" hervorhebt.

Nadelzange

nach Dr. Edgar Kurz-Florenz.

In dem einen Zangenarm steckt die kurze, leicht gekrümmte Nadel in einem kleinen Kanal, der zu beiden Seiten einen Schlitz für den Faden hat. Die Nadel besitzt auf ihrer konkaven Fläche nahe der Spitze eine leichte Einkerbung. Die Zange wird, mit der Nadel bewaffnet, leicht geöffnet, unter Leitung des Auges oder des Fingers an Ort und Stelle gebracht. Durch Schluß der Zange wird die Nadel durch das Gewebe gestoßen; dabei schnappt ihre Einkerbung in das federnde Maul des anderen Armes ein und wird darin festgehalten. Man hat nun nichts zu tun, als die Zange zu öffnen und zurückzuziehen. Damit ist die Nadel samt Faden an der gewollten Stelle durch das Gewebe gezogen, indem das federnde Klemm-Maul der zweiten Branche sie dem Kanal der ersten Branche abgenommen hat. Durch eine halbe Umdrehung der Nadel (um ihre Kante) wird dieselbe aus dem Klemm-Maul befreit, und der Faden kann sofort geknotet werden.



Es ist klar, daß auf diese Weise Nähte und besonders Abbindungen in der Tiefe an den schwierigsten Stellen mit großer Leichtigkeit, Sicherheit und Schnelligkeit ausgeführt werden können, da Durchstechen, Fassen und Durchziehen der Nadel in weniger als einer Sekunde bewerkstelligt wird. Die Folge davon ist eine wesentliche Abkürzung der Operationsdauer. Außerdem dürfte man es auch als Annehmlichkeit empfinden, keine Nadelstiche in die Finger zu bekommen, wie dies bei der Versorgung der Parametrien und Lig. lata mit anderen Nadeln, die man auf den tastenden Finger durchstechen muß, so häufig nicht vermieden werden kann.

Am besten hält man bei schwierigen Operationen zwei Exemplare mit der nötigen Anzahl Nadeln bereit, um jeden Zeitverlust zu vermeiden. Sobald der Operateur die eine gebrauchte Zange abgibt, reicht ihm der Assistent die andere schon mit der Nadel armierte Zange.

Fabrikant: A.-G. für Feinmechanik vorm. Jetter & Scheerer, Tuttlingen.

Verbandssäge.

Zum Aufsägen von Gips- und anderen festen Verbänden hat G. Bordewieck in Hamburg (Humboldtstr. 69) ein Instrument konstruiert, das eine Verletzung des vom Verbande bekleideten Körperteiles beim Ablösen verhüten soll. Es besteht aus einem in seiner Längsachse durchbohrten Griffe, der an einem Ende ein bogenförmiges Querband trägt. Die Bohrung des Griffes setzt sich in einem Ausschnitt dieses Querhauptes fort, wodurch ein Raum zum Auf- und Abgleiten einer Stange gegeben ist, an deren oberem Ende eine kreisförmige Säge befestigt ist, deren unteres schraubenförmiges Ende durch eine in einem Schlitz des Griffes untergebrachte Mutter läuft. Es ist leicht verständlich, daß durch Anziehen dieser Mutter die Säge je nach der Dicke des Verbandes mehr oder weniger über die freie Kante des Querhauptes gehoben werden kann, so daß man nicht tiefer schneiden kann, als die Kreissäge die glatte Kante des Querhauptes überragt.

Periodische Literatur.

Zur Behandlung des Milzbrandes. Von Barlach, Neumünster. (Münch. medic. W. Nr. 15.)

B. empfiehlt, um in die Pustel durch Punktionen mit dem Thermokauter eine tiefe Rinne herzustellen, die Pustel durch einen Querschnitt tief zu spalten, größere Oedeme durch Inzisionen zu entspannen und kreisförmig in näherer oder weiterer Entfernung von der Pustel Einspritzungen von Jodtinktur zu machen; über Pustel, Oedem und Erysipel kommt ein Sublimatumschlag. Die ganze Prozedur dauert wenige Minuten und ist nicht besonders schmerzhaft. Der Erfolg dieser Behandlungsweise war ausnahmslos ein überraschender; die Weiterverbreitung des Oedems, die sonst oft riesenhafte Dimensionen annimmt, wird ganz verhütet oder wesentlich eingeschränkt; das Allgemeinbefinden bleibt gut oder bessert sich schnell. Todesfälle hat B., seitdem er nach dieser Methode verfährt, nicht mehr gesehen. Da leichte Milzbrandinfektionen auch ohne jeden Eingriff heilen können, so kann man in entsprechenden Fällen zunächst ruhig beobachten, ob die Einleitung einer Kur überhaupt erforderlich ist. Erhebliche Herabsetzung der Gefahr und wesentliche Verkürzung der Krankheitsdauer sind die Hauptvorteile der vorgeschlagenen Behandlungsweise. Zur Erklärung des günstigen Erfolges ist wohl anzunehmen, daß die Rinne mit dem Glüheisenbrandschorf ein weiteres Eindringen der Bazillen von der Pustel in das umgebende Gewebe hindert; das wird unterstützt durch den Querschnitt durch die Pustel, der den durch die harte Pustel bewirkten Druck aufhebt, und durch die Inzisionen in das Oedem; die Jodtinktur scheint direkt als Gegengift zu wirken.

Bromural, ein neues Nervinum. Von Runck, Mundenheim. (Münch. medic. W. Nr. 15.)

Die meisten wirksamen Hypnotika haben eine narkotische Nebenwirkung, die auf toxischer Basis beruht; solche können daher als harmlose unschädliche Schlafmittel nicht gelten; wo nur nervöse Unruhe und Reizbarkeit das einzige Hemmnis für den Eintritt eines ruhigen, normalen Schlafes bilden, wird man von der Anwendung betäubender Mittel gern absehen. Eine Lücke scheint hier Bromural, α-Bromisovalerianylharnstoff (von Dr. Saam dargestellt und von Knoll & Co., Ludwigshafen in den Handel gebracht) ausfüllen zu können. Verf. hat das Mittel zunächst bei leichten Formen der Schlafbehinderung geprüft; alle Patienten schliefen bald nach Einnehmen des Mittels ein und erwachten erst am andern Morgen, wie in gesunden Tagen; alle fühlten sich subjektiv frisch, Träume oder traumhafte Vorstellungen wurden nicht wahrgenommen, ebensowenig irgend welche Neben- oder Nacherscheinungen. Bei mittelschweren Formen der Schlafbehinderung mit stärkeren schlafhemmenden Widerständen erfolgte auch eine einschläfernde Wirkung, sie setzte aber langsamer ein, und keiner der Patienten brachte es über eine Schlafdauer von drei bis fünf Stunden; meist aber konnte durch eine erneute Dosis eine gleiche Schlafdauer an die erste angeschlossen werden. Bei den schweren Formen der Schlafbehinderung durch Schmerzen, Fieber, Kompensationsstörungen, schwere Aufregungszustände, ließ das Bromural fast völlig im Stich, auch größere Dosen versagten. Gleiche Reaktionen in positiver und negativer Richtung waren auch bei Kindern und Säuglingen mit entsprechend kleineren Dosen zu erzielen; auch verhältnismäßig große Dosen wurden glatt ohne Störung von seiten des Magens und der Ausscheidungsorgane vertragen; besonders wertvoll erwies sich das Mittel zur Bekämpfung großer Unruhe, Krämpfe, selbst Eklampsie bei Säuglingen. Die gewöhnliche Dosis des Bromural bei Erwachsenen beträgt 0,3 bis 0,6, meist 0,6 = 2 Tabletten, bei Kindern mehrmals täglich $^1/_4$ Tablette; größere Dosen haben keine stärkere und nachhaltigere Wirkung. Der Bromuralschlaf ist dem natürlichen Schlaf ähnlich, frei von Traumbildern, überschreitet nicht die natürliche Dauer und erfrischt den Patienten. Seine Ungefährlichkeit und Bekömmlichkeit wird dem Bromural eine ausgedehntere und umfassendere Verwendungsmöglichkeit sichern, als den übrigen modernen Schlafmitteln zukommen kann.

Kosmetische Nasenoperationen. Von Gerber, Königsberg. (Deutsch. medic. W. 13.)

Die in Frage kommenden Anomalien der Nase betreffen immer das Nasengerüst, das knöcherne wie das knorpelige, sie sind angeboren oder erworben; es handelt sich entweder um ein „Zuwenig" oder um ein „Zuviel". In die erste Gruppe fallen die Formveränderungen, die durch Verlust von Knochen- und Knorpelgewebe entstanden sind und hauptsächlich als „Sattelnase", „Lorgnettennase" bezeichnet werden; sie bilden ein dankbares Objekt für die Paraffinbehandlung. Die zweite Gruppe bietet Anlaß zu den eigentlichen kosmetischen Operationen. Bei fast allen Arten dieser Gruppe ist die Nasenscheidewand der hauptsächlich und meist primär von der Destruktion befallene Teil. Zunächst kommt in Betracht die Verschiebung des knorpeligen gegen das häutige Septum, die Luxatio cartilaginis quadrangularis, bei der ein mehr oder minder großes Stück der Knorpelplatte neben dem häutigen Septum mobile zu einem Nasenloch herauskommt; die Operation wird in der Weise ausgeführt, daß durch bogenförmigen Schnitt auf den Rand des luxierten Knorpels durch Haut resp. Schleimhaut und Perichondrium der Knorpel bloßgelegt und abgetragen wird. Weiter kann es sich handeln um Verschiebungen zwischen knorpligem und knöchernem Septum, wodurch neben der Nasenobstruktion ein Schiefstand der ganzen oder eines Teils der äußeren Nase zustande kommt. Weicht der obere knöcherne Teil der Nase seitlich ab (Septum, Nasenbeine, Nasenfortsätze des Oberkiefers), meist nach Fraktur oder Infraktion, so ist die submuköse Resektion des verschobenen und okkludierenden Septumabschnittes eventuell mit Umwandlung der alten Fraktur in eine frische, Reposition und orthopädischer Nachbehandlung vorzunehmen. Ist nur der untere Septumteil verschoben, so weicht meist der ganze untere Nasenteil nach der entgegengesetzten Seite ab; die Beseitigung dieser sehr häßlichen Verbildung besteht gleichfalls in Septumresektion, kombiniert eventuell mit Infraktion an der Abweichungsstelle und orthopädischer Nachbehandlung. Ein dankbares Objekt der Nasenkosmetik bieten ferner die mehr oder minder isolierten Nasenhöcker, die meist am Uebergang des knöchernen in das knorpelige Gerüst sich finden; zu deren Entfernung empfiehlt sich die intranasale Abtragung, wie sie namentlich Joseph ausgebildet hat. Den Haupttriumph der kosmetischen Nasenchirurgie bildet die eigentliche Nasenverkleinerung der exzessiv konvexen Nase, der zu breiten Nase, der zu langen und hängenden Nase, für die wieder Joseph ganz besondere Methoden und ein geeignetes Instrumentarium angegeben hat.

Mastitisbehandlung mit Bierscher Stauung. Von Zacharias, Erlangen. (Münch. medic. W. Nr. 15.)

Von 63 Brustdrüsenerkrankungen wurden 30 antiphlogistisch behandelt, dabei kamen 10 = 33% zur Inzision; bei den übrigen 33, die der Bierschen Stauung unterworfen wurden, war es nur in 2 Fällen = 6% nötig, die Behandlung operativ zu Ende zu führen. Diese vergleichende Behandlung zeigt, daß bei der beginnenden Mastitis das Biersche Verfahren das souveräne Behandlungsmittel darstellt. Wichtig ist, daß mit der Stauung sofort beim Beginn der Entzündung begonnen wird. Das Kind braucht dabei nicht abgesetzt zu werden, man läßt es ruhig weiter trinken, wenn es Lust dazu zeigt; ist das nicht der Fall, so bleibt durch den Saugreiz der Stauungsglocke jedenfalls die sekretorische Tätigkeit erhalten, und die Brust kann ihre Funktion als Ernährungsquelle sofort wieder aufnehmen, wenn die Entzündung abgelaufen ist. Die Technik der Stauung wurde, was Zahl und Dauer betrifft, in verschiedener Weise ausgeführt; am meisten empfiehlt sich, vielleicht zwei- bis dreimal täglich je 30 Minuten zu stauen, mit kurzen Pausen nach je 10 Minuten. Nach Abfall der Temperatur und Schwinden der schmerzhaften Infiltration wurde die Stauungsbehandlung eingestellt; meist konnte dies nach zwei bis vier Tagen geschehen. Zur Stauung sind geräumige Glocken, die die ganze Brust umgreifen, mit umgebogenem Rand und Aspirationsspritze zu verwenden. Nach dem Aufsetzen der Glocke zieht man mit der Spritze die Luft allmählich an, und zwar so lange, bis die Brust blaurot oder gefleckt erscheint, die oberflächlichen Venen strotzend gefüllt sind; der beste Gradmesser, wie weit man verdünnen soll, bildet die Empfindung der Patientinnen; die Patientin soll keinen Schmerz empfinden, der Entzündungsschmerz soll im Gegenteil ziemlich plötzlich durch die Stauung beseitigt werden und bleiben. Die Abnahme der Glocke muß ganz allmählich geschehen, so daß die Luft ganz langsam einstreicht. Eventuell kann man den Glockenrand mit einem aufblasbaren Hohlschlauch armieren, der mit einer Gummimanschette an der Glocke befestigt wird.



Neuere Arzneimittel.

Lyringbin-Kolibabe. Fabrikant: Mediz.-naturwiss. Institut Kolibabe, Dresden-L. Die vielfache Anwendung, die das Lyringbin-Kolibabe bei Impotentia coeundi, Neurasthenia sexualis und bei Menstruationsanomalen seit längerer Zeit findet, läßt es interessant erscheinen, sich über die Genese und Kombination dieses Präparates zu unterrichten. Aus dem Heere der Aphrodisiaca, die von alters her bei den verschiedenen Völkern in Gebrauch sind und zum Teil dem Pflanzen-, zum Teil dem Tierreiche entstammen, wurden drei auf Grundlage von Experimenten vom Institut Kolibabe als besonders wirksam erkannt und zu einem Medikament vereinigt. Wir erfahren über diese Versuche vom Institut folgendes:

„Die Familie der Araliaceen lieferte uns als erste die sogenannte Kraftwurz (Panax Schinseng [Ginseng] Neels al Esenb.), die von Chinesen, Japanern und auch in Ostindien wegen ihrer Heilwirkung hochgeschätzt ist. Die ihr innewohnenden belebenden Kräfte sind im Abendlande wohl fast unbekannt geblieben, was wohl sicher daran gelegen haben mag, daß die Präparation nicht kunstgerecht ausgeführt war oder häufig Verfälschungen, in denen uns bekanntlich unsere bezopften Mitmenschen stark überlegen sind, eingeführt wurden.

Der Droge wird bei uns jegliche Heilwirkung abgesprochen, was wir aber nach Experimenten am Mensch und Tier — wie die chinesischen Aerzte, welche den mit dem Tode ringenden Kranken deren Auszüge als letzte Arznei reichen, — bestreiten.

Die Befunde unsererseits, sowie die Erfahrungen der chinesischen Heilkundigen veranlaßten uns, Untersuchungen hierüber weiter eindringlich auszuführen, und so gelangten wir nach den verschiedensten Versuchen zu dem Entschlusse, aus der wildwachsenden Panax-Wurzel das Panakolin zu isolieren und aus noch zu behandelnden anderen Arten Fluid-Extrakte darzustellen. Wir wurden hierbei von dem Gedanken geleitet, daß die wirksamen Bestandteile derselben bedeutend schneller in die Blutbahn gelangen, als dies mit Kräftigungsmitteln geschieht, welche in Pastillen- oder Pillen-Form gekleidet sind und deren heilbringende Faktoren durch Zusätze und alle möglichen anderen Manipulationen mehr oder weniger wirkungslos gemacht werden.

Ferner wurde die Hirschtrüffel (Elaphomyces granulatus) an verschiedenen Individuen geprüft.

Die Untersuchung ergab erkennbare Resultate, die stundenlang anhielten. Leider erhält man auch diesen Pilz im Handel meist mit ähnlichen Kugeln von Elaphomyces scaber und muricatus vermischt, welche letzteren vollkommen wirkungslos sind.

Die ausgezeichneten Erfolge veranlaßten uns jedoch, auch hier reinstes Material zu beschaffen, was nach langem Suchen endlich doch gelang. Das auch hieraus hergestellte Fluid-Extrakt von bestimmtem Alkaloid-Gehalte erwies sich als sehr kräftig bei Personen verschiedensten Lebensalters. Auch hier wurden keine störenden Nebenwirkungen auf die Verdauungswege etc. festgestellt.

Eine weitere Grundlage für unsere Experimente bildeten ferner Holz und Rinde von Lyriosma ovata M., welche den brasilianischen Eingeborenen bereits als Aphrodisiakum dient und dort wegen ihrer prompten Wirkung in hohem Ansehen steht.

Dieselbe wird in ihrem Stammlande nicht nur innerlich genommen, sondern auch zu Genitalbädern benutzt. — Bei uns dürfte die Pflanze aber nur wenig bekannt sein.

Die physiologische Untersuchung sowohl von Abkochungen als auch spirituösen Tinkturen und Fluid-Extrakten erwiesen sich als blutdrucksteigernde und die potentia coëundi auslösende Mittel. Bei der starken Anregung des Lendenmarkes kam es manchmal sogar zu Pollutionen; ebenso war stark erhöhter Turgor der Testikel wahrnehmbar.

Durch Gärtners Tonometer können derartige Medikamente sehr leicht auf ihre Brauchbarkeit geprüft werden. — Durch des öfteren bewerkstelligte Blutdruck-Messungen gestalteten sich solche Untersuchungen so einfach, daß es spielend leicht war, sich über die Wirkung der verschiedenen Fluide sofort ein richtiges Urteil zu bilden, die dann, in geeigneter Menge miteinander versetzt, zum Lyringbin-Kolibabe werden.

Messungen an 23 Individuen von 20 bis 39 Jahren zeigten vor dem Versuche einen Blutdruck von 10,5 bis 10,8 und nach Einnehmen unserer nach besonderem Verfahren dargestellten Fluid-Extrakte eine Steigerung von 3 bis 5,8 Grad. — Elaphomyces-Extrakt ließ allein eine Höchststeigerung um 7 Grad erkennen."

Auch die Fluid-Extrakte der Musra-Puama und Yobimbehe wurden zu Versuchen herangezogen; die blutdrucksteigernde Wirkung war ebenfalls auffällig, doch zeigten sich Reizerscheinungen des Magendarmtraktus, während Lyringbin keine Störungen macht. Die Wirkung dieser Extrakte beruht also auf einer Anregung der Blutzufuhr nach den Genitalien durch Reizung der Nervi erigentes oder ihres Zentrums im Lendenmark.

Lyringbin kommt als Fluidum, in Tablettenform und in Kapseln in den Handel. Man gibt eine Stunde nach einer guten Mahlzeit 20 bis 30 Tropfen in Wasser, Kakao oder Portwein und dann alle halben Stunden bis zu fünfmal dieselbe Dosis, von den Kapseln und Tabletten zweimal zwei bis drei Stück. Die Wirkung tritt nach ein bis zwei Stunden ein. Zur Unterstützung gibt man entsprechende hydriatische und diätetische Anordnungen.

Patentnachrichten.

Patent-Erteilungen.

30 d. 188194. Künstliches Bein mit Einrichtung zum Feststellen des Unterschenkels gegenüber dem Oberschenkel bei Belastung des Beines. Georg Hessing, Groß-Lichterfelde-O., Wilhelmstraße 36a. 13. 10. 06. H. 38947.

30 f. 188145. Atmungsvorrichtung. Ludwig Oppenheim, Frankfurt a. M., Mendelssohnstr. 81. 24. 6. 05. O. 4896.

30 g. 187972. An Kinderwagen anzubringende Haltevorrichtung für Saugflaschen. August Deppermann, Herford. 10. 3. 05. D. 15688.

30 h. 187948. Verfahren zur Entwicklung von Kohlensäure für Bäder. Max Elb, G. m. b. H., Dresden. 2. 12. 04. E. 10437.

30 h. 188114. Zahnpille. Ernst Hugo Schaefer, Hannover, Lavesstr. 7. 8. 5. 06. K. 31987.

30 f. V. 6793. Vorrichtung zur Behandlung von Gelenksteifigkeiten, insbesondere der Beine. Otto Voigt, Berlin, Neuenburgerstr. 12. 12. 10. 06.

Gebrauchsmuster.

30 f. 311355. Heißluftapparat mit Schieber zum Enger- und Weitermachen der Ausschnitte. Vereinigte Fabriken für Medizinischen Bedarf F. A. Eschbaum, Bonn. 25. 5. 07. V. 5788.

30 f. 311364. Bidet mit Beckenumrahmung aus Kork. Fa. J. G. Leistner, Chemnitz. 31. 5. 07. L. 17753.

30 g. 311332. Taschenspucknapf. Bernh. Drux, M.-Gladbach, Dahlenerstr. 3. 30. 7. 06. D. 11561.

30 g. 311340. Halter für Saug- (Milch-) Flaschen mit korbartigem Flaschenträger. Elise Elsa Becker, geb. Grünert, Chemnitz, Leonhardtstr. 11. 19. 4. 07. B. 34214.

30 g. 311343. Flaschenhalter für Säuglinge. Ernst Müller, Braunschweig, Wollmarkt 4. 8. 5. 07. M. 24190.

30 g. 311366. Pillen-Eingeber mit Widerlager für die Finger an dem Rohr und Daumenplatte am Stößel. Fa. H. Hauptner, Berlin. 4. 6. 07. H. 33583.

30 g. 311408. An einem Ring schwingend gelagerter, federnder Hebel mit Kappe als Verschluß für Behälter mit leicht siedenden Flüssigkeiten. Dr. Speier & von Karger, Berlin. 23. 5. 07. S. 15445.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin N. 4. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Nr. 35. 1907. 28. Oktober.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.



Redaktion:
Berlin N. 4, Kesselstrasse 11
Dr. H. Lungwitz.

Inhalt.

Ueber die Beeinflussung von Narbenstrikturen durch intravenöse Anwendung einer neuen Thiosinamin-Verbindung.

Von **Dr. Ernst R. W. Frank**-Berlin.

(Schluß.)

Fall 10. Pat. P., 79 Jahre alt, leidet seit 36 Jahren an Harnröhrenstrikturen, trat zuerst vor 7 Jahren in meine Behandlung. Es bestand eine inkomplette Retention, die Blase war infiziert. Außerdem ist Pat. Diabetiker. Sehr mühsam gelang es, die Strikturen bis 15 Ch. zu dilatieren und die Infektion zu beseitigen. Die mittels eines Kinderkystoskopes vorgenommene Blasenbeleuchtung ergab neben einer mächtigen Trabekel- und Divertikelblase das Vorhandensein einer Prostatahypertrophie mittleren Grades. Pat. verließ damals die Behandlung, um sich unter Leitung seines Hausarztes selbst zu bougieren. Als ich den Pat. 6 Jahre später wieder sah, waren die alten Beschwerden in noch höherem Grade vorhanden und es war infolge einer infizierten, inkompletten Retention zu einer chronischen, rezidivierenden Epididymitis gekommen, welche stets mit Fieberattacken einherging und den Pat. sehr belästigte und herunterbrachte. Ein operatives Eingreifen war durch den bestehenden Diabetes kontraindiziert. Mit großer Mühe gelang die Einführung einer weichen Sonde 7 Ch. Dickere Instrumente einzuführen, war unmöglich und jeder Versuch dazu für den Pat. außerordentlich schmerzhaft. Nach 4 intravenösen Fibrolysininjektionen, welche trotz der nicht unerheblichen Arteriosklerose gut vertragen wurden, gelingt es allmählich dickere Sonden durchzuführen und der Infektion Herr zu werden. Gleichzeitig gibt Pat. an, daß sein Hoden kleiner und sehr viel weniger empfindlich geworden sei.

Im Anschluß an diesen Fall bemerke ich, daß ich bei einer Reihe von akuten Epididymitiden von den Fibrolysineinspritzungen nicht den geringsten Erfolg gesehen habe, wohl aber ging die Resorption persistierender Narbensklerosen derselben oder in späteren Stadien der genannten Erkrankung unter Fibrolysininjektionen sehr viel schneller und vollkommener vor sich.

Fall 11. Pat. Z. hatte 20 Jahre zuvor eine gonorrhoische Infektion, kompliziert durch Epididymitiden, durchgemacht. Allmählich zunehmende Urinbeschwerden führten schließlich zu einer kompletten Retention, derentwegen in einem Krankenhause in New York eine externe Urethrotomie ausgeführt wurde. Indessen stellten sich nach einiger Zeit wieder Urinbeschwerden ein. Vor 10 Jahren infizierte sich Pat. zum zweiten Male gonorrhoisch. Er wurde lange Zeit von den verschiedensten Seiten behandelt, ohne eine wesentliche Besserung zu verspüren. Neben einer Urethritis bacterica besteht eine sehr derbe Striktur im mittleren Harnröhrendrittel, welche für eine weiche Sonde 19 Ch. noch eben durchgängig, aber außerordentlich schmerzhaft ist und schon bei der Berührung mit der Sonde profus blutet. Pat. gibt an, daß stets die Versuche der Sondierung die gleichen Konsequenzen hatten, und deshalb immer wieder aufgegeben worden waren, so daß er an einer Heilung verzweifelte. Ich überzeugte mich davon, daß alle Versuche, Instrumente stärkeren Kalibers, auch unter Anästhesie und lokaler Hämostase der Harnröhre, einzuführen, vergeblich waren. Nach drei Fibrolysininjektionen gelang es, in einer Sitzung Metallsonden bis 26 Ch. ohne Schmerzen und Blutung durchzubringen. Dagegen hatte ein Versuch, einige Tage später eine stärkere Sonde einzuführen, wiederum eine starke Blutung im Gefolge. Nach zwei weiteren Fibrolysininjektionen gelang es, die Dilatation allmählich bis 30 Ch. durchzuführen, ohne daß weitere Störungen eintraten.

Fall 12. Pat. von L. hatte 6 Jahre zuvor eine gonorrhoische Infektion durchgemacht und war reichlich mit starken Argentum-Lösungen behandelt worden. In letzter Zeit war das Urinieren sehr schwierig geworden und erfolgte nur unter starkem Pressen in feinem Strahle. Am Ende der Miktion kamen Blutstropfen. Wiederholte Versuche, Sonden einzuführen, waren an der starken Schmerzhaftigkeit und Neigung zu Blutungen gescheitert. Weiche Sonden über 12 Ch. waren niemals durchgegangen. Bei der Untersuchung findet sich eine außerordentlich harte und lange Striktur der fossa bulbi, welche sich bis in die P. membran. fortsetzt und deutlich gewunden ist. Dieselbe erweist sich als sehr schmerzhaft und leicht blutend. Pat. ist durch die Affektion und ihre Folgen hochgradig nervös geworden und hält seinen Zustand für aussichtslos.

Nach 4 Fibrolysineinspritzungen gelingt es in einer einzigen Sitzung, die Striktur bis 26 Ch. zu dehnen und zwar mit Metallsonden. Die Behandlung kann nur kurze Zeit fortgesetzt werden, da Pat. abreisen will. Er stellt sich nach einem halben Jahre wieder vor und ist in dieser Zeit frei von Beschwerden geblieben. Es läßt sich Sonde 21 Ch. einführen. Nach drei Fibrolysineinspritzungen gelingt mühelos die allmähliche Dehnung bis 30 Ch.

Fall 13. Pat. von C. hatte vor 13 und 8 Jahren gonorrhoische Infektionen durchgemacht, welche teilweise mit Blasenkatarrh kompliziert waren und längere Zeit mit starken Höllensteinlösungen behandelt wurden, ohne auszuheilen. Im Jahre 99 trat zum ersten Male eine Harnverhaltung nach einem anstrengenden Marsche auf. Nur in Narkose war es möglich, einen dünnen Katheter einzubringen. Pat. wurde dann längere Zeit behandelt. Allmählich aber stellten sich wieder größere Schwierigkeiten beim Urinieren ein und im Jahre 1901 kam es wiederum zu einer Harnverhaltung, deren Beseitigung ebenfalls nur in Narkose möglich war. Da die Urinbeschwerden erneut auftraten, unterzog sich Pat. im Jahre 1903 in Berlin einer Behandlung durch einen homöopathischen Spezialarzt für Harnleiden. Derselbe behandelte den Pat. mit Sonden, ohne jedoch die Striktur passieren zu können. Die gleichzeitig verordneten Tropfen und Kügelchen änderten an dem Zustande

nichts. Anfang 1904 trat nach einem der vergeblichen Versuche, die Striktur zu passieren, absolute Retention ein, so daß Pat. das Krankenhaus Westend aufsuchen mußte, wo eine externe Urethrotomie vorgenommen wurde, da ein Einführen von Instrumenten sich als unmöglich erwies. Es stellten sich aber nach einem längeren Intervall ohne Beschwerden solche wieder ein und allmählich wurde die Miktion wiederum fast unmöglich. In diesem Zustande wurde mir Pat. überwiesen. Er kann seinen Urin nur tropfenweise entleeren und klagt über große Schmerzen. Der Urin ist trübe, sauer und enthält reichlich Colibazillen und Staphylokokken. Eine Untersuchung ist zunächst ganz unmöglich, da Pat. durch die langen Leiden derartig nervös geworden ist, daß selbst der Versuch, eine Kokaininjektion in die Harnröhre zu machen, Schreikrämpfe auslöst. Am nächsten Tage wird die Anästhesierung möglich; ein Versuch, filiforme Sonden einzubringen, erweist sich als völlig fruchtlos, weil in der Fossa bulbi ein überaus hartes Hindernis besteht. Nach 4 Fibrolysininjektionen gibt Pat. zunächst an, daß die Beschwerden beim Urinieren wesentlich geringer geworden seien. Er empfinde weniger Schmerzen und brauche nicht mehr so stark zu drücken. Es wird nun mit einigen Schwierigkeiten eine filiforme Sonde eingeführt und nach zweimal 24 Stunden unter Leitung derselben in Narkose die überaus harte Strikturbrücke, welche bis tief in die P. membranac. hineinreicht, durchschnitten. Schon am folgenden Tage gelingt die Einführung eines Metallkatheters No. 21 Ch. Die Infektion der Blase geht unter gleichzeitiger Hetralindarreichung zusehends zurück, und die weitere Dilatation geht ohne Schwierigkeiten vorüber.

Zweifellos ist das von Mendel angegebene und von E. Merck hergestellte Fibrolysin als ein ganz außerordentlich wertvolles Hilfsmittel bei der Behandlung von narbigen Verengerungen und Verzerrungen anzusehen. Ganz besonders nützlich erweist sich das Präparat bei der Behandlung von schweren Harnröhrenstrikturen.

Mendel schildert in seinen Arbeiten eine Reihe von Erscheinungen, welche an mit Fibrolysininjektionen behandelten Schleimhautnarben auftraten, stärkere Gefäßinjektionen, glasige Schwellung und dergleichen. In einigen meiner Fälle konnte ich mich von dieser Wirkung des Fibrolysins urethroskopisch überzeugen. Einige Stunden nach der zweiten bis dritten Injektion war das vorher weißschimmernde, gefäßarme und starre Strikturgewebe injiziert und ganz eigentümlich glasig gequollen, so daß das ganze Harnröhrenbild einen blau-rötlichen Farbenton mit durchschimmernden, stärker injizierten Streifen aufwies (siehe Tafel).

Einmal hilft das Fibrolysin über die ersten, also die größten Schwierigkeiten hinweg, die sonst nur durch äußeren Harnröhrenschnitt zu überwinden waren, einen Eingriff, der bei den häufig schwer infizierten Individuen nicht gleichgültig ist.

Ferner hat es sich in solchen Fällen auf das Beste bewährt, in welchen die Härte einer bis zu einem gewissen geringen Grade dilatierten Striktur eine weitere Dehnung unmöglich erscheinen läßt, besonders wenn schwere Hämaturien und sekundäre Infektionen komplizierend hinzukommen.

Stets muß mit der Fibrolysinbehandlung Hand in Hand mechanisch vorgegangen werden. Durch Massage, Sondenbehandlung und dergleichen muß das durch die Fibrolysin-Injektionen erweichte Narbengewebe der Resorption zugeführt werden.

Am besten und schnellsten wirkt das Fibrolysin in Form der intravenösen Injektionen. Das Präparat hat sich als ein unschädliches Mittel ohne jede Nebenwirkung erwiesen.

Literatur.

F. Mendel: Fibrolysin, eine neue Thiosinaminverbindung. Therap. Monats-H. 1905, Februar und April.

Teschemacher: Zwei durch Thiosinamin, bezw. Fibrolysin-Injektionen erfolgreich behandelte Fälle von Dupuytrenscher Fingerkontraktur bei Diabetikern. Therap. Monats-H. 1906, Januar.

Ludwig Waelsch: Ueber die Induratio penis plastica. Münch. Med. Wochenschrift Nr. 41, 1906, Oktober.

Hagenbach-Burckhardt: Ueber zwei Fälle von Heilung von Narbenstrikturen des Oesophagus durch Fibrolysin. Medic. Klinik, 1907, Nr. 27.

Ueber den Nutzen der Gewürze für die Ernährung.

Dieses Thema behandelt in den Therapeut. Monatsheften 1904, Nr. 2, der Berliner Pharmakologe Geheimrat Liebreich und betont hierbei, daß den Gewürzen die ihnen gebührende Stellung bisher nicht zuerkannt worden sei, daß man sie vielmehr als Luxusgegenstände ohne praktische Bedeutung angesehen habe. Daß dieses Urteil falsch ist und daß gerade die Nährstoffe z. B. den Wert der sogen. „kräftigen" Bouillon, die in der Krankenkost eine große Rolle spielt und auch von Gesunden täglich zugeführt wird, einzig und allein das eigentlich Wertvolle repräsentieren, hat man allmählich einsehen gelernt. Die Gewürze erheben den Anspruch nicht, Nährmittel zu sein, sie begnügen sich damit, die Magensaftsekretion und somit Appetit und Verdauung anzuregen, also eine Funktion zu erfüllen, die für den gesunden wie kranken Organismus von wesentlicher Bedeutung ist, wie die Empirie und Praxis längst — der theoretischen Erkenntnis vorauseilend — festgestellt hat; vergl. Bickel, Arbeiten aus dem pathologischen Institut zu Berlin, ferner Deutsche Med. Wochenschrift 1906, Nr. 33; Rheinboldt, Zeitschrift für physik. und diätet. Therapie, April 1906, 10. Band, 1. Heft. In diesen Arbeiten sowie in zahlreichen anderen ist der Suppenwürze Maggi besonders gedacht; es wird über Experimente an Menschen, u. a. an einem erwachsenen Mädchen mit Oesophagus- und Magenfistel berichtet, die sämtlich zu dem Resultate führten, daß Maggis Würze die Magensaftsekretion in hohem Grade anregt und daß sie sich durch Appetitlichkeit und Billigkeit besonders auszeichnet (cf. C. A. Ewald, Vortrag im Deutschen Verein für Volkshygiene, 6. November 1903). Liebreich, Dornblüth, Heim u. a. bestätigen, daß selbst bei hochgradig empfindlichen Kranken Nebenwirkungen irgend welcher Art auf Magen und Darm, Nieren oder Blase durch den Gebrauch von Maggis Würze nicht auftreten, ja selbst das heroische Experiment der Injektion von Maggis Würze in die Jugularvene, das Liebreich ausführte, blieb ohne Folgen auf den Blutdruck, und die subkutanen Einspritzungen führten nicht zu Beobachtungen nachteiliger Folgen. Noch sei erwähnt, daß Carl von Noordens in v. Leyden und Klemperers „Handbuch der Ernährungstherapie" sowohl in der Tabelle I als auch unter „Suppen" Maggis Würze bei den für alle Diabetiker gestatteten Nahrungsmitteln ausdrücklich anführt.

Eine zusammenfassende Würdigung der klinischen Bedeutung von Maggis Würze findet sich u. a. in der „Deutschen Aerzte-Zeitung", August 1906. Als besondere Indikationen sind zwei Gruppen von Krankheiten angeführt: einmal die des Gastrointestinaltraktus, sodann anderweite Leiden konstitutioneller und örtlicher Natur, die Magen und Darm indirekt in Mitleidenschaft ziehen, also Anorexie, Atonia ventriculi, Achylia gastrica, nervöse Dyspepsie, Ektasie mit abnormer Gasbildung u. a. auf der einen Seite, Herz-, Nierenleiden, harnsaure Diathese, Gicht u. a. Stoffwechselanomalien anderseits.

„Nimmt man zu dieser vielseitigen Verwendbarkeit der Maggi-Würze noch die ökonomischen Vorteile der Sparsamkeit und Billigkeit, so wird man zugeben müssen, daß sie für die Einzel- und Massenernährung der Gesunden und Kranken als diätetischer Zusatz zu den üblichen Mahlzeiten trefflich geeignet ist."

Vorrichtung zum leichten und schnellen Anpassen und Feststellen von Verbandschienen.

D. R. S. M. Nr. 306381.

Heinrich Happel in Offenbach a. M. hat sich eine Vorrichtung schützen lassen, die es ermöglicht, leicht, bequem, rasch und sicher die zum Feststellen gebrochener oder sonst verletzter Körperteile erforderlichen Verbandschienen dem beschädigten Gliede anzupassen und in der richtigen Stellung festzuhalten. Die sehr einfache Vorrichtung besteht in zwei



durch ein Scharnier verbundenen Hülsen, in welche die Schienen einfach hineingesteckt werden. Die Schienen können von beliebiger Breite und Form sein; man kann dünne Holzbrettchen oder muldenförmige Holz- oder Metallschienen verwenden usw. An dem Scharnier ist eine Flügelschraube derart angeordnet, daß durch Zudrehen das Scharnier festgestellt, durch Aufdrehen beweglich gemacht wird. Da sich die Vorrichtung bequem in jeder Verbandstasche unterbringen läßt, wird sie besonders gute Dienste bei der ersten Hilfeleistung am Orte des Unfalles tun.

Periodische Literatur.

Die Röntgen-Behandlung der Basedowschen Krankheit. Von Freund, Danzig. (München. medic. W. Nr. 17.)

Seine Erfahrungen bei fünf mit Röntgenstrahlen behandelten Basedowfällen faßt Verf. folgendermaßen zusammen:

1. Die Röntgenstrahlen erfüllen bei der Basedowschen Krankheit die kausale Indikation, indem sie die krankhaft sezernierende Basedowstruma zum Schwinden bringen. Sie wirken sehr günstig auf das Körpergewicht und auf die nervösen Erscheinungen, doch auch die übrigen Symptome können schwinden: so Herzgeräusche, Struma und Exophthalmus.

2. Die weichen, vaskulären, ausdrückbaren Strumen geben die günstigste Prognose, die Erscheinungen bilden sich umso schneller zurück, je jünger sie sind.

Ueber die Hyperämiebehandlung der Lungen mit der Kuhnschen Lungensaugmaske. Von Stolzenburg-Slawentzitz und Kuhn-Berlin. (München. medic. W. Nr. 16.)

Stolzenburg kommt auf Grund seiner Versuche zu folgendem Ergebnis: 1. die Kuhnsche Saugmaske ist sicherlich eine schätzenswerte Bereicherung unserer Mittel gegen die Lungentuberkulose. 2. Sie verschafft nicht nur subjektiv den Kranken wesentliche Vorteile und Erleichterungen, sondern wirkt auch in vielen Fällen objektiv auf den Verlauf des Krankheitsprozesses günstig ein. Die Anwendung ist bei geringer Vorsicht absolut ungefährlich. Kontraindiziert ist die Maske bei Fällen, die zu Fieber neigen, und bei Kranken mit ausgesprochener Herzschwäche. 4. In vorgeschrittenen Krankheitsfällen kann man sich kaum einen Nutzen versprechen; am besten eignen sich für die Maskenbehandlung die Fälle des ersten und zweiten Stadiums der Lungentuberkulose, besonders wenn ein stärkerer Katarrh nicht nachweisbar ist, also mehr die geschlossene Form der Lungentuberkulose. 5. Auch für die Privatpraxis ist die Behandlung mit der Lungensaugmaske sehr zu empfehlen, wenn es möglich ist, die Kranken solange genau zu kontrollieren, bis man von der richtigen Anwendung überzeugt sein kann.

Kuhn selbst konnte die Lungen eines längere Zeit mit der Saugmaske behandelten Patienten untersuchen und überall einen chronischen Verlauf und die durch reichliche Bindegewebsentwicklung eingeleiteten Heilungsprozesse erkennen; der Exitus war durch ausgedehnte Darmtuberkulose herbeigeführt; die Virulenz der Bazillen konnte also keine geringe sein, und da ferner die Patientin erheblich zur Tuberkulose disponiert und auch klinisch frisch an Lungentuberkulose erkrankt war, so ist wohl anzunehmen, daß die zehn Wochen lang energisch angewandte Saughyperämie die tuberkulösen Prozesse in den Lungen in Schranken gehalten hat. Die Lungen werden durch die Maskenatmung trotz stärkerer Hyperämisierung an größeren Exkursionen behindert, also nach Möglichkeit ruhiggestellt; andererseits aber leidet durch die Ruhigstellung die Funktion der Atmungsorgane nicht nur nicht, sondern gerade durch die Widerstandsgymnastik bei der erschwerten Einatmung wird ohne jede Schädigung des erkrankten Gewebes, welches vielmehr durch die günstigere Ernährung und Blutzufuhr sehr rasch zur Heilung und Vernarbung gebracht wird, die gesamte Atemmuskulatur in hervorragender Weise gekräftigt und funktionstüchtig gemacht; durch die allmähliche Ausbildung des Brustkorbes ist die Grundbedingung für einen dauernden Erfolg gewährleistet. Diese Momente sichern auch der Saughyperämie den Vorzug vor der Methode der Hyperämisierung durch Hochlagerung der Extremitäten und des Unterkörpers, die weiter den Nachteil hat, daß sie zu Lungenbluten disponiert. Bei der Saugbehandlung ist diese Gefahr sehr gering; K. hat wiederholt die Maske bei ganz frischem Lungenbluten angewandt und sah dabei die Blutung sistieren. Ein weiterer Vorteil der Saugbehandlung besteht in einer Besserung der Zirkulation und in der Entlastung des Herzens. Bei mehreren Fällen von Blutstockung im venösen und kleinen Kreislauf konnte K. bemerkenswerte Besserungen erzielen; bei Mitralfehlern konnte durch Gebrauch der Maske ein- bis zweistündlich etwa 10 bis 15 Minuten lang der Puls und der Blutdruck nachweisbar günstig beeinflußt werden. Bei den mit der Saugmaske behandelten Lungentuberkulosen zeigte sich durchgängig eine gute Wirkung bezüglich Abnahme der klinischen Erscheinungen, des Hustens, Auswurfs, der Zunahme des Körpergewichts; ein Mißerfolg oder auch nur das leiseste Zeichen einer Schädigung wurde nie beobachtet, auch bei Anwendung der Maske in den schwersten Stadien nicht. Die Symptome, die sich gewöhnlich im Verlaufe der Lungensaugbehandlung bei der Tuberkulose ergeben, sind folgende: in den ersten Tagen wird vereinzelt über Kopfschmerzen geklagt; nach der ersten Woche sind diese aber ausnahmslos geschwunden; auch eine Gewichtsabnahme ist bisweilen in der ersten Woche zu konstatieren; mit der zweiten Woche aber setzt durchgängig eine dauernd ansteigende Gewichtszunahme ein. Die Hustenanfälle werden bald seltener oder bleiben ganz aus. Auswurf und Rasselgeräusche nehmen meist überraschend schnell ab, der Appetit und das Wohlbefinden bessern sich. Eine im ganzen zwei bis drei Stunden täglich, jedesmal ca. eine Stunde hintereinander währende Atmungsbehinderung wird selbst von ganz schwächlichen Patientinnen schon nach drei bis sechs Tagen ohne jegliche Beschwerde fortdauernd gut vertragen. Die Temperatur wird bei fieberlosen Patienten nicht erhöht, und bei andern wurde selbst schon länger bestehendes Fieber bedeutend vermindert oder allmählich ganz zum Schwinden gebracht. Schon nach einstündiger Anwendung der Maske steigt die Zahl der roten Blutkörperchen im Kubikmillimeter um ca. eine Million und die der weißen um ca. ein Tausend; und bei fortgesetzter Anwendung der Maske bleibt bald eine erhöhte, meist sogar ungewöhnlich hohe Zahl der Blutelemente bestehen. Die Labilität und Beeinflußbarkeit der hämatopoetischen Organe scheint eine außerordentlich wichtige Rolle zu spielen. Da auch für verdünnte Höhenluft die Tatsache einer dauernden Vermehrung der Erythrozyten und des Hämoglobingehaltes festgestellt ist, dürften wohl gewisse Vorzüge des Höhenklimas bei der Tuberkulosebehandlung hierin ihre Erklärung finden. Indem man bei der Anwendung der Saugmaske diese Einflüsse der verdünnten Luft auf die blutbildenden Organe nach Belieben kürzere oder längere Zeit wirken lassen kann, können diese Vorzüge des Höhenklimas den Kranken auch in der Ebene zu gute kommen, ohne daß sie andrerseits die mit einem nur zeitweiligen Höhenaufenthalt verbundenen Schädigungen auf sich zu nehmen brauchen. Von dem Gedanken ausgehend, daß bei der fibrinösen Pneumonie eine vermehrte Blutzufuhr und besonders die verstärkte Anlockung von Leukozyten zum Heilungsprozeß notwendig erscheint, hat K. auch bei fünf Fällen typischer Lungenentzündung, darunter einem sehr schweren, die Saugbehandlung versucht mit gutem Erfolg. Schließlich erwähnt er noch einen Fall von schwerem Asthma bronchiale, der lange in verschiedenster Weise vergeblich behandelt, jetzt nach fünfwöchentlicher Anwendung der Saugmaske (ein- bis zweistündlich 10 bis 15 Minuten unter Vermeidung stärkerer Hyperämie) zum ersten Mal wieder längere Zeit beschwerdefrei ist.

Ein neues tierisches Heilserum gegen mikrobische Infektionen beim Menschen. Von Deutschmann, Hamburg. (München. medic. W. Nr. 19.)

Durch Einführung steigender Dosen von Hefe in den Tierkörper gelingt es, wie die erhöhte Widerstandskraft solcher Tiere, gegen mikrobische Infektionen zeigt, in dem Blute derselben wahrscheinlich die Ansammlung von Schutz- resp. Abwehrstoffen anzuregen. Entnimmt man solchen Tieren Blut, so kann man in bekannter Weise ein Serum gewinnen, das berufen erscheint, eine hervorragende Rolle in der Therapie der menschlichen Infektions-

krankheiten zu übernehmen. Verf. ging davon aus, ein Schutz- und Heilmittel unschädlicher Art für diejenigen Augenkrankheiten zu finden, welche einer Infektion durch Mikroorganismen ihren Ursprung verdanken; der günstige Einfluß des zu diesem Zweck hergestellten tierischen Serums zeigte sich aber bald auch bei entzündlichen Prozessen anderer Körperorgane, als nur allein der Augen. Das Serum erwies sich als hervorragendes Unterstützungsmittel des Körpers in dem Kampfe gegen Pneumokokken, Staphylo-, Streptokokken resp. deren Toxin, indem nicht nur das Allgemeinbefinden derartig Erkrankter günstig beeinflußt, sondern auch der Krankheitsprozeß abgekürzt wurde, was sich durch Herabsetzung der Temperatur um 2 bis 3° nach einer einmaligen subkutanen oder intramuskulären Injektion von 2 bis 4 ccm Serum, in einer schneller eintretenden Krisis und schnelleren Abheilung der entzündlichen Prozesse dokumentierte. Bei Hunderten von Injektionen sind irgend welche schädlichen Nebenwirkungen nicht beobachtet worden. Die Injektion von 1,5 bis 2 ccm Serum hat keinen Einfluß auf die Temperatur des nichtfiebernden Organismus; bei dem fiebernden geht die Temperatur in den ersten Stunden nach der Injektion langsam zurück, um nach sechs bis zwölf Stunden das Minimum zu erreichen, oder sie steigt zunächst um wenige Zehntel und sinkt dann nach drei bis sechs Stunden auf den niedrigsten Stand; bei akuten Infektionsprozessen steigt meist am nächsten Tage die Temperatur noch einmal an, fällt aber ohne neue Injektion am darauffolgenden Tage wieder und bleibt in günstigen Fällen dann niedrig. Von 21 Fällen krupöser Pneumonie, die der Serumbehandlung unterzogen wurden, zeigte reichlich die Hälfte eine auffällige Wirkung der Injektion, Herabsetzung der Temperatur, Besserung aller Erscheinungen und Hebung des Allgemeinbefindens; auffallend war der mehrmalige Eintritt der Krise am vierten bezw. zweiten Tage nach der Serumapplikation. Die wünschenswerte Dosis für Erwachsene beträgt 3 bis 4 ccm, für Kinder 0,75 bis 1 ccm; eine Wiederholung ist angezeigt, wenn nach zwei Tagen eine Krisis nicht herbeigeführt ist; die intramuskuläre Injektion nimmt man am besten an Brust oder Bauch vor. Für die Behandlung mit dem Serum eignen sich in gleicher Weise Fälle mit allgemeiner pyämischer oder septischer Infektion, Erysipel, schwere Influenza, akute Angina, vielleicht Scharlach, Typhus; dazu kommen eine Reihe Hautaffektionen, Furunkulose, Akne, Impetigo, Ekzem etc.; hier dürften Dosen von 0,5 bis 4 ccm zwei bis dreimal wöchentlich in Frage kommen; event. kann man auch doppelte Dosen per Klysma verabreichen, nur muß man bei der kleinen Menge der anzuwendenden Flüssigkeit die Vorsicht benutzen, ein olivenförmiges Ansatzstück mit kapillarer Durchbohrung auf die Pravazspritze aufgesetzt zu gebrauchen. Hervorragende Dienste leistet das Serum bei den akuten und chronischen Entzündungsprozessen am Auge, besonders den eitrigen, den verschiedenen Affektionen nachgewiesenen oder vermuteten mikrobischen Ursprungs. Hier dürfte es sich auch prophylaktisch bei Operationen und Verletzungen, wo nur der geringste Verdacht auf Infektion besteht, empfehlen (Dosen von 2 ccm dürften hier genügen). Eine Reihe klinischer Versuche sind auch bei der Tuberkulose mit dem Serum gemacht worden; die Ergebnisse sind noch nicht eindeutig; vielleicht fallen dem Serum die Mischinfektionen der Tuberkulose als günstiges Angriffsobjekt zu. Fabriziert wird das Heilmittel von dem Serumlaboratorium Ruete-Enoch in Hamburg; es wird in Fläschchen mit 2 ccm Inhalt (2,20 M.) abgegeben.

Patentnachrichten.

Patent-Erteilungen.

30i. 311368. Flüssigkeitssterilisator mit durch eine Quecksilbersäule beeinflußtem, durch ein Siphonrohr mit dem Dampfraume des Kochgefäßes verbundenem Wärmeregler. F. & M. Lautenschläger, Berlin. 4. 6. 07. L. 17766.

30h. S. 22370. Verfahren zur Herstellung eines aus Calciumsuperoxyd und Calciumcarbonat bestehenden Zahn- und Mundpflegemittels. Ludwig Sensburg, München, Herzog-Rudolfstr. 11. 23. 2. 06.

30k. N. 8352. Vorrichtung zum Einschläfern durch Hervorbringen langgedehnter Töne von regelbarer Stärke. Alfred Neisser, Berlin, Mauerstr. 89. 22. 3. 06.

30d. 188606. Verband für Schlüsselbeinbrüche und Verrenkungen mit unterhalb der Schulterblätter fest um den Körper zu schnallendem Hauptgurt. Dr. Edmund Jaenel, Schneidemühlchen b. Kreuz a. d. Ostbahn. 7. 7. 06. J. 9251.

30d. 188656. Kühlmasse für Kühlvorrichtungen, insbesondere zu gesundheitlichen Zwecken. Robert Brede, Cöln-Lindenthal, Landgrafenstr. 39. 9. 12. 06. B. 44848.

30f. 188543. Vibrationsmassageapparat mit geradlinig hin- und herbewegtem Stößer. Graziano Sartori, Schöneberg b. Berlin, Colonnenstr. 56. 12. 11. 05. S. 21874.

30i. 188512. Verfahren zum Binden von Staub auf Straßen, Plätzen usw. durch deren Besprengen mit einer wässrigen Fett- oder Oelemulsion. Eduard Vollbehr, Dresden-Räcknitz, Friedrich Wilhelmstr. 73. 23. 7. 05. A. 12220.

30i. 188607. Vorrichtung zum Ozonisieren atmosphärischer Luft. Ozonair Litd., London; Vertr.: A. Joseph, Pat.-Anw., Hamburg. 12. 12. 05. O. 5044.

Für diese Anmeldung ist bei der Prüfung gemäß dem Unionsvertrage vom $\frac{20.\ 3.\ 83}{14.\ 12.\ 00}$ die Priorität auf Grund der Anmeldung in England vom 11. 8. 05 anerkannt.

30i. 188713. Verfahren und Vorrichtung zur Desinfektion von Gegenständen aller Art mittels eines Formaldehyd-Wasserdampf-Luftgemisches. Dr. Napoleon Gasiorowski, Lemberg, Galizien; Vertr.: E. Schmatolla, Pat.-Anw., Berlin SW. 11. 29. 5. 06. G. 23115.

Gebrauchsmuster.

30a. 309510. Instrument zur Untersuchung und Behandlung von Körperhöhlen, mit einer einen Hohlraum zur Aufnahme der elektrischen Leitung einschließenden Doppelwand. Reiniger, Gebbert & Schall, Erlangen. 15. 5. 07. R. 19290.

30a. 309511. Beleuchtungsinstrument zur Besichtigung der Harnröhrenschleimhaut, mit abnehmbar aufgesetztem, optischem Rohr. C. Georg Heynemann, Leipzig, Elsterstr. 13. 15. 5. 07. H. 33389.

30a. 309512. Ausspreiztubus zur Besichtigung der Schleimhaut der Harnröhre. C. Georg Heynemann, Leipzig, Elsterstr. 13. 15. 5. 07. H. 33390.

30a. 309513. Tubus mit Abknickung und langem Fenster zur Besichtigung der Schleimhaut der Harnröhre. C. Georg Heynemann, Leipzig, Elsterstr. 13. 15. 5. 07. H. 33391.

30b. 309663. Mit Schaber auf der einen und einer zum Festklemmen eines Watte- o. dgl. Pfropfens geeigneten Zange auf der anderen Seite versehenes Mundreinigungs-Instrument. Johannes Voigt, Einbeck. 2. 4. 07. R. 19052.

30b. 310089. Zahnärztlicher Bohrer mit Querschliff an den Zähnen. Fa. C. Rauhe, Düsseldorf. 5. 4. 05. R. 15378.

30d. 309642. Weichteilschutz für Amputationen von Unterarm und Unterschenkel, bestehend aus zwei halbkreisförmigen Metallplatten mit Scharnier, Schließvorrichtung, nierenförmiger Aussparung für den Knochen, Handgriffen und Schieber. Jacob Rohmann, St. Johann a. S. 2. 4. 07. R. 19055.

30d. 309751. Pilzförmiges Uteruspessar mit einer zweiten Stilverdickung und einem Schwämmchen auf der Außenseite der Pilzscheibe. Marie Quiel, geb. Weber, Berlin, Clodowicistr. 43. 22. 12. 06. Q. 503.

30d. 309767. Aus imprägnierter Seide hergestelltes Pessar. F. Hahn, Dresden, Falkenstr. 21. 1. 5. 07. H. 33241.

30d. 309779. Heftelverband. Clara Thieme, geb. Francke, Dresden, Nieder-Waldpl. 1. 11. 5. 07. T. 8530.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin N. 4. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Nr. 36. 1907. 4. November.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Redaktion:
Berlin N. 4, Kesselstrasse 11
Dr. H. Lungwitz.



Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Inhalt.

Bombastus-Mundwasser bei Diphtherie.

Von Dr. **Peters**, Goslar.

In dem Heer der kosmetischen Mittel von der Art der Mundwässer, Zahnwässer etc., die dem großen Publikum heute in jeder Tageszeitung und jeder Zeitschrift angepriesen werden, sind ganz gewiß eine ganze Anzahl von Präparaten, die nicht nur der großen Reklame ihre Verbreitung verdanken, sondern ihrer unbestritten vorzüglichen Wirkung auf die Schleimhäute selbst, die daher nicht nur das Interesse des Laien, sondern auch die Aufmerksamkeit des Arztes erregen sollten, weil er in manchem dieser Kosmetika ein wertvolles Therapeutikum entdeckt, das ihm bei der Behandlung von Schleimhauterkrankungen aller Art des Mundes, der Nase, des Rachens ein wichtiger Helfer zu gutem Erfolge werden kann. — Gewiß sind Rachenpinselungen, Einblasungen usw. bei chronischen Erkrankungen dieser Art nicht zu entbehren, aber sie müssen, wenn sie wirksam sein sollen, vom Arzt vorgenommen werden; geschieht das einmal des Tages, so ist es ungenügend, mehrmals aber wäre zu umständlich, zeitraubend und kostspielig. Da werden dann zweckmäßig Berieselungen der Schleimhäute durch Mundspülungen und Nasendouchen angewandt; das ist nicht schwierig auszuführen, schwieriger schon die Entscheidung, was man dem berieselnden Wasser zusetzen soll, um es wirklich gut wirksam zu machen. Angewendet wurde früher mit Erfolg Karbolsäure, Sublimat, aber bei Nasendouchen ist dies nicht ungefährlich, ferner Kali hypermanganicum, das ja vielleicht durch seine O-entziehende Eigenschaft eine bakterizide Wirkung haben mag, sonst aber von herzlich wenig Einfluß auf die Schleimhäute und die Anregung ihrer Sekretion ist, das letztere gilt auch von der heutzutage sehr beliebten essigsauren Tonerde-Lösung, die bei akuten, leichteren Affektionen am Platze sein mag; bei schweren und chronischen läßt sie im Stich.

Als von ganz vorzüglicher Wirkung in dieser Beziehung habe ich nun in jahrelanger Anwendung und Beobachtung das von den Bombastus-Werken in Potschappel-Dresden hergestellte Mundwasser Nr. 1 befunden. In meiner kurzen therapeutischen Notiz im „Medico", Jahrgang XV. Nr. 33 habe ich schon früher auf dieses Präparat hingewiesen und die Aerzte zu Versuchen mit ihm bei chronischen Erkrankungen der Mund- und Nasenhöhle angeregt. Wie weit man dieser Anregung gefolgt ist, weiß ich nicht. Ich kann mich in dieser Hinsicht hier darauf beschränken, festzustellen, daß ich meine an genannter Stelle veröffentlichten Beobachtungen in den letzten drei Jahren in sehr zahlreichen Fällen in vollem Umfange bestätigt gefunden habe.

Heute möchte ich auf einen neuen Punkt hinweisen, in dem das B.-M. sich mir wiederholt vorzüglich bewährt hat, nämlich bei der Diphtherie, zumal der Nasendiphtherie, und zwar sowohl bei der sogen. Scharlachdiphtherie als bei der genuinen, nachgewiesenermaßen durch Diphtheriebazillen verursachten Diphtherie.

Bei der Scharlachdiphtherie zeigen sich häufig gleichzeitig mit der gewöhnlichen Rachenaffektion eine Stomatitis und eine diphtheroide Erkrankung der Nasenschleimhaut. Wenn diese Erscheinungen an sich ja auch meistens ungefährlich und höchstens ein Anzeichen des allgemein schweren Charakters des Krankheitsfalles sind, so machen sie doch durch die erschwerte Nahrungsaufnahme und Nasenatmung oft so hochgradige Beschwerden, daß man gezwungen ist, etwas zu ihrer Linderung zu tun. Ich habe bei sechs derartigen Fällen von Scharlachdiphtherie im Laufe der letzten Jahre diese Erscheinungen mit lauen Mundspülungen und Nasendouchen behandelt und alle mit gutem Erfolg, und zwar nahm ich zu ersteren laues Wasser, dem ca. 30 bis 38 Tropfen B.-M. auf ca. 150 g zugesetzt waren, zu letzteren laue physiologische Na Cl-Lösung mit dem gleichen Zusatz. Die Nasendouchen wurden am besten mit der kännchenförmigen Glasdouche, namentlich bei völligem Verschluß der Nasenhälfte, sonst durch Hochziehen aus einem Schälchen vorgenommen. In allen sechs Fällen, von denen vier Kinder im Alter von sieben bis elf, zwei Fälle Erwachsene betrafen, gingen die entzündlichen Erscheinungen schnell zurück, indem sich eine lebhaftere Absonderung natürlichen Nasenschleims einstellte, der die verschließenden nekrotischen Schleimhautfetzen loslöste, so daß sie leicht durch Ausschnauben entfernt werden konnten. Zugleich verminderten sich die Schwellungen an den Choanenschleimhäuten, so daß die Nasenatmung leichter und bequemer von statten ging und die lästigen, schlafraubenden Beschwerden aufhörten. Ich habe eine derartig schnelle, vollkommene und dauernde Wirkung von den einfachen Na Cl-Lösung-Spülungen, wie ich sie früher wohl versuchte, nicht gesehen. Hand in Hand hiermit ging die Besserung der zum Teil hochgradigen Stomatitis; hier machte sich vornehmlich die Wirkung des B.-M. auf die Schleim- und Speicheldrüsen bemerkbar, wie es ja — repetendo dicatur — die hervorragende Eigenschaft des B.-M. ist, daß es, an sich völlig frei von allen schädlichen oder reizenden Bestandteilen, wie Salizylsäure etc., milde anregend auf die Absonderung der natürlichen Mundsekrete, Speichel und Schleim, wirkt, welche am besten die Desinfektion der Mundhöhle besorgen, die nun mit verstärkten eigenen, natürlichen Waffen den Kampf mit den eingedrungenen grimmen Feinden um so wirksamer führen kann.

Die guten Erfolge mit B.-M. bei Scharlachdiphtherie regten mich an, diese lokale Anwendung des Präparats auch bei genuiner Diphtherie zu versuchen; ich hatte dazu bei zwei Fällen Gelegenheit, bei welchen Diphtheriebazillen bakteriologisch nachgewiesen sind; bei beiden Fällen ist — wegen energischen Protestes der Kranken bezw. der Eltern — keine Serum-Einspritzung vorgenommen. Neben Prießnitz-Einpackungen des Halses und innerer Darreichung von reichlich Kognak und Tokaierwein beschränkte ich mich darauf, andauernde Be-

rieselungen der Mund-, Rachen- und Nasenschleimhäute mit einer schwachen Na Cl-Lösung, der reichlich B.-M., ca. 45 bis 50 Tropfen auf 150 g Wasser zugesetzt war, in Form von Mundspülungen, Gurgelungen und Nasendouchen vornehmen zu lassen. Bei dem ersten Falle, einem achtjährigen Knaben, hatte das anfangs seine großen Schwierigkeiten, doch verlangte schon nach kurzem das Kind selbst nach den Spülungen, weil es merkte, wie große Erleichterung diese ihm brachten. Der Fall verlief außerordentlich glatt und günstig, die schmutzigen, stinkenden Beläge der Mandeln stießen sich schnell und leicht ab, die stomatitischen Erscheinungen gingen rasch zurück, die anfangs völlig unmögliche Nasenatmung wurde bedeutend erleichtert und war bald völlig frei. Ebenso vorzüglich, wenn nicht noch eklatanter, war der Erfolg bei dem anderen Diphtheriefalle, einer 33jährigen Frau, bei der die Mandeln so hochgradig geschwollen und mit dicken, braunen, übelriechenden Membranen belegt waren, daß Schlucken völlig unmöglich war, und die Choanen durch diphtherische Auflagerungen derart verschlossen waren, daß Atmungsbehinderung, Angstzustände etc. auftraten. Hier trat schon wenige Stunden, nachdem mit Spülungen und Douchen begonnen war, erhebliche Besserung ein, die auch von dieser Patientin selbst entschieden auf die Behandlung mit B.-M. zurückgeführt wurde.

Selbstredend soll hiermit nicht etwa gesagt werden, daß bei allen Diphtheriefällen auf diese Weise so gute Heilerfolge erzielt werden müßten, beileibe nicht! Aber bei den nicht so sehr nach unten auf den Larynx übergreifenden, sondern mehr Mund-, Pharynx- und Nasenhöhle betreffenden Formen der diphtherischen Affektionen haben wir im Bombastus-Mundwasser entschieden ein vorzügliches Mittel zur Linderung der Beschwerden und zur schnelleren Beseitigung der lokalen Krankheitserscheinungen.

Reformplauderei.

Von Dr. med. **Walser**-Kanstatt.

Der Zahn der Zeit benagt den Kieselstein, die stärkste Eiche wird zersplittert, Ideen, welche für die Entwicklung der Staaten maßgebend waren, verschwinden, das Alte stürzt und neues Leben blüht aus den Ruinen! — Wir leben jetzt in der nervösen Zeit der Gärung, und wenn der Most sich auch noch so toll gebärdet, kann er doch noch ein guter Wein werden! — Was sich in der Natur und der menschlichen Gesellschaft vom Niederen zum Höheren entwickeln soll, muß nach und nach einen Klärungsprozeß durchmachen, und daß diese unumstößliche Wahrheit heutzutage noch so gut besteht wie vor hunderten von Jahren, hat in letzter Zeit vor allem die Heilkunde erfahren, welche aus diesem Klärungsprozesse jetzt hervorgeht wie der Phönix aus der Asche. Man mag über die Volksbewegung der Naturheilkunde sagen, was man will, sie war der Impuls, daß die vom Weg abgewichene wissenschaftliche Heilkunde wieder in die richtige Bahn geleitet wurde, so daß letztere zur Zeit nicht mehr eine Spezialwissenschaft ist, sondern ihren Blick auf das Ganze gerichtet hält, daß sie Menschen und nicht Organe, daß sie ursächlich und nicht symptomatisch behandelt. Bei der ganzen wissenschaftlichen Heilkunde gilt jetzt der Grundsatz: „Ohne Reinigung keine Heilung!" — Was ist z. B. die Kur mit organischem Phosphor, der aus Pflanzen, Samen und Knollen gewonnen wird, anders als eine heilsame Reinigungskur! Ohne Phosphor gibt es keinen Gedanken; aber ohne Phosphor auch keinen Stoffwechsel! — Wer phosphorhaltige Ernährung sich wählt, kräftigt Herz und Gehirn, steigert Umsatz, Ansatz der Nahrung und Abfuhr der Giftschlacke. Der Phosphor schafft eine fieberhafte Erregung und bewirkt somit fast dasselbe wie eine akute fieberhafte, stoffwechselsteigernde Krankheit, welche z. B. die durch herabgedrückten Stoffwechsel entstandene Gicht für immer zu beseitigen vermag. Die Hefekur in Verbindung mit Yoghurtmilch, welch letztere die die schädlichen Darmbakterien vernichtenden Milchsäurebakterien liefert, kann viele Hautausschläge, ja sogar Hagelkörner der Augenlidbindehaut (Chalazeon), die trotz Operation nicht heilen wollen, beseitigen. Warum treten bei allen Infektionen, auch dem Gelbfieber, Hautausschläge der mannigfachsten Art auf? Warum werden Cholerakranke, wie ich selbst beobachtete, stets besser, wenn sie Hautausschläge bekommen? Die Reformwissenschaft gibt uns die Antwort: Das Rotlauf, die Ausschläge, der Schweiß, das Fieber, die Diarrhöen bei Autointoxikation (Selbstvergiftung) und bei Infektion (Bakterienvergiftung) sind nur ein Abwehrbestreben, das wir nicht unterdrücken dürfen. Die Entzündung, sie ist ein Heilbestreben. Wenn sich jemand einen Splitter in die Hand zieht, so strömt rasch viel Blut nach der Stelle, um den Entzündungsreiz wegzuspülen, dauert letzterer an, so verlangsamt sich der Blutstrom, die weißen Blutkörper als Sanitätspolizei dringen durch die Gefäßwände, sie suchen die Ordnung unter den auseinandergewichenen Gewebszellen wieder herzustellen, oder sie verwandeln sich in Eiterkörper, wodurch die Giftschlacke weggespült werden soll. Warum heilen in Indien die gräßlichsten Wunden bei Malayen eiterlos ohne Verband? Im Spitale von Batavia machten wir den Steinschnitt oft ambulant, auf die Wunde kam ein Pisangblatt, und alles heilte ohne Eiterung per primam intentionem! Wie die Säuglinge, welche vielen Schädlichkeiten ausgesetzt sind, mehr weiße Blutkörper haben als die Erwachsenen, so ist es auch bei dem niederen Volk der Malayen gegenüber den Europäern. Der Tropenaufenthalt ist geeigneter für Selbst- und Bakterienvergiftung als der im gemäßigten Klima, und darum besitzt der Malaye in der Mehrzahl der weißen Blutkörper eine Schutzvorrichtung, wodurch mit der Giftschlacke gründlich aufgeräumt wird und eine Heilung durch Eiterung nicht mehr nötig ist. Die Entzündung ist ein Heilbestreben, das ebensowenig mit dem Eisbeutel als das Fieber mit Antipyrin unterdrückt werden darf. Wenn uns ein Insekt sticht, so halten wir über die gerötete Stelle eine glühende Zigarre, und der Schmerz ist weg. Wir haben die Entzündung gesteigert, Röte, Schwellung, Schmerz und Hitze verlieren sich sofort. Diese unbewußte laienhafte Entzündungsbehandlung ist in der Blutstauungs-Wärmebehandlung vermittelst Binde und Saugglocke von Professor Bier geradezu eine umwälzende Reformbehandlung geworden. Wenn jemand den schmerzhaften Fingerwurm hat, machen wir einen Wickel mit 95%igem Alkohol: „der Finger rötet sich mehr, aber bald erblaßt er, die Entzündung ist weg und die tiefen Einschnitte sind nicht mehr nötig". Ebenso ist es in vielen andern Krankheiten: Wärmestauung und Rotlichtbehandlung haben dieselbe Wirkung. Ohne Entzündung und Fieber gibt es keine Heilung, freilich ist es besser, wenn man dafür sorgt, daß gar keine Entzündung entsteht! — Eine Reformidee ist der Aderlaß, den man bei Bleichsucht, Gicht, Blutstauungen u. dgl. mit viel Erfolg anwendete und noch jetzt anwendet. Bleichsucht, wird da mancher sagen, wie kann man bei Blutarmut zur Ader lassen! — Aber es gibt keine Blutarmut (Anämie), sondern nur eine Blutentmischung (Dysämie), und diese Dysämie bildet die Disposition für alle Krankheiten. Wenn man nun einen Aderlaß von 60 bis 80 bis 100 g macht, dann entfernt man Blutschlacke und Krankheitserreger, die Blutgefäße saugen Wasser aus den Geweben auf, der Blutkreislauf wird beschleunigt, die Nieren scheiden mehr aus, das Herz wird freier und gekräftigt, starke Schweiße treten ein usw., kurzum der Reformaderlaß ist ein Naturheilmittel ersten Grades, wenn auch gewisse urteilslose Fanatiker darüber den Kopf schütteln. In Zukunft wird der Aderlaß nach meiner Ansicht nicht bloß bei Bleichsucht und Gicht, sondern auch bei Cholera, Gelbfieber usw. mit Erfolg gemacht werden. Viele und schwere Erkrankungen entstehen durch Autointoxikation oder Selbstvergiftung vom Darme aus, und den Dickdarm hat der Mensch nur, daß ihm hier auf Erden nicht zu wohl wird. Wenn die abwehrende Energie der Darmzellen, wie bei der modernen Blinddarmentzündung, durch Selbstgifte gelähmt ist, dann siedeln sich die Tuberkulosebazillen oder andere derartige Missetäter im Darm an, wandern in das Bauchfell und noch entferntere Gegenden aus und verursachen lebensbedrohende Erkrankung. Wenn man nach meinen Versuchen mit Hefepilzen die schädlichen Pilze vernichtet, dann kann man hier die besten Heilresultate erzielen.



Die Yoghurtmilch unterstützt die Hefebehandlung in wirksamer Weise. Der Vegetarismus ist eine wichtige blutreinigende Ernährung, aber wenn man ihn unverständig anwendet, kann man das Blut noch mehr versäuern als bei Fleischkost. Das sollen sich vor allem die Herren Gichtler merken! Wie die Vegetarianer früher lebten, kamen sie mit dem Eiweiß und Fettbestande der Nahrung zu kurz und magerten bedenklich ab, doch auch der Vogetarismus ist jetzt in dieser Hinsicht ersprießlich reformiert; in den Kellogschen pflanzlichen Präparaten haben wir einen vollen Ersatz des tierischen Eiweißes und Fettes. Was soll ich von der Alkoholreform sagen? soll der Mensch sich ganz des Alkohols enthalten? Das kann er einfach nicht, weil aus Mehlspeisen allein schon im Körper sich Alkohol bildet, den der Organismus dann sogar als Erholungsstoff gegen Ermüdungsstoffe anwendet, ferner, warum trinken die Wilden, die noch nie einen Europäer sahen, ihren Palmwein? Daß die Studenten jetzt weniger trinken, weil sie ihre Aufgabe ernster auffassen, wie Professor Forel meint, ist nicht richtig. Die Trinkhörner unserer Vorfahren verschwinden immer mehr aus den Studentenkneipen, weil man sich nicht mehr soviel leisten kann wie früher! — Wir sind schwächer, dekadent geworden und darum nimmt auch der Alkoholkonsum ab! Ob dies so erfreulich ist, wie manche glauben, lasse ich dahingestellt, aber wir müssen vor allem dahin streben, ohne Alkohol wieder leistungsfähig zu werden. Dies ist der Gipfelpunkt aller zukünftigen Reformen. Im übrigen müssen wir bedenken, wer neue Stiefel trägt, geht darum noch lange keinen neuen Weg; den richtigen Pfad für unser Reformbestreben finden wir nur, wenn wir uns an das Geleise der Zeitverhältnisse halten, in denen wir leben. Eine Reform geht ja nicht ohne Zerstörung vor sich, denn man kann eingebürgerte Schäden nicht mit Rosenwasser oder einer Pfaufeder beseitigen! — Darum wollen wir in unserer Reformwut auch ein wenig uns im Gedankengange des reformunbewußten alten Schartenmeyer bewegen, welcher sang: „Noch ein Schöpple, Lies', wie klingt dieser Auftrag süß!"

Infusions-Apparat und Aspirator.

Nach Petrikowsky-Klug.

Wie beistehende Abb. 1 illustriert, besteht der Infusions-Apparat, der sich speziell gut zu subkutanen Kochsalzinfusionen

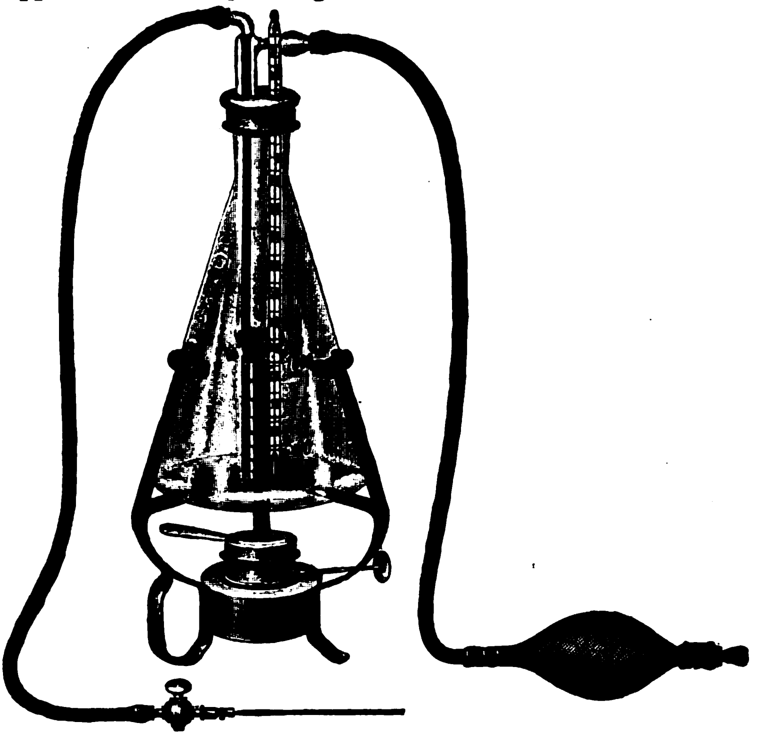


Abb. 1.

eignet, aus einem graduierten Erlenmeyerschen Kolben von $1^1/_2$ Liter Inhalt, einer vernickelten Metallverschlußkappe mit Gummiplatten-Einlage und einem gläsernen Steigrohr, dessen oberer Teil von einem Mantelrohr umgeben ist, durch dessen Ringraum Luft in den Apparat gedrückt werden kann. Ein von + 30 bis + 150 Grad C. graduiertes Thermometer dient

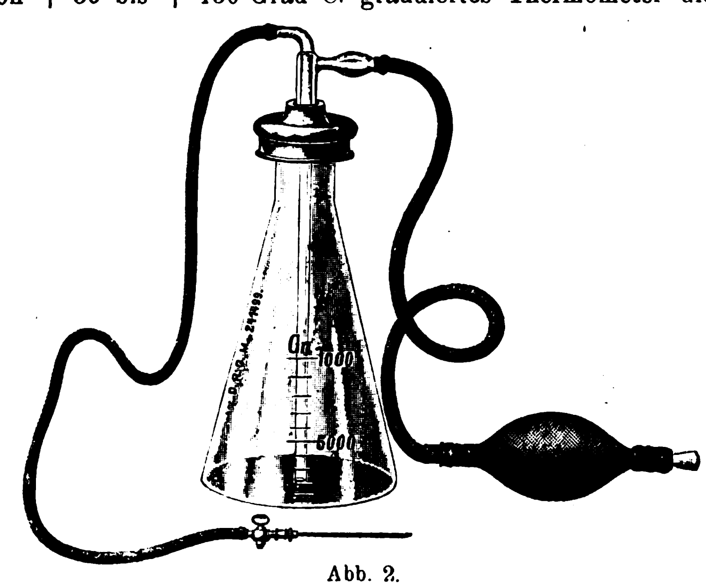


Abb. 2.

zur Temperaturbestimmung. Man füllt die Kochsalzlösung in den Erlenmeyer, bringt diesen auf den Spirituskocher und sterilisiert den Inhalt. Durch Druck auf den Gummiballon bringt man die Flüssigkeit zum Steigen und Einfließen unter die Haut.

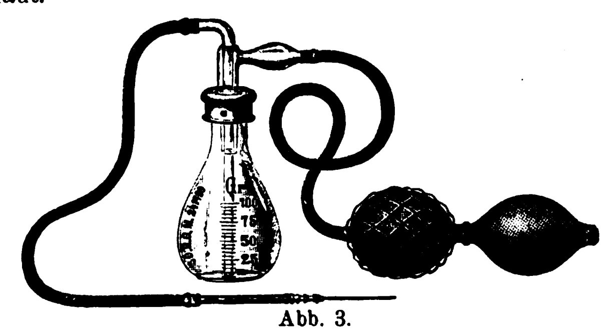


Abb. 3.

Kleinere Injektionsapparate werden nach dem gleichen Prinzip hergestellt (Abb. 2).

Als Aspirator für Magensaft, Ergüsse etc. findet ein Apparat Verwendung, dem Abb. 3 entspricht. Einrichtung und Funktion ist aus der Abbildung ersichtlich.

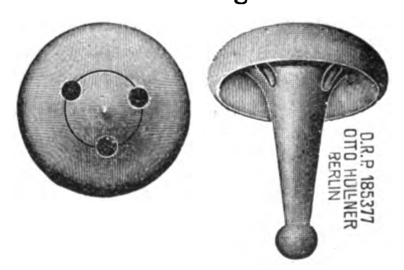
In der Praxis haben sich die Apparate, wie aus ärztlichen Gutachten hervorgeht, vielfach bewährt.

Fabrikant: Internat. Thermometer- und Glasinstrumenten-Fabrik Meyer, Petri & Holland, Ilmenau i. Thür.

Ein neuer Hysterophor.

D. R. P. Nr. 185 377.

Um eine Senkung des Uterus speziell nach Entbindungen zu verhüten und eine schon eingetretene zu beseitigen, kon-



struierte Otto Hüllner, Berlin, einen Apparat, der etwa eine pilzförmige Gestalt hat und aus einer Handhabe und einem stumpf-

randigen, mit drei Löchern zum Zwecke des Abflusses von Sekret und Menstrualblut versehenen runden Kopfteil besteht. Man führt das Instrument ein, indem man die Handhabe anfaßt und den Kopfteil so weit in die Vagina vorschiebt, bis die konvexe Oberfläche den Muttermund berührt. Die Muskulatur der Scheide hält nun den Apparat fest. Der Halter, der also die Pessarien aus dem Felde schlagen soll, kann in verschiedenen Größen und aus beliebigem Material hergestellt werden.

Fabrikant: Otto Hüllner, Berlin NW. 87, Waldstr. 17.

Periodische Literatur.

Alypin in der Ohrenheilkunde. Von Bürkner, Göttingen. (Berlin. klin. W. Nr. 14.)

Für die rein symptomatische Bekämpfung des Ohrschmerzes bei Furunkeln, beginnenden Mittelohrentzündungen, Neuralgien unbestimmten Ursprungs ist Alypin geeignet; besonders die vom Trommelfell ausgehenden Schmerzen lassen nach Alypinapplikation oft in kürzester Zeit nach. Bei der Parazentese läßt sich mit Alypin fast vollkommene Empfindungslosigkeit erzielen, ohne daß es zu Reiz- oder Intoxikationserscheinungen, wie häufig beim Kokain, kommt. Verf. verwandte durchgängig eine 5%ige wässrige Lösung, die entweder eingeträufelt oder mit Hilfe eines Wattebausches eingeführt wurde und in jedem Falle 10 bis 20 Minuten einwirkte; unter der Einwirkung des reinen, nicht anämisierenden Mittels veränderte das Trommelfell seine Farbe kaum; die Anästhesie war um so vollkommener, je mehr das Trommelfell sich verändert zeigte. Alypin in Sprayform appliziert, ermöglichte das schmerzfreie Einführen des Tubenkatheters auch bei Patienten, wo dies wegen Septumverbiegung oder ähnlichen örtlichen Gründen erschwert war. Zur Entfernung von Granulationen und kleineren Polypen aus der Paukenhöhle ist mit 10 bis 15 Minuten dauernder Betupfung mit 5%iger Lösung vollkommene Anästhesie zu erzielen; durch Zusatz von Nebennierenpräparaten kann die schmerzstillende Wirkung des Alypins gesteigert und gleichzeitig die Operation ziemlich unblutig gestaltet werden; bei kleinen Geschwulstmassen empfiehlt sich der Zusatz aber nicht, weil die dadurch erzeugte Ischämie nicht allein ein für das Auge unwillkommenes Erblassen der Gewebe bedingt, sondern die Neubildung so verkleinern kann, daß sie sich durch die Perforation, insbesondere in den Kuppelraum zurückziehen kann. Jede Aetzung von Granulationen wird durch Alypinanästhesie wesentlich erleichtert; selbst bei Entfernung eines scharfkantigen Sequesters aus dem Gehörgang und bei Extraktion einer in die Paukenhöhle eingekeilten Glasperle genügte eine 5%ige Lösung völlig. Die Inzision eines dem Aufbrechen ganz nahen Furunkels, ebenso die Auskratzung eines offenen Furunkels wird nach Tamponade mit in 5%ige Alypinlösung getauchter Gaze völlig schmerzlos; bei Furunkeln in früherem Stadium injiziert man das Alypin besser subkutan und setzt Suprarenin zu. Hervorragend bewähren sich die subkutanen Injektionen von Alypin-Suprarenin (Lösung Pohlscher Tabletten) bei Extraktion des Hammers und Ambosses vom Gehörgang her. Somit ist Alypin ein vollwertiges Ersatzpräparat des Kokains, vor dem es den Vorzug hat, das Aufkochen zu vertragen und sehr viel weniger giftig zu sein.

Benzosalin. Von Bodenstein, Setzthal. (Berlin. klin. W. Nr. 14.)

Benzosalin, der Methylester der Benzoylsalizylsäure, ist eine Kombination von Salizyl- und Benzoesäure (in den Handel gebracht von Hoffmann, La Roche & Co.); es wird erst im Darm in seine Komponenten zerlegt, widersteht der Magenverdauung besser als Aspirin, alteriert deshalb dieses Organ gar nicht. Durch die Benzoesäure wird im Darm eine kräftige desinfizierende und antizymotische Wirkung ausgeübt; auch erhöht die Benzoesäure die antipyretische Wirkung der Salizylsäure. Das geschmacklose weiße Pulver ist in Wasser unlöslich, in Alkohol, Aether, Chloroform leicht löslich; die wässrig-weingeistige Lösung gibt keine Salizylsäurereaktion, enthält also keine freie Salizylsäure, beim Kochen mit Alkalien tritt Zerlegung in die Komponenten ein. Die Eisenchloridreaktion im Harn tritt später auf als bei Verabreichung von Azetylsalizylsäure. Verf. hat Benzosalin bei einer größeren Anzahl von verschiedenen Fällen angewendet. Durchwegs günstige Erfolge erzielte er bei der akuten Polyarthritis rheumat. mit Dosen von 3 bis 5 g (in Tabletten a 0,5 g) pro die; weiter bewährte es sich bei Muskel- und Nervenrheumatismen, Hexenschuß, Ischias, Trigeminus-, Okzipital- und Alveolarneuralgien in Dosen von 1½ bis 3 g. Als unschädliches Salizylpräparat mit exzellenter antirheumatischer, antipyretischer, schmerzlindernder Wirkung verdient das Präparat ausgedehnteste Anwendung.

Zur Behandlung des Tetanus. Von Tilmann, Köln. (Deutsch. med. W. Nr. 14.)

Bei einem Kinde wurde wegen Gangrän des Unterarmes nach Huftritt vor drei Tagen die Amputation des Oberarms vorgenommen; eine andere Verletzung lag nicht vor. Trotzdem stellten sich fünf Tage nach der Verletzung und zwei Tage nach der Amputation Tetanussymptome ein, die schon nach weiteren 36 Stunden zum Tode führten. Von der so frühzeitigen Beseitigung der Infektionsquelle hätte man erwarten können, daß der Tetanus koupiert oder wenigstens gemildert würde; beides trat nicht ein, woraus zu folgern ist, daß man sich von der Amputation bei Tetanus keinen allzu großen Erfolg versprechen darf. Da man nach allen einwandfreien Befunden wohl auf dem Standpunkt bleiben muß, daß die Tetanusbazillen sich nur in der Infektionsstelle aufhalten, so muß im vorliegenden Falle das in den ersten drei Tagen nach der Verletzung aufgenommene Tetanustoxin genügt haben, um einen fünf Tage nach der Verletzung auftretenden Tetanus hervorzurufen. Nach der Brunner-Goldscheiderschen Theorie ist der Schwerpunkt auf die Reizung der Ganglienzellen des Rückenmarks zu legen, zu denen das Gift entlang den peripherischen Nerven gelangt; im vorliegenden Fall hat es danach fünf Tage gedauert, ehe das nötige Quantum Toxin zu den Rückenmarkszentren gelangt war; das in den ersten drei Tagen in der Wunde gebildete Toxin hat genügt, um das Krankheitsbild zu erzeugen; die Unterbrechung des Nachschubs konnte nichts mehr helfen.

Daß die Behandlungsresultate des Tetanus mit Antitoxin noch so schlecht sind, liegt entweder daran, daß man meist zu spät kommt, oder die Anwendung ist nicht richtig. Behring empfiehlt die gefährdeten Rückenmarkzentren durch Sperrung der zuführenden Nerven mit Antitoxin vor dem Tetanusgift zu schützen. Nachdem Verf. in Köln mehrere Tetanusfälle, die am sechsten bis zehnten Tage nach der Verletzung auftraten, völlig resultatlos mit Antitoxineinspritzungen behandelt hatte, hat er in letzter Zeit nach dem Behringschen Vorschlag einen am zehnten Tag auftretenden mittelschweren Fall mit Einspritzungen intralumbal und in die beiden Nn. ischiadici behandelt und Heilung erzielt. Die Seruminjektionen in die Nerven waren nicht schmerzhaft und hinterließen keine weiteren Folgen. Gegen prophylaktische Antitoxineinspritzungen führt sich Verf. sehr energisch aus.

Elektromassagehandschuh. Von Arndt, Berlin. (München. medic. W. Nr. 19.)

Für die Elektromassage (bei Nachbehandlung von Frakturen und Gelenkerkrankungen etc.) gibt Verf. einen Handschuh mit besonderer metallischer Stromzuführung für die gesamte Hohlhand an. Einmal angefeuchtet, behält er das aufgesogene Wasser stundenlang, bleibt weich und schmiegsam, die Hand des Massierenden bleibt von den Strömen ganz verschont, so daß sich mit dem Handschuh weit stärkere Stromstärken anwenden lassen; der Handschuh kann als bewegte wie als ruhende Elektrode verwandt werden; jede gewünschte Stelle läßt sich genau abtasten, die Größe der Elektrodenfläche beliebig ändern, je nachdem man die ganze Hohlhandfläche oder den Daumen oder nur die Fingerspitzen aufsetzt. Als bestes Modell hat sich ein Fausthandschuh aus Wildleder erwiesen, der über dem Handgelenk durch einen elastischen Gurt mit beliebig stellbarem Verschluß befestigt wird. In einer Klemmschraube auf dem Rückenteil des Gurtes wird der Leitungsdraht befestigt; der eintretende Strom verteilt sich von hier über eine die ganze Hohlhandfläche einnehmende, mehrfache feine Metallgewebsschicht, die an der Innenseite des Wildlederhandschuhs angebracht und gegen die Hand durch ein widerstandsfähiges Futter aus gummiimprägnierter Seide verdeckt ist. Her-

stellung und Vertrieb dieses Elektromassagehandschuhs geschieht durch die Fabrik von Reiniger, Gebbert & Schall in Erlangen. Der Preis beträgt 6 M.

Neuere Arzneimittel.

Ueber organische Phosphortherapie bei Diabetes mellitus. Es ist eine schon lange beobachtete Tatsache, daß nach dem Genusse von frischem Fleischsaft der Gehalt an Zucker im Blute der Diabetiker herabgesetzt wird. Man hat sich nicht recht erklären können, wie der Fleischsaft einen derartigen spezifischen Einfluß ausüben kann, bis Nachmann die ersten Versuche einer Erklärung machte. (Aerztl. Rundschau 1. 8. 06.) Der Fleischsaft enthält nämlich ca. 30% P_2O_5 zum größten Teil in organischer Bindung, und so ist die Frage berechtigt, ob nicht viel mehr die organische Phosphorsäure als die Fermente des Fleischsaftes den diabetischen Zustand so günstig beeinflussen. Die Franzosen haben schon lange die organischen Glycerophosphate mit Erfolg bei Diabetes angewandt; ferner enthält die medicinische Hefe, der gute Erfolge bei Diabetes nachgerühmt werden, große Mengen organischer Phosphorsäure. Interessant sind die Ausführungen von J. Weiß (Aerztl. Zentralzeitung Wien); er schreibt: „Die oft allzusehr gerühmten, leider aber nur vorübergehenden Erfolge der Mineralwässer- und Bäderbehandlung dürfte wohl durch die therapeutische Wirkung des darin enthaltenen Phosphors zu erklären sein ....“ Weiterhin: „Man kann also in der Erkenntnis der modernen Anschauungen über die Zuckerharnruhr kaum mehr der pharmazeutischen Therapie entraten und kühn den Satz aufstellen: Ohne Phosphor-Vereinleibung keine wirkliche Heilung des Diabetes!“

Es ist zu verwundern, daß er mit einem Mittel, das nur geringe Mengen Phosphor enthält (Diabeteserin), diese Erfolge erzielt hat, da doch andere Autoren (Fränkel usw.) früher die Wirkung auf Vaguslähmung zurückführen wollten. Es scheint auch hier auf Grund der neuesten Erfahrungen ein Umschwung in der Ansicht über die Wirkungsweise des Mittels eingetreten zu sein. Uns scheint der Gehalt an Phosphor zu gering, um dieses Mittel für die Praxis als Phosphorpräparat zu registrieren. Die Untersuchungen von de Stella haben ergeben, daß für die Phosphortherapie nur organischen Verbindungen ein Wert zukommt, da nur diese entsprechend resorbiert werden. Ein derartiges Präparat, das „Magolan“, welches aus Calciumanhydrooxydiaminphosphat besteht, hat in der letzten Zeit zahlreiche Nachprüfungen erfahren, deren Ergebnisse in der Literatur niedergelegt sind. Kersten, Salzwedel, meldet als Selbstpatient im „Aerztl. Central-Anzeiger“ vorzügliche Resultate und fordert zu weiteren Versuchen auf, um festzustellen, in welchen Fällen von Diabetes das Mittel seine typischen Wirkungen entfaltet. Desgleichen werden in einer ausführlichen Arbeit von Hermann-Wien (Therapeut. Rundschau 1907, Nr. 24), in der auch auf die Heilprinzipien eingegangen wird, recht aufmunternde Resultate berichtet. Poldinger äußert sich in gleich günstiger Weise. (Medico 1906, 27.) Aus diesem Grunde dürfte man der organischen Phosphortherapie zur Behandlung des Diabetes entsprechende Beachtung schenken müssen und dürfte es sich empfehlen, Nachprüfungen mit dem zuletzt genannten Präparate anzustellen, da es am meisten den Anforderungen der Praxis entspricht.

Die Empirie ist auf diesem Gebiete wieder einmal der Theorie voraus, insofern als man zur Erklärung der Phosphorwirkung bei Diabetes nur Hypothesen anführen kann. Es fehlt im diabetischen Organismus offenbar ein Ferment, das entweder selbst den Anstoß zur Zuckerassimilation gibt oder durch katalytische Wirkung die biologische Funktion der Zelle so beeinflußt, daß sie Zucker zu assimilieren vermag. Dieses Ferment würde dann der Phosphor in geeigneter Bindung funktionell ersetzen. Erfolge sind, nach der Literatur zu urteilen, zweifellos vorhanden; hoffen wir, daß die Empirie zur Erklärung der Genese und des Wesens des Diabetes beitragen wird.

Patentnachrichten.

Patent-Erteilungen.

30d. 309858. Augenschutzvorrichtung mit aus Zelluloid, Glimmer o. dgl. bestehender biegsamer Scheibe und damit fest verbundener Klemmvorrichtung, welche so konstruiert ist, daß ein Oeffnen der Spannfeder von der dem Gesicht abgewandten Seite der Schutzscheibe aus geschieht. Otto Bock, Görlitz, Demianipl. 29/30. 4. 5. 07. B. 34363.

30e. 309501. Anordnung und Vorrichtung zum Aufhängen von mehreren Tragbahrentischen in einem Krankenwagen. R. Klevesahl & Sohn, Berlin. 14. 5. 07. K. 31037.

30e. 309509. Stellage für Krankentransport in Eisenbahnwagen. Heinrich Kolbe, Insterburg. 15. 5. 07. K. 31040.

30e. 309792. Vorrichtung an Operationstischen zum Anbringen der Unterschenkelplatte an der Sitzplatte. Georg Haertel, Breslau, Albrechtstr. 42. 16. 5. 07. H. 33401.

30e. 309798. Aus Rundeisen gebogener Sarggriff mit aufgeschobenem und aus Holz bestehendem, gedrehtem Handgriff. Heinrich Wilke, Neu-Ruppin. 17. 5. 07. W. 22478.

30e. 309854. Zusammenlegbare Tragbahre für Verwundete und Kranke. Dr. Fritz Toeplitz, Breslau, Neuegasse 4. 1. 5. 07. T. 8409.

30e. 309911. Transportsarg mit gasdichtem Verschluß. Karl Krieger, Karlsruhe i. B., Kronenstr. 9. 17. 5. 07. K. 31074.

30f. 310197. Badewanne mit auswechselbarem Einsatz zum Zuführen von Luft. Dr. Hermann Balser, Juliusbad-Köppelsdorf b. Sonneberg, S.-M. 24. 9. 06. B. 32206.

30f. 310198. Vibrationsapparat mit motorischem Antrieb. Max Warschauer, Berlin, Kronenstr. 38. 25. 9. 06. W. 21087.

30g. 309502. Fläschchen mit innen befindlichem Löffel, für Schnupfenpulver. Chemische Werke Fritz Friedlaender, G. m. b. H., Berlin. 14. 5. 07. C. 5826.

30g. 309684. Zusammengesetzte Pillen. Joseph Wegert, München, Schillerstr. 28. 4. 5. 07. W. 22407.

30g. 309876. Vorrichtung zum Befestigen des Gummisaugers an einer Kindersaugflasche mittels einer Hülse, nach Art eines Bajonettverschlusses. Laurent Bader, Zürich; Vertr.: J. Granz, Plauen i. V., Königstr. 8. 10. 5. 07. B. 34404.

30i. 309661. Gepreßte Räucherkerze in flacher Pyramidenform. Hugo Banzhaf, Scheibenberg. 22. 3. 07. B. 33903.

30i. 309662. Räucherkerze in Pyramidenform aus rotem Sandelholz. Hugo Banzhaf, Scheibenberg. 23. 3. 07. B. 33903.

30i. 309762. Sterilisierapparat für ärztliche Geräte, mit einem in ein heizbares Wasserbad tauchenden Trockenvorwärmer. Vereinigte Elektrotechnische Institute Frankfurt-Aschaffenburg m. b. H., Frankfurt a. M. 26. 4. 07. V. 5742.

30k. 309968. Apparat zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten. Eugen Stange, Treptow a. Rega. 19. 3. 07. St. 9190.

Patent-Anmeldungen.

30d. C. 14280. Schutzbrille mit einer in der Fassung angeordneten Kehle zum Einbetten des Glases und einem das Glas festhaltenden zurückklappbaren Teil. L. Cretin-Billet Frères, Morez, Frankr.; Vertr.: Pat.-Anwälte B. Blank, Chemnitz, u. W. Anders, Berlin SW. 61. 22. 1. 06.

30e. S. 21870. Zusammenlegbare Tragbahre. „Samaritana“ Gesellschaft für Verwertung der Weberschen zweiteiligen Tragbahre, Zürich; Vertr.: E. G. Prillwitz, Pat.-Anw., Berlin NW. 21. 13. 11. 05.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin N. 4. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

SANATOGEN

bewirkt

Absatz von Eiweiss und Phosphor

Erhöhung der Oxydations-Energie

Anregung des Stoffwechsels

und ist daher das wirksamste Kräftigungsmittel. Den Herren Aerzten stehen auf Wunsch Proben und Literatur zu Diensten.

BAUER & CIE., Sanatogen-Werke
BERLIN SW. 48.

251



Eisen-Eiweiss

lecithinhaltig in concentr. Lösung.

„Appetitanregend"
„Wohlschmeckend"
„Reizlos"

Lecin enthält 20% **Hühnereiweiss**, gebunden an **Fe** (0,6%).
Im städt. Krankenhause zu Hannover erprobt u. warm empfohlen.
400 gr. incl. Einnehmegl. M. 2,—; 2—10 gr. kurz **vor** dem Essen.

Lecinpulver ☛ **billigstes Eiseneiweiss.** ☚
In Zuckerwasser **klar** und **neutral** löslich; Dosis: 0,2–0,5 gr.
25 gr. M. 1,—, f. 20—30 Tage. **Kassenpraxis ! ! !**

Lecintabletten m. 3 ctg. Fe u. glycerinphosphors. Ca. ½—2 wie Bonbons n.; 100 St. M. 2,—.

☛ *Besonders geeignet für* ***kleinere Kinder.*** ☚

258 **Erhältlich in Apotheken oder franko ab Fabrik.**
Literatur und Proben ab Fabrik gratis.



& Sohn A.-G., Opt. u. Mechan. Werkstätte, **Braunschweig**
fabrizieren

Mikroskope

Objektive und Apparate

für alle wissenschaftlichen und technischen Zwecke

Neuer Katalog
Nr. 228 m.
postfrei!

Filialen in
Berlin S.W., Zimmerstraße 95-96, **Hamburg**, Ness 2, **Wien IX/3**, Währingerstraße 14, **London, Paris, New-York.**



Im Ctr. des vornehmsten W. Vorortes von Berlin, ist ein mit der **Konzession zum Betriebe einer Irrenanstalt** versehenes Grundstück (geeignetes Anstaltsgebäude mit grösserem Park) **baldmöglichst** unter günstigsten Bedingungen zu **verkaufen.** — Der für gen. Zweck bisher in Anspruch genommene Flächeninhalt (600 □-Ruthen) kann erforderlichenfalls bis auf 2000 □-Ruthen erweitert werden (alles evtl. bestimmte Baustellen).

Evtl. wäre hier einem kapitalkräftigen Herrn vortreffliche Gelegenheit zur **Teilhaberschaft** gegeben.

Reflektanten wollen ihre Zuschriften gefl. unter Chiffre **A. D. 100** an die Exped. dies. Bl. gelangen lassen.

Unter allen Mitteln,
welche die Stuhlfunktion anregen und die Darmtätigkeit regulieren, nehm. „Kanoldts Tamarinden" aus Gotha den ersten Platz mit ein. Sie sind in fast allen **Apotheken** in Schachteln (6 Stck.) **für 80 Pf.**, auch **einzeln** für **15 Pf.** vorrätig, mit Schokolade angefertigt und deshalb auch **als Laxativ für Damen und Kinder** sehr geeignet und warm zu empfehlen.

Une place d'assistant deviendra prochainement vacante à l'Institut de Pharmacodynamie et de Thérapie de l'Université de Gand; les candidats sont priés d'adresser dès maintenant leur demande au Directeur du susdit Institut.

Arzt sofort gesucht

(Frauenarzt bevorzugt) zur Beschaffung von Literatur für ein neues Präparat von einer renommierten Pharmazeutisch. Fabrik. Gefl. Offerte möglichst mit Honorarangabe unter 860 an die Annoncen-Exped. Ueberreich Hamburg.



Gemeindearztstelle der Sanitätsgemeindegruppe Reingers (N.-Ö.), bestehend aus den Gemeinden Reingers, Groß-Radischen, Hirschenschlag, Illmanns, Leopoldsdorf und Reinberg-Litschau mit dem Sitze in Reingers, 37×94 km² groß, mit 2386 Einwohnern. Fixe Bezüge 238 K von den Gemeinden. Die Höhe der ev. Landessubvention ist noch nicht festgesetzt. Die Haltung einer Hausapotheke ist erforderlich. Bewerber um diese Stelle wollen ihre ordnungsgemäß belegten Gesuche bis längstens 1. Dezember 1907 bei dem Bürgermeister in Reingers einbringen.

Ausschreibung.

Für das allgemeine Krankenhaus in Linz gelangt die Stelle **eines Sekundararztes** zur Besetzung. Mit dieser Stelle ist ein Gehalt von jährlich 1200 Kronen und freie Station verbunden. Die mit dem Taufscheine und sonstigen Dokumenten zu belegenden Gesuche sind bis **längstens 12. November 1907** in der Einlaufstelle der Stadtgemeinde-Vorstehung Linz einzubringen. Der Dienstantritt hat am 1. Dezember 1907 zu erfolgen.

Der Bürgermeister:
Dr. Franz Dinghofer.

Es liegt im Interesse eines jeden praktischen Arztes und Spezialarztes, sich gratis und franko das neueste **Verlagsverzeichnis von Carl Marhold in Halle a. S.** kommen zu lassen.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Zum Andenken an Paul Julius Möbius.

Von Dr. **Ernst Jentsch.**

Preis M. 0,75



Nr. 37. 1907. 11. November.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Redaktion:
Berlin N. 4, Kesselstrasse 11
Dr. H. Lungwitz.



Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Inhalt.

Die diesjährige VII. ärztliche Studienreise.

Von **Dr. Sigm. Kohn**, prakt. und Frauenarzt in Prag.

Die diesjährige Studienreise der Aerzte, die nach der großen Teilnehmerzahl zu schließen — es waren an 250 Jünger Aeskulaps beteiligt — sich eines stetig steigernden und größeren Interesses erfreute, nahm am 1. September mit einer Eröffnungssitzung unter dem Präsidium des Prof. Glax aus Abazzia, des Generalsekretärs Dr. Oliven, des Oberstabsarztes Dr. Bassenge, endlich des Direktors des Kaiserin-Friedrich Hauses in Berlin ebendortselbst ihren Anfang. Wie auf der ganzen Reise, deren Zweck die genaue ärztliche Besichtigung der Ostseebäder eingeschlossen Bornholm und Wisby auf Gotland sowie der Besuch und die Besichtigung Stockholms und Kopenhagens mit seinen in der Nähe befindlichen Bädern Salzjöbaden und Marienlyst war, und die natürlich vor allem dem Besuche wissenschaftlicher, also den Arzt speziell interessierender Institute galt, eine ganz angenehme Abwechslung von fröhlichen Besichtigungen bei Rundfahrten durch die Stadt mit mehr theoretischen Vorträgen eingehalten werden sollte, so wurde an diesem Prinzipe gleich am Eröffnungstage festgehalten.

Ein Rundgang durch das Kaiserin-Friedrich Haus sollte uns die imposante Ausstellung in demselben demonstrieren, uns Aerzten zeigen, was an neuen Instrumenten, Apparaten und medicinischen Hilfsmitteln aller Art in den letzten Jahren auf den Markt gekommen. Die Ausstellung nahezu aller größeren Kurorte Deutschlands, Oesterreichs, Frankreichs repräsentiert ein ausgiebiges, aber auch bedeutendes Stück der neueren Errungenschaften der Balneologie und Balneotherapie. Als dritter praktischer Programmspunkt unseres Berliner Aufenthaltes war der Besuch des Rudolf-Virchow-Krankenhauses vorgesehen. In der kurzen Zeit von einigen Stunden diese Riesenanlage, diese abgeschlossene kleine Welt für die Kranken zu besichtigen, und dann genauer darüber zu referieren, erscheint etwas schwer, doch einige Daten mögen deutliche Belege dafür sein, was die Stadt Berlin für Unmasse von Arbeit geleistet, aber auch an großem Verständnis für modernes ärztliches Streben mit der Erbauung dieser ungeheueren Anlage bewiesen.

Auf einem Grunde von 110 Morgen Landes stehen 57 Gebäude mit einem Belagraum von 2000 Betten, teils im Pavillon-, teils im Korridorsystem erbaut.

Die Kosten des Baues betrugen 12000000 Mark, die Zeit des Baues währte 7½ Jahre.

Was moderne Anti- und Asepsis auf allen Gebieten von der Medicin verlangt, was wir im letzten Dezennium Neues in der Therapie erfahren haben, aber speziell auf chirurgischem, gynäkologischem Gebiete, in physikalischer und hydriatischer Behandlung, in der Röntgen-, Finsenbehandlung, in neuesten bakteriologischen Errungenschaften, in Fortschritten der Hygiene, nicht zuletzt aber der Hipurgie (Krankenpflege), es ist hier, ich möchte sagen, in Wort und Bild zu nutze gemacht worden. Allerdings bleibt es für die meisten Ärzte vorläufig bloß ein stiller Wunsch, wenigstens eine solche, wenn auch viel kleinere Krankenanstalt in jeder Stadt, nach gleichem System gebaut und eingerichtet, zu besitzen, zum Wohle der armen Kranken, aber ebenso zur Förderung des ärztlichen Studiums.

Ehe wir die wissenschaftliche Ausbeute Berlins beschließen, sei noch mit ein paar Worten der Vortrag des Prof. Dr. von Renvers erwähnt, der bei der Besprechung einiger Fortschritte in der Diagnostik interner Krankheiten im speziellen die Lumbalpunktion, noch mehr aber im Detail die neuerdings mit großem Erfolg durchgeführte Cerebralpunktion, ihre Ausführungsart und Indikation besprach.

Tags darauf ging es ins älteste Seebad an der Ostsee, nach Heiligendamm.

Ich bin weit entfernt davon, eine detaillierte Schilderung der gesehenen Ostseebäder zu geben, dazu genügt der neue, gerade heuer erschienene Bäderalmanach; dennoch seien mir ein paar charakterisierende Bemerkungen über die einzelnen Ostseebäder aus dem Grunde gestattet, weil bei dem Wettbewerbe der Kurorte überhaupt, der ja alljährlich größer wird, und dem ausgesprochen weiten Wandertriebe des Publikums wir zwischen Wahrheit und Dichtung in der Bewertung der Heilfaktoren der Bäder sehr scheiden müssen, andererseits hat die Bädertherapie neuerdings sehr in unsere therapeutischen Vorschriften eingegriffen.

Es erscheint mir darum am praktischsten, mit ein paar Worten die einzelnen Bäder zu skizzieren, und an diese jeweilige, eigene kritische Skizze ein kurzes Referat über die theoretischen Vorträge zu geben, die wir Aerzte in den einzelnen Ostseebädern zu hören Gelegenheit hatten.

Das 1793 als erstes Ostseebad von Gottlieb Samuel von Vogel, dem Leibarzte Friedrich Franz I. von Mecklenburg, gegründete Heiligendamm ist auch heute noch so einfach geblieben, wie es vor 100 Jahren war; daselbst sind keine elektrischen Lichtbäder, keine medikomechanischen Institute, kein mit großem Aufwand erbautes Kasino zu sehen, keine vornehmen, luxuriösen Hotels — und doch ein Fürstenbad. In diesem Jahre wohnte auch der Deutsche Kronprinz und die Kronprinzessin dortselbst. Lange wohnten die Badegäste nur im nahen Doberan, bekannt als lebhafter und viel besuchter Rennplatz. Heute enthält Heiligendamm selbst einige schlichte Villen am schmalen Strande, ein kleines Kurhaus — aber es ist schön gelegen, imponiert durch seine Ruhe, und eine solche Ruhe ist viel, viel wert!

Schon Warnemünde bietet ein anderes Bild. — Zwar mit wenig Wald, dafür mit reichlichen, sorgfältig gepflegten Anlagen, schönem Strande und schon modernen Hafenanlagen versehen, ist hier alles zu haben, was auch der anspruchsvollere

Kurgast braucht; neben den älteren, kleineren Hotels schon vornehmere, große, auch Hotel garnis. Die häufige, leichte Verbindung mit Kopenhagen durch einen Trajektdampfer gehört mit zu den Vorzügen Warnemündes.

Doch meiner Meinung nach ist der größte Vorzug Warnemündes der, daß es verhältnismäßig kleine Preise hat und sich recht bescheiden gibt.

Von den auf der Insel Rügen gelegenen Ostseebädern machten wir nach einem kleinen Abstecher nach Stubbenkammer und dem Königsstuhl zunächst Sassnitz unseren ärztlichen Besuch. Dieses kann als größeres Bad nicht mitzählen, denn sein Strand ist schmal und steinig, die Badeeinrichtungen sind sehr primitiv, — es könnte höchstens als hübscher Sommeraufenthalt für Leute aus der Nähe gelten.

Viel besser gefiel mir Binz, ein Seebad, das speziell in den letzten Jahren sich sehr emporgeschwungen hat. In schönster Lage, mit besten und vornehmsten Hotels versehen, mit bekannt guten Soolbädern ausgestattet, möchte ich es als Seekurort für Kinder, zumal aus letztangeführtem Grunde und seines breiten, imponierenden Strandes wegen empfohlen wissen. — Hier in Binz eine kleine Episode, eine Erinnerung an Theodor Billroth.

Als Prof. Glax, unser Reisepräses, beim Abenddiner im Seebadhotel sich zum Worte meldete, konnte er es nicht besser als mit der Erinnerung an die Geburtsstätte des großen Chirurgen Theodor Billroth.

So oft der große Meister, so erzählte Glax, ruhebedürftig war, suchte und fand er auch die beste Erholung an der See auf seinem ihm stets lieb und wert gebliebenen Rügen. — So äußerte er auch oft den Wunsch, dereinst mit dem Ausblick auf die See zu sterben.

Der Wunsch wurde Billroth erfüllt, er starb wohl nicht in seiner Heimat, auf Rügen, doch mit dem Ausblick aufs Meer, aufs Mittelmeer, in Abazzia, in Prof. Glax Händen.

Und nun noch von Rügen aus zwei liebliche Bade- resp. Luftkurorte Sellin und Göhren.

Große Waldungen von Binz bis Sellin vor dem herrlichen Schlosse Granitz vorbei und von Sellin bis Göhren sich hinziehend, noch alles recht ungekünstelt belassen, machen gerade diese Gegend so empfehlenswert. Wer besonderes Verständnis für das zeigt, was die Natur selbst uns bietet, also für den romantischen Ausblick von der Höhe auf ein steiles Ufer, auf das gerade hier stets bewegtere Meer, auf den doppelten Strand in Göhren im Norden und Süden der vorgestreckten Meereszunge, für den so reizenden Aussichtspunkt von Göhren, „den Nordpeerd" hat, der wird Sellin und Göhren so manchem komfortreichen und luxuriösen Ostseebade den Vorzug geben.

Unsere Seefahrt ging nun an die Mündung der Oder.

Unsere nächste Station daselbst war Swinemünde — eine kleine Großstadt unter den Badeorten der Ostsee, mit allem versehen, was der selbst anspruchsvolle Großstädter an Komfort von einem modernen Seebade verlangt, allerdings zum Ausruhen für einen ruhebedürftigen Kurgast wenig geeignet. Hier bot man uns auch manches Wissenschaftliche — die Besichtigung des bekannten Kindererholungsheims und des Sanatoriums Dr. Schäfflers seien besonders erwähnt.

Als hübsch, geschmackvoll und stillbescheiden, und doch mit allem Nötigen versehen, möchte ich Ahlbeck, unsere nächste Station, hinstellen.

Hier gabs die erste größere wissenschaftliche Sitzung auf der Reise, indem der bekannte Rostocker Professor Kobert das Thema besprach: Kann man an der Ostsee Volkslungenheilstätten errichten?

Treffend wies der übrigens glänzend und klar sprechende Redner alle Vorwürfe zurück, die man in letzter Zeit der Heilstättenstatistik machte; er wies nach, daß die Sterblichkeit an Tuberkulose in den letzten 10 Jahren sehr abgenommen habe, und wenn wir 200000 in Deutschland alljährlich an Tuberkulose erkrankende Menschen annehmen, die anstaltsbedürftig sind, für die in 217 deutschen Anstalten bloß 18000 Betten zur Verfügung stehen, sodaß bei jährlich dreimaligem Wechsel kaum 50000 Kranke berücksichtigt werden können, so entbehren noch $^3/_4$ aller Kranken der Wohltat der Heilstätten. Die glänzenden Erfahrungen, welche speziell die dänischen Aerzte mit der Gründung von Lungenheilstätten an der See gemacht, zum Vergleiche heranziehend, wies Kobert nach, daß die Gründung auch von deutschen Lungenheilstätten an der Ostsee nur zu begründet ist. Denn die Luft an der See ist doch viel reiner als im Binnenland, ihr Gehalt an Wasserdampf ist größer, die Seewassertröpfchen, durch die Meeresbrandung der Luft beigemischt, wirken besser hustenstillend als so manche Medicin, die Temperaturdifferenzen sind geringere, der Luftdruck am Meere ist höher, die Belichtung stärker, alles günstige Momente, die gute Wirkungen verheißen sowohl auf den Stoffwechsel, wie auf die Blutbildung, auf das Verhalten von Puls und Atmung des Kranken.

Sind auch die statistischen Daten des Dr. Saugmann, dem Leiter einer solchen dänischen Lungenheilstätte, der 86% Erfolge aufweist, etwas zu optimistisch, so bestätigt doch Prof. Grave in Kopenhagen den großen Erfolg der Lungenheilstätten an der See. Kobert empfiehlt am Schlusse seiner gediegenen Auseinandersetzungen die Gründung von Ostseelungenheilstätten, vorausgesetzt, daß diese solid gebaut, mit dicken Mauern versehen, genügend windgeschützt, mit Wasserleitung und guter Heizung ausgestattet wären, vorausgesetzt endlich, daß diese isoliert wären, Inhalatorien und Wandelhallen besäßen.

Mitten aus den wehmütigen Gedanken an menschliches Elend, in das wir unwillkürlich durch Koberts Vortrag versetzt wurden, traten wir wieder in lachendes Wohlleben und kamen nach Heringsdorf, das so sehr besuchte und genügend bekannte Ostseebad.

Mit seinen architektonisch so geschmackvoll hingezauberten Villen, mitten in schönsten, grünenden Gärten gelegen, mit seiner bekannten Brücke und dem so beliebten Brückenrestaurant, seinen modernen Kurbehelfen im ärztlich gut geleiteten Kurhause, wo dem Kurgaste alles zur Verfügung steht, was sonst bloß spezielle physikalische und Wasserheilanstalten besitzen, steht Heringsdorf unter den Ostseebädern gewiß in der allerersten Reihe da. (Fortsetzung folgt.)

Ueber die Wirkung der alkalischen Wässer bei der harnsauren Diathese.

Von Dr. **Scherbel**, Lissa.

Bekanntlich bezeichnet man die fehlerhafte körperliche Anlage zur Ausscheidung von Harnsäure und harnsauren Salzen in die Gewebe des Körpers hinein als harnsaure Diathese. Worauf diese Anlage beruht und was am letzten Ende die Ursache von Gicht und Steinbildung ist, das ist ein Rätsel, welches bis zum heutigen Tage noch nicht vollkommen gelöst ist.

Manche nehmen eine wirkliche Vermehrung der Harnsäurebildung im Körper an, manche glauben, daß nur die Ausscheidung der in normaler Weise gebildeten Harnsäure durch die Nieren gehemmt ist, andere wieder schuldigen eine herabgesetzte Alkalisierung des Blutes (d. h. eine geringere alkalische Beschaffenheit desselben im Gegensatze zur sauren) als Ursache an, was zur Folge habe, daß mehr Harnsäure in die Gewebe hinein ausgeschieden wird. Aber bestimmte Beweise für alle diese Hypothesen sind bis heute nicht geliefert worden.

Bei der harnsauren Diathese tritt eine Ueberfüllung des Blutes mit harnsauren Salzen ein, und sehr bedeutsam dafür scheint eine übermäßige Aufnahme von stickstoffhaltigen Nahrungsmitteln zu sein. In dieser Beziehung ist zu beachten,



daß auch beim Gesunden die Menge der täglich ausgeschiedenen Harnsäure schwankt und daß wir auch hierfür den Grund in der Nahrung suchen müssen. Hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Nahrung und Harnsäure beobachtet man eine Abnahme der Harnsäureausscheidung bei Pflanzenkost, eine Erhöhung derselben bei größerer Fleischnahrung. Dabei bewirkt ein sehr kernreiches Gewebe, also ein solches, das reich an Nukleïn ist, wie Kalbsmilch, Leber, Nieren, Milz, Gehirn u. dgl. ein größeres Ansteigen als Muskelfleisch.

Bei Milchnahrung wird die Ausfuhr an Harnsäure eine geringere; daß dagegen ein einseitiger oder vorwiegender Fleischgenuß zur stärkeren Harnsäurebildung führt, ist allgemein bekannt. Besonders wird dies dann der Fall sein, wenn eine Anlage dazu, also eine harnsaure Diathese im Körper besteht.

Es lag nun von vornherein nahe, anzunehmen, daß die kohlensauren Alkalien in gewissen natürlichen Mineralwässern eine lösende Wirkung auf die Harnsäure ausüben müßten, und diese Annahme ist durch die Erfahrung bestätigt worden. In dieser Hinsicht ist ein Tierversuch von großem Interesse, der vor einiger Zeit gemacht worden ist. Auf den Vorschlag von Prof. Kobert in Rostock prüfte Dr. Hoffmann an Hühnern, die auf reine Fleischkost gesetzt waren, den Einfluß eines Mineralwassers, und zwar wählte er dazu die Salzbrunner Kronenquelle. Er wollte feststellen, ob die schon früher von Kionka gemachte Erfahrung, daß fortgesetzte Fleischnahrung die Hühner zu „veritablen" Gichtikern macht — indem Schwellungen in den Gelenken der Füße der Hühner eintraten, sowie starke Veränderungen der Leber und Nieren, woran die unglücklichen Hühner zu Grunde gingen —, sich bestätige und ob bei gleichzeitigem Trinken von Mineralwasser die krankhaften Erscheinungen bei den Hühnern hintangehalten würden.

Er gab also drei Hühnern reichlich Pferdefleisch zu fressen und Wasser nach Belieben zu trinken, eins von ihnen bekam jedoch statt des gewöhnlichen Wassers die Salzbrunner Kronenquelle. Während die beiden ersteren unter Abnahme des Gewichtes und der Freßlust bald zu Grunde gingen und bei der Sektion Veränderungen in den Organen und Erscheinungen größerer Harnsäurebildung, namentlich in der Leber und in den Nieren aufwiesen, befand sich das Mineralwasserhuhn sehr wohl, nahm an Gewicht zu und — würde heute noch leben, wenn es nicht behufs Sektion ebenfalls auf dem Altare der wissenschaftlichen Forschung hätte geopfert werden müssen. Bei ihm zeigten sich keine Veränderungen in den Organen. So ist also dieses Huhn, wenn es auch schließlich ein Opfer der Wissenschaft wurde, doch durch die „Trinkkur" mit dem Mineralbrunnen vor der Gicht gerettet worden.

Die Frage, auf welche Weise der Körper von dem Harnsäureüberschusse und dessen Folgen befreit wird, die harnsauren Konkremente (Sand- und Steinbildungen) gelöst und entfernt werden, ganz besonders aber die Neigung zu übermäßiger Harnsäurebildung getilgt wird, ist auch sonst Gegenstand eingehendster Forschungen gewesen. Man hat dabei festgestellt, daß die kohlensauren Alkalien in gewissen natürlichen Mineralwässern eine lösende Wirkung auf die Harnsäure ausüben. Es zeigte sich dabei, daß nicht — wie vielfach angenommen worden ist — die starken alkalischen Wässer das beste Lösungsmittel für Harnsäure sind, sondern daß die schwachalkalischen Wässer ihnen gegenüber gewisse Vorzüge besitzen, namentlich insofern, als ein längerer Gebrauch derselben ohne Benachteiligung der Verdauungsorgane möglich ist.

Dabei handelt es sich nicht, wie man früher geglaubt hatte, im Körper um eine direkte Lösung der Harnsäure durch die Alkalien in dem Mineralbrunnen, sondern um eine indirekte Lösung durch den nach Einverleibung des Mineralbrunnens abgesonderten Urin. Um die Feststellung dieser Tatsache haben sich besonders Pfeiffer, Posner, Mendelssohn und Fürst verdient gemacht.

Diese Autoren haben auch die Ansicht ausgesprochen, daß bei der Anlage zur Gicht die Neigung besteht, daß sich die Harnsäure leicht aus dem Harn ausscheidet. Diese Neigung zur Ausscheidbarkeit der Harnsäure verringere sich am schnellsten und anhaltendsten durch den Gebrauch schwacher Natronquellen (die Salzbrunner Kronenquelle, die Quellen von Fachingen, Wildungen, Neuenahr usw.). Denn die Natronquellen besitzen ein hervorragend günstiges Lösungsvermögen für Harnsäure, und die reichliche Getränkeaufnahme wirkt auf die Absonderung größerer Mengen dünnen Harns ein, wodurch auch beginnende kleine Steinbildungen weggespült werden, welche sich sonst zu großen Steinen entwickeln würden.

Wenn man die harnsäurelösende Wirkung eines Mineralwassers feststellen will, darf man nicht zu großen Wert gerade auf die Anwesenheit des kohlensauren Lithions oder des doppeltkohlensauren Kalks legen, sondern man muß die Gesamtsumme der kohlensauren Alkalien in Rechnung ziehen. Es ist dies ein Umstand, der ja bekanntlich schon oftmals zu lebhaften Debatten zwischen den Vertretern verschiedener Kurorte geführt hat, der es aber verdient, besonders in der Beurteilung der Sache festgehalten zu werden.

Die starken Natronwässer besitzen zwar die größte Lösungskraft für die Harnsäure; aber bei ihrer längeren Anwendung ist zu bedenken, daß eine bedeutende Alkaleszenz des Blutes und des Harnes eintritt. Dies kann einen Niederschlag schwerlöslicher Bestandteile zur Folge haben, namentlich von harnsaurem Ammoniak, phosphorsaurer Ammoniak-Magnesia oder Tripelphosphat und phosphorsaurem Kalk, welcher Niederschlag die Grundlage von Grieß- und Steinbildung werden kann. Für den längeren Gebrauch verdienen daher die schwachen Natronwässer den Vorzug.

Für die Wirkung der alkalischen Wässer bei der harnsauren Diathese ist noch folgender Umstand wichtig, auf den Posner besonders aufmerksam gemacht hat. Nach ihm handelt es sich bei der harnsauren Diathese von vornherein um krankhafte Vorgänge im Körper, nämlich um chronisch entzündliche, katarrhalische Veränderungen der Nieren- und Blasenschleimhaut, Vorgänge, welche bekanntlich dem „organischen Steinskelett" Ebsteins zu Grunde liegen. Denn dieser nimmt an, daß katarrhalische Produkte (Schleim usw.) den Kern bilden, um den und an den sich die Harnsäure ankristallisiert. Darum wirken in vielen Fällen gerade die alkalisch-salinischen Wässer so gut, weil sie auf den Katarrh und die Entzündung einen heilenden Einfluß ausüben.

Posner u. a. geben den Mineralwässern entschieden den Vorzug vor Medikamenten bei der harnsauren Diathese und namentlich bei der Gicht. Die Medikamente, so vortrefflich sie oft beim Anfalle selbst sind, wirken nur während der Zeitdauer, wo sie genommen werden. Von einer dauernden Beseitigung der harnsauren Diathese kann bei ihnen keine Rede sein. Um „radikal" zu wirken, müßten sie dauernd genommen werden, was jedoch kaum ohne schließliche Schädigung des Körpers möglich ist.

Freilich schaffen auch die Mineralwässer keine dauernde Beseitigung der harnsauren Diathese, aber sie werden bei längerem Gebrauche doch weit besser vertragen und wirken wegen des größeren Flüssigkeitsreichtums besser ausschwemmend und ausspülend. Wie bereits bemerkt, haben nur die starken Natronwässer für den längeren Gebrauch ihre Bedenken, während die schwächeren Natronwässer in ihrer „glücklichen Mischung" für chronische Fälle besser geeignet sind. Posner erklärt ausdrücklich, „daß man in chronischen Fällen von harnsaurer Diathese auf die stärksten Mittel von vornherein verzichten solle; die schwächeren Säuerlinge werden dann mit großem Vorteil angewendet und sehr lange Zeit hindurch gut vertragen".

Die übermäßige Alkalisierung des Harns, wie sie durch die starken Natriumquellen bewirkt wird, scheint nach neueren Untersuchungen die Lösung der Harnsäure nicht zu befördern.

Diejenigen Quellen, die besonders kalkhaltig sind, z. B. die Wildunger Helenenquelle, die Salzbrunner Kronenquelle u. a. (erdige Quellen) scheinen dabei die chronischen Entzündungen und Katarrhe der Nieren und der Blase besonders günstig zu beeinflussen. Inwieweit der Kalkgehalt dabei von Einfluß ist, ist noch nicht sicher festgestellt. Aber die Tatsache läßt sich nicht bestreiten.



Das wirksame Prinzip der alkalischen Wässer liegt keineswegs allein in der lösenden Wirkung des Alkalis, in dem Lithiumgehalt u. dgl. mehr. Ihre Wirkung besteht vielmehr in einer Anregung des Stoffwechsels und in einer Durchspülung der Säftebahnen. Außerdem wird die Absonderung der Nieren durch Anregung ihrer Tätigkeit vermehrt. Sie besitzen auch eine schleimlösende Eigenschaft und finden deshalb bei Katarrhen eine vorteilhafte Anwendung.

Es scheint, als ob verdünnte künstliche Alkalilösungen nicht die gleiche Wirkung haben und als ob gerade die Mischungsverhältnisse der mineralischen Bestandteile, vorzüglich des Natrons und Lithiums, von großem Einflusse nicht nur auf die Wirksamkeit, sondern auch auf die Verdaulichkeit und Verträglichkeit der natürlichen alkalischen Mineralwässer sind, insbesondere der schwächeren von diesen Wässern bei längerem Gebrauche derselben.

Gerade bei den alkalischen Wässern können wir, wie so oft im Leben, den auffallend großen Unterschied zwischen „Natur" und „Kunst" beobachten.

Periodische Literatur.

Euferrol, ein neues Eisenpräparat. Von Hausschild, Breslau. (Deutsche med. W. Nr. 26.)

„Euferrol" (J. D. Riedel) enthält die wesentlichsten Bestandteile des Levicowassers, so daß eine Kapsel mit Bezug auf Eisen- und Arsengehalt etwa einem Eßlöffel Levico-Starkwasser entspricht. Das Präparat ist unbegrenzt haltbar, geruch- und geschmacklos. Verf. hat es bei einer Reihe von Fällen von Bluterkrankungen, funktionellen Neurosen, chronischen Hautleiden, Erschöpfungszuständen in Dosen von fünf bis sechs Kapseln täglich mit gutem Erfolg gegeben; die quälenden subjektiven Beschwerden der Patienten schwanden bald, der Hämoglobingehalt des Blutes wurde vermehrt, das Körpergewicht erhöht. Alle Kranken nahmen die Kapseln gern, die selbst bei bestehenden gastrischen Beschwerden und schwachem Magen stets gut vertragen werden.

Secacornin. Von Schubert, Breslau. (München. med. W. Nr. 26) und Merkel, Nürnberg. (München. med. W. Nr. 27).

Sch. hat an der Küstnerschen Klinik sehr günstige Erfahrungen mit Secacornin gemacht, als deren Maßstab außer dem Stillstand der Blutung bei Atonie noch die Dauer der blutigen Lochien im Wochenbett und die Involution des Uterus herangezogen wurde. Bei Einleitung zweier künstlicher Aborte durch Hystereuryse wurde der Hystereurynter mit einem Manometer verbunden und nun der Uterusdruck unter Secacorninwirkung beobachtet. Dabei ergab sich, daß die Kraft der Wehe durch Gaben von Secacornin nicht wesentlich beeinflußt wurde, daß aber ein Dauerkontraktionszustand des Uterus sich einstellte, der sich in einer beträchtlichen Erhöhung des Manometerstandes in der Wehenpause bemerkbar machte. Mit Secacornin ist danach das Ziel, das bei Atonia und Subinvolutio uteri erstrebt ist, zu erreichen. Secacornin ist nach Sch. indiziert: 1. prophylaktisch nach allen Geburten, nach denen erfahrungsgemäß starke Blutungen aufzutreten pflegen, 2. bei Atonia uteri, 3. nach allen intrauterinen Eingriffen während der Geburt (Sectio caesarea, Wendung, manuelle Plazentarlösung), 4. bei Retention von Eihäuten, 5. bei Subinvolution, 6. nach Ausräumung von Aborten; contraindiziert: 1. bei Blutungen in der Schwangerschaft, 2. intra partum.

M. hat Secacornin vielfach benutzt prophylaktisch bei Leitung der Nachgeburtsperiode, wo stärkere Blutungen zu erwarten waren, bei Atonien in der Nachgeburtszeit und post partum, zur Beförderung der Involution im Wochenbett, sowie zur Bekämpfung von lang dauerndem blutigem Wochenfluß, nach jeder Fehlgeburt. Bei subkutaner und intramuskulärer Applikation (dazu kommt das Präparat in sterilen, geschmolzenen Glasphiolen zu 1 ccm = 4 g Secale cornutum in den Handel) hat er nie Schmerzen oder Knotenbildung gesehen; die Wirkung war stets zuverlässig, nach fünf bis zehn Minuten einsetzend. M. betrachtet das Secacornin für die geburtshilfliche Praxis als das bequemste und zuverlässigste Secalepräparat.

Neuere Arzneimittel.

Apotheker Weigerts Castoreum Bromid (Sal bromat. effervesc. c. Valerian. et Castoreo). Fabrikant: Aeskulap-Apotheke, Breslau I (E. Weigert). Dieses Präparat ist eine Kombination von Bromsalz in der Erlenmeyerschen Zusammensetzung, kanadischem Bibergeil und Baldrianwurzel derart, daß ein Meßglas oder ein voller Teelöffel etwa $2^1/_4$ g Erlenmeyerscher Brommischung, 12 Tropfen Tinkt. Castor. und 20 Tropfen Tinkt. Valer. entspricht. Es dürften also Dosen von $^1/_2$ bis 1 Meßglas oder Teelöffel ein- bis dreimal täglich, bei Kindern entsprechend weniger, meist genügen. Man nimmt das Medikament am besten abends eine halbe Stunde vor dem Schlafengehen in einem Weinglase Zuckerwasser. Indikationen: Neurasthenie in ihren verschiedenen Formen, Hysterie, Epilepsie, Erregungszustände usw. Die ärztlichen Gutachten (Prof. Binswanger, Geheimrat Eulenburg, zahlreiche Spezialärzte und praktische Aerzte) bekunden eine treffliche Wirkung des Medikamentes.

Patentnachrichten.

Patent-Anmeldungen.

30e. Sch. 25475. Tragvorrichtung mit in einem Traggestell schwingbar gelagerter Lagerfläche. Martin Schütz, Lahr, u. Rudolf Deetken, Dinglingen. 11. 4. 06.

30h. G. 21453. Verfahren zur Herstellung im Verdauungskanal leicht löslicher Gelatinekapseln, Gelatineüberzüge u. dgl. Dr. Oskar Gros, Leipzig, Liebigstr. 10. 9. 6. 05.

30h. G. 24445. Verfahren zur Herstellung im Verdauungskanal leicht löslicher Gelatinekapseln, Gelatineüberzüge u. dgl.; Zus. z. Anm. G. 21453. Dr. Oskar Gros, Leipzig, Liebigstr. 10. 26. 2. 07.

30f. K. 34104. Vorrichtung zum Strecken des menschlichen Körpers mit Hilfe des Körpergewichtes; Zus. z. Pat. 185229. Dr. Max Koebler, Hohenlohehütte O.-S. 25. 1. 07.

30k. W. 27191. Vorrichtung zur Zerstäubung pulverförmiger Stoffe mit bewegtem Siebe und feststehenden Leisten; Zus. z. Pat. 157846. Jacob Weyer, Nieder-Ingelheim a. Rh. 9. 2. 07.

Gebrauchsmuster.

30a. 310221. Lungendichtigkeits-Wertmesser für Vergleiche. Fritz Köhler, Leipzig, Josephinenstr. 37. 4. 5. 07. K. 30960.

30a. 310222. Lungendichtigkeits-Wertmesser. Fritz Köhler, Leipzig, Josephinenstr. 37. 4. 5. 07. K. 30959.

30a. 310237. Kniehebelzange mit herausklappbarem Druckstift. Medicinisches Warenhaus Akt.-Ges., Berlin. 21. 5. 07. M. 24260.

30a. 310242. Pharynx-Tonsillotom, bei welchem das Oberteil samt Messer durch Vorschieben der Zugplatte abgenommen werden kann. E. A. Teufel & Co., Tuttlingen. 21. 5. 07. T. 8570.

30a. 310244. Impfbohrer mit bogenförmiger Bohrfläche und massivem, verjüngt zulaufendem Stiel. Medicinisches Warenhaus Akt.-Ges., Berlin. 22. 5. 07. M. 24275.

30a. 310343. Chirurgische Hakenpinzette, die auch als Fixierpinzette gebraucht werden kann und deren Drucklinien in gotischer Spitzbogenform ausgeführt sind, um ein festeres und exakteres Zufassen zu ermöglichen. Dr. H. Hans, Limburg a. Lahn. 16. 5. 07. H. 32624.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin N. 4. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Nr. 38. 1907. 18. November.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Redaktion:
Berlin N. 4, Kesselstrasse 11
Dr. H. Lungwitz.



Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Inhalt.

Die diesjährige VII. ärztliche Studienreise.

Von **Dr. Sigm. Kohn**, prakt. und Frauenarzt in Prag.

(Schluß.)

Nicht entzückt wurde ich durch Misdroy, unsere nächste Station, ein recht großes Ostseebad; denn allzusehr macht sich dort die Gelsen- und Mückenplage geltend, wenig befriedigend erscheint die Verpflegung, auch die Kurverwaltung sollte entschieden etwas mehr leisten, als dort de facto geschieht. Dagegen gabs in Misdroy zwei recht interessante Vorträge und eine praktische Demonstration, über die hier kurz referiert sei. Prof. Glax sprach über die verschiedene Wirkung und therapeutische Verwertung nördlicher und südlicher Seebäder, und kam bei gründlichem Vergleich aller für den Besuch der Seebäder, also der Ost- und Nordsee sowie des Mittelmeeres, in Betracht kommenden Einzelindikationen zu dem Resumee, daß der Streit, wem der Vorzug zu geben sei, wohl nie gelöst werden dürfte, daher ganz müßig sei; denn der Arzt müsse schließlich doch nur individualisieren, und alle Momente berücksichtigen, die beim Patienten durch genaue Untersuchung nur möglich sind, bei der Seebadwahl jedoch müsse allen Kurmitteln, den hygienischen, diätetischen, dem Komfort, nicht zuletzt dem Rechnung getragen werden, was uns die jeweiligen Temperaturverhältnisse, das Klima, die bewegte Luft in ihrer Reinheit und Keimfreiheit jeweilig bieten.

Anschließend daran sprach Hofrat Prof. Roechlin, Badearzt in Misdroy, über: Wahrheit und Dichtung in der Bewertung der Heilfaktoren der Seebäder.

Der Grundgedanke seines lehrreichen Vortrages war der, daß wir alle Phantasien, Großrednereien, gar nicht bestehende Gründe für Seebadempfehlungen beiseite lassen; denn alles, was man über vermehrten Ozongehalt, erhöhten Luftdruck, großen Salzgehalt der Meeresluft höre, sei direkt lächerlich, und nur der physiologisch bewiesene Teil der Kälte- und Hautreizwirkung im Bade, der erhöhte Salzgehalt des Seewassers, die ideal reine, keimfreie, bewegtere Luft sind genügend Gründe für die Empfehlung der Seebäder als direkte Kurorte.

Die Demonstration der Rettungsstation in Misdroy seitens eines Fachmannes und seine Aufklärungen über die Rettungsart von Schiffbrüchigen und hierbei sich ergebende, verschiedenste Vorkommnisse boten uns Aerzten viel Wissenswertes und Lehrreiches.

Unsere Reise zweigte nun etwas von den Ostseebädern ab und ging nach dem hochinteressanten Bornholm und der alten Hansastadt Wisby auf Gotland — also bereits in dänisches Gebiet.

Es waren lohnendste und entzückendste Reisetage, und all die interessanten Besichtigungen dortselbst, sie wären einer Wiedergabe wert, wenn ich nicht diesmal, in einem ärztlichen Blatte schreibend, mich bemühen müßte, mehr die wissenschaftlich-medicinische Ausbeute der einzelnen Reisetage hervorzukehren. In Wisby hielt Oberarzt Dr. Kallenberg einen Vortrag über: Schwedisches Badewesen. Die Baderegeln in Schweden weichen grundsätzlich von unserer üblichen Badeart ab. Da ich jedoch bei der Schilderung des großen Zentralbades in Stockholm neuerdings auf schwedisches Badewesen zurückzukommen hoffe, möchte ich indes auf das von Kallenberg herausgegebene, von Dr. Hugo Schwertner in Abazzia ins Deutsche übersetzte Büchlein „Schwedische Baderegeln" verweisen.

In Wisby, dem reizend schön gelegenen, heute so sehr verfallenen und bloß etwa 6000 Einwohner zählenden Städtchen, mit seinen 18 interessanten Kirchenruinen, in denen der streng klassische alte Baustil noch erhalten ist, trotz der bereits vor 5—600 Jahren erfolgten Zerstörung durch die Dänen, war viel Antikes zu bewundern; für den Wandel, den alle diese Inselstädte durchgemacht haben, sprach in Wisby ein modernst eingerichtetes großes Hospital, das, mit einem Kostenaufwande von einer Million Kronen erbaut, unter der Leitung sehr geschulter und moderner Aerzte steht. Eine nicht in Verwendung stehende ehemalige Leprastation, ein Epidemie- resp. Barackenhospital ergänzte unsere medicinischen Besichtigungen in Wisby.

Stockholm.

In freudigster Stimmung durch die so herrliche Einfahrt in den Skargard Stockholms und nach der reizenden Fahrt durch die Scheren betraten die Aerzte den Boden Stockholms, von vornherein sich bewußt, daß es daselbst in dem kaum drei Tage währenden Aufenthalte viel Schönes und viel Wissenswertes zu besichtigen geben werde.

Während aber sonst der normale Ausflügler sich mit der Bewunderung der Stadt, des berühmten Freiluftmuseums auf Skansen und einem Rundgang dortselbst, mit der Bewunderung der schwedischen Nationaltänze und Tänzerinnen zufrieden gibt, sich das eine oder andere vornehme Gartenrestaurant prüfend ansieht, wie Mosebake mit seiner einzig schönen Aussicht, oder etwa das vornehme Grand-Restaurant „Hasselbacken", oder den bekannten Djurgarten bewundert und schließlich bei einer Rundfahrt durch die Stadt die historisch berühmten Kirchen und Museen (Nationalmuseum und Nordisches Museum) besichtigt, bot das Aerzteprogramm in Stockholm noch außerdem so viel medicinisch Wichtiges, daß alles förmlich nur im Fluge absolviert werden konnte. Dennoch möchte ich von Stockholm vier Dinge erwähnen, die doch für Schweden charakteristisch sind, das ist die schwedische Badeart und Gymnastik,

Fortschritte in der schwedischen Medicin, die Krankenpflege in Schweden, endlich die mit der hohen Entwicklung des Schulwesens einhergehende Jugenderziehung und Abhärtung.

Im großen Zentralbade Stockholms konnten wir Aerzte erfahren, daß die schwedische Badeart vor allem praktisch, unvergleichlich schön und gewiß überall nachahmenswert ist. Vom billigen Volksbade angefangen findet sich hier alles vor, was nur irgendwie zum Baden gehört, das Wannenbad mit allen möglichen seitlichen warmen und kalten Douchen, das Massagebad, das vornehme Einzelsalonbad, große Bassins, Schwimmanstalten, Dampfkammern, Sonnenbäder, Licht- und Luftbäder, Räume für schwedische Gymnastik, Turnsäle, Tennisplätze, Kegelbahnen, selbst Wiesenplätze für Kneippkuren u. v. a. mehr. Ein theoretischer Vortrag über schwedische Gymnastik ergänzte die Sache, und die Aerzte konnten sich so recht überzeugen, wie es die Schweden verstehen, eine junge, kräftige, stramme Generation großzuziehen. (Siehe Handbuch der medicinischen Gymnastik von Dr. Wide in Stockholm.)

Der Badende bleibt in Schweden völlig passiv, die Massage und Frottierung erfolgt stets durch zwei Badefrauen — jede Prüderie fällt weg — nach ganz bestimmter Regel, sie beginnt an den Füßen, bewegt sich nach aufwärts zum Herzen, und zieht dann von den extremen Teilen der oberen Extremität wieder zum Herzen. Ganz charakteristisch ist das Moormassagebad, die Oel-Seifenmassage, in manchen Gegenden das Peitschen mit Birkenreisern und gewissen Quallenarten, wobei der Badende, auf einer Bank liegend oder auf einem Stuhle sitzend, von den zwei Badefrauen zunächst mit einem Moorschlamm von 36—38° am ganzen Körper eingerieben, dann systemweise massiert wird, dann mit einer 28—30° starken Wasserbrause abgewaschen und gedoucht wird, an manchen Orten nochmals mit einer Oel- oder Seifenmischung abgebürstet und nun erst definitiv gereinigt und abgetrocknet wird und $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde Ruhe genießt.

Im Hause der schwedischen Aerzte hielt Prof. Henschen, der Vorstand der ersten medicinischen Klinik, im Seraphiner Lazarett einen großangelegten Vortrag über: Einige Züge aus der Geschichte der schwedischen Medicin, und besprach die Entwicklung der Naturwissenschaften in Schweden und der Medicin seit der Gründung der ersten Universität in Upsala 1230 bis zur gegenwärtigen Blütezeit der Medicin, wobei er Detailberichte über die Verdienste des Bischofs Johannes Rudbakus, Emanuel Svedenborg, des großen Linné, Scheele, Jakob Bercelius, Eberhardt Russenblatt, Olof Dertl Acre und einiger anderer großer schwedischer Gelehrter gab.

Anschließend an diesen theoretischen Vortrag demonstrierte Prof. Berg von der ersten chirurgischen Klinik an sehr klaren Projektionsbildern seine neuesten Erfahrungen über die Diagnostik der Blasensteine durch Röntgenbilder.

Nun folgten die Rundgänge in medicinische Institute nach freier Wahl: ins Seraphiner Lazarett, ins Krankenhaus St. Göran, ins städtische Krankenhaus „Sabbathsberg", in die große neuerbaute Entbindungsanstalt der Hebammenschule unter Prof. Sondén usw.

Jeder Arzt sollte hierbei das im Fluge besichtigen, wofür er spezielles Interesse hat, denn alle Kliniken haben schönes und großes Material angehäuft und überall herrscht das Streben, das Neueste von deutscher medicinischer Forschung herüberzunehmen, sich zu nutze zu machen, selbsttätig modern weiter zu arbeiten, bei allem Neugebotenen aber — und das sei besonders hervorgehoben — bescheiden zu bleiben und nur im Sinne streng wissenschaftlicher Forschung zu verwerten!

So ist es auch mit der Krankenpflege. Das Pflegerpersonal steht auf der höchsten Stufe der Intelligenz: drei- bis vierjährige Ausbildung, praktisch und theoretisch, gehört dazu, ehe die Pflegerin zum Krankenbette zugelassen wird, und das Material, aus mitunter vornehmsten Bürgertöchtern zusammengesetzt, flößt in seiner Arbeitsart höchste Bewunderung ein. Fast eben denselben Eindruck bekommt man bei der Schilderung der Heranbildung und Schulung der Hebammen, die uns Prof. Sondén detailliert gab.

Der Bericht über Schweden resp. Stockholm sei mit einem kleinen Referate über die hohe Entwicklung des Volks- und Mittelschulwesens, kurz der Jugenderziehung beschlossen.

In großen, luftigen Räumen, von denen jeder für bloß 20 bis 25 Schüler bestimmt ist, und in welchem jeder Schüler seine eigene, hygienisch-orthopädisch richtige Schulbank hat, wird die Jugend gebildet. Neben den Schulräumen bestehen jedoch in jedem Stockwerke Arbeitsräume für den Unterricht in Handfertigkeiten, wie für den Gebrauch des Hobels, der Säge, Feilen, Hammers usw.; in jedem Stockwerke gibt es einen großen Turn- und Gymnastiksaal, große Wasch- und Baderäume. Wir sahen dortselbst für den Augenarzt, Zahnarzt und praktischen Schularzt, die täglich sich auf eine Stunde dort einfinden, bestimmte Untersuchungsräume.

Ein Riesengarten und ein großer, freier Raum für Gelenk- und Turnübungen ergänzten das glänzende Bild, das wir von einer modernen schwedischen Schule bekamen — diese könnte auch uns hierzulande zur besten Schule werden und zur dringenden Nachahmung aneifern.

Unser nächstes Reiseziel führte uns nach Kopenhagen, der sonst leichtlebigen, großen und schönen Hauptstadt Dänemarks.

Medicinisch also den Zweck unserer ärztlichen Studienreise verfolgend, interessierte mich dortselbst vor allem die Besichtigung des Seruminstituts, des bekannten Finseninstituts, des großen Altersversorgungsheims mit angegliedertem Krankenhause, des Kopenhagener Epidemiespitales, über die ich kurz berichten möchte.

Im Seruminstitute, einer vom Staate erbauten, stetig subventionierten, auch jetzt ganz erhaltenen Anstalt, die sehr groß und wissenschaftlich modern angelegt ist, wird hauptsächlich Diphtherieheilserum, Paratyphusserum und Antithyreoidin erzeugt. Die Gewinnung dieser Präparate demonstrierte der leitende Direktor mit seinem Oberarzte, ebenso besprach ersterer in einem mehr theoretischen Vortrage die Fütterung und Vorbereitung aller im Institute zur Verwendung kommenden Tiere. Von praktisch-ökonomischem Interesse erscheint es mir gut, mitzuteilen, daß beispielsweise der dänische Konsument für ein Fläschchen Diphtherieheilserum 25 Oere bezahlt — also beiläufig die Verpackungsspesen —, der Staat selbst kommt für alles übrige auf!

Viel interessanter noch war der Besuch des Finseninstituts. Lassen wir auch hier einige Daten und Mitteilungen sprechen! Bis nun sind 26000 Lupuskranke in dem Institut behandelt worden, ein großer Prozentsatz ganz geheilt, viele Kranke seit Jahren in ständiger Beobachtung geblieben. Sehr imponierte uns die bescheidene, offene Art, in der der gegenwärtige Anstaltsleiter von den Besserungen, Heilungen seiner Kranken sprach, wie er ruhig alle anderen Behandlungsmethoden des Lupus zu recht bestehen lassen möchte, welche strenge Kritik geübt wird, ehe ein Lupusfall als geheilt bezeichnet werden kann.

Nach dem, was uns Aerzten an einer großen Reihe von in verschiedensten Stadien der Erkrankung stehenden Patienten demonstriert wurde, sowie nach dem zu schließen, wovon ich mich persönlich von der Art der Bestrahlung mit Finsenlicht, der Dauer, der strengen, weiteren Beobachtung, nicht zuletzt noch der obendrein unentgeltlichen Behandlung überhaupt überzeugte, gewann ich so viel positiv Ueberzeugendes von der günstigen Wirkung des Finsenlichtes, daß ich vorderhand wünschen möchte, wir besäßen in jeder Provinz, in jedem Staate nur ein solches Institut für die vielen Lupuskranken auch hier zu Lande.

Das Altersversorgungsheim, für alle dänischen Männer und Frauen, die über 60 Jahre alt und bis dahin straflos geblieben sind, in der Familie allein dastehen und sich nicht mehr durch Arbeit oder irgend einen Beruf selbst forthelfen können,

zur Verfügung stehend, bot uns mit seinem angegliederten großen Hospitale eine wahre Herzensfreude.

Ganz im modernen Stile ist endlich das im Pavillon- resp. Barackensystem erbaute Epidemiespital als auf der Höhe allen medicinischen Forschens stehend noch zu nennen.

Ehe wir Kopenhagen verließen, gab es noch eine lohnende, interessante Meeresfahrt nach dem schmalsten Teil der Ostsee, ins dänische Seebad Marienlyst bei Helsingör. Dieser Besuch eines modernen dänischen Badeortes war wohl ein beabsichtigter Uebergang zur neuerlichen Rückkehr zu den deutschen Ostseegestaden, von denen wir noch der alten Stadt Kolberg unseren ärztlichen Besuch am letzten Reisetage abstatteten. Um auch dieses Ostseebad nicht zu kurz kommen zu lassen, möge es als ein brillantes Seebad für Kinder bezeichnet werden; und ziehen wir einiges Entschuldbare, was uns der Kolberger Badearzt, Herr Dr. Margulies, in leicht erklärlichem, glänzendstem Lichte in seinem Vortrage: „Ueber den Heilwert Kolberg", theoretisch erzählte und darstellte, ab, so kommt Kolberg doch nur summa cum laude davon, und es bewährt sich das alte Sprichwort: „Ende gut, alles gut".

Die VII. ärztliche Studienreise, sie war zwar etwas strapaziös, zu sehr hastend, doch der teilnehmende Arzt sah viel und lernte viel, und ordnet er, in sein Alltagsleben zurückgekehrt, in ruhigem Stündchen die gewonnenen Reiseeindrücke in seinem Hirnkästchen, so freut sich gewiß jeder einzelne, die schöne Reise mitgemacht zu haben. — Herrn Dr. Oliven, dem eigentlichen Leiter und rastlosen Arrangeur der Reise, gebührt nur größtes Lob und vollster Dank der Aerzte!

Ventilationsbinde.

D. R. G. M. Nr. 317 008.

Als Verbandmaterial ist die Leinenbinde, die früher ausschließlich benutzt wurde, durch die baumwollene Binde verdrängt worden, die in Form der Gaze- oder Mullbinde, wenn die Baumwolle locker gewebt ist, oder als Cambric- oder Calicotbinde mit festem Gewebe Verwendung findet. Je mehr

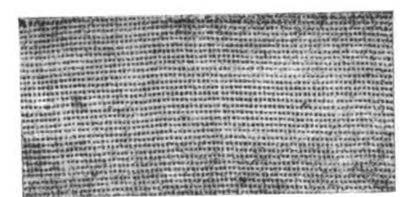


Abb. 1.

die Technik der Wundbehandlung ausgebildet worden ist, desto mehr hat man darauf Wert gelegt, daß das Bindenmaterial eine ständige Luftzirkulation, also ein Austrocknen der Wunde durch Verdunsten des Wundsekretes begünstigt und ein Ansammeln,

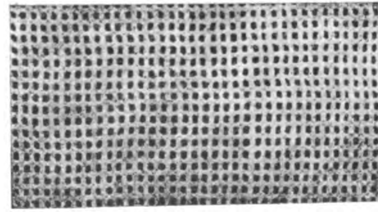


Abb. 2.

eine Stagnation des Sekretes verhütet. Die heute gebräuchlichen Baumwollbinden haben vor der Leinenbinde den Vorzug der Porosität, immerhin aber dürfte es zweckmäßig sein, wenn neuerdings von der Firma Kermes in Hainichen (Sachsen) eine „Ventilationsbinde" hergestellt worden ist, die, wie schon der Name verrät, aus einem noch weitmaschigeren Gewebe besteht, als es die Cambricbinden haben. Die folgenden Abbildungen illustrieren zur Genüge den Unterschied der Maschenweite und lassen erkennen, daß die „Ventilationsbinden" (Fig. 2 und 3) mit Recht ihren Namen führen. Fig. 1 zeigt die Gewebsart der Cambricbinde, Fig. 2 ist eine Probe der Ventilationsbinde aus dünnem, wenig auftragendem Stoff, Fig. 3

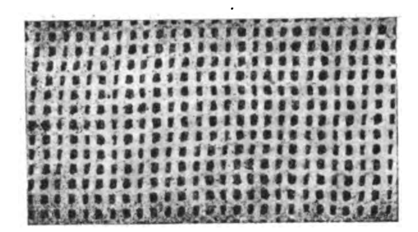


Abb. 3.

aus kräftigerem Stoff. Die verwendeten kräftigen Schuß- und Kettenfäden garantieren für lange Haltbarkeit, auch franst die Binde nicht aus, läßt sich gut waschen und viele Male verwenden. Einer weitgehenden Anwendung dürfte nichts entgegenstehen.

Periodische Literatur.

Der Kopfschmerz und seine physikalische Behandlung. Von Riedel-Berlin. (Berl. klin. W. Nr. 20.)

Der hyperämische Kopfschmerz, der auf einer Blutstauung im Gehirn beruht, erfordert eine ableitende Behandlungsweise. Im akuten Stadium ist für Kopfkühlung zu sorgen; kalte Umschläge werden alle fünf bis zehn Minuten zwei Stunden lang erneuert; dann pausiert man eine Stunde, legt aber in dieser Zeit einen kühlen Umschlag auf die Vorderseite des Halses, um eine Rückstauungskongestion zu vermeiden. Angenehmer als die oft zu wechselnden Umschläge sind die Winternitzschen Kühlschläuche. Gleichzeitig ist eine Blutableitung zu erstreben durch feuchtwarme Packungen, durch den hydropathischen Stiefel, durch Reiben und Bürsten der unteren Extremitäten und Applikation von Wärmflaschen, durch Klysmen oder Laxantien, durch eine erregende Stammpackung. Bei den mehr paroxysmal verlaufenden Kopfschmerzen, die sich öfters mit „fliegender Hitze" und „Wallungen" einstellen, sind kurze kalte Kopfwaschungen am Platze; fast spezifisch ist hier wie beim chronischen hyperämischen Kopfschmerz das fließende Fußbad; der mit Kopfkühlung versehene Patient geht in einem seichten Bassin mit stark fließendem Wasser von 8 bis 10° etwa zehn Minuten hin und her und reibt zugleich die Füße fortgesetzt aneinander; eine nicht immer zureichende Improvisation bedeutet das stehende Fußbad im Verein mit Wassertreten oder das Barfußgehen auf nassen Laken bezw. im betauten Grase. Neben der Hydrotherapie sind bei hyperämischen Zuständen besonders die Nägelischen Handgriffe zu empfehlen; beim Kopfstützgriff wird der Kopf des auf dem Stuhle sitzenden Patienten mit sanftem, stetem und kräftigem Rucke in die Höhe gehoben und im Stadium der größtmöglichen Halsdehnung $1^1/_2$ bis 2 Min. fixiert; beim Kopfstreckgriff wird außerdem der Kopf bei stark gestrecktem Halse im Nacken zurückgelegt und das „Redressement" nicht länger als 90 Sekunden ausgeführt.

Der anämische Kopfschmerz erfordert neben Allgemeinbehandlung der Anämie Tieflagerung des Kopfes und blutzuführende Therapie; das fließende Fußbad verstärkt den anämischen Kopfschmerz, so daß ihm im Vergleich zum hyperämischen eine differentialdiagnostische Bedeutung beigemessen werden kann. Blutzuleitung ist durch Applikation warmer Tücher um den Kopf oder heißer Kompressen an Stirn und Nacken zu erstreben. Bei Anämien höchsten Grades kann der sehr heftige Kopfschmerz bedingt sein durch Transsudation in den Ventrikel, durch hydrämischen Hydrocephalus; in solchen Fällen wäre Hochlagerung und ableitende Therapie indiziert.

Der rheumatische Kopfschmerz hat seinen Sitz in der Haut und Kopfschwarte; seine Grundlage ist eine Myositis rheumatica mit ihren Eigentümlichkeiten, von der einfachen Entzündung bis zur Muskelschwiele; die Entzündung spielt sich am ehesten an den kraniellen Muskelansätzen ab, verschont aber auch nicht die Hals- und Nackenmuskeln, ebensowenig wie die Flächenmus-

keln des Kopfes und der Stirn; als objektiven Ausdruck der Myositis entdeckt man Muskelschwellungen, Schwielen und Knoten. Die rheumatische Kephalalgie wird stets extrakraniell empfunden, von den Kranken als Kopf„reißen“ im Gegensatz zum Kopf„schmerz“ beschrieben. Solche Patienten sind mit ihrer Kopfhaut sehr empfindlich; Wetterumschlag, Durchfeuchten der Haare, Zugluft, Schlafen im kalten Zimmer können die heftigsten Attacken auslösen. Der wichtigste Heilfaktor bei der rheumatischen Kephalalgie ist die Massage; die schmerzhaften Stellen werden am besten durch Reiben und Kneten bearbeitet; Stärke und Dauer der Manipulationen muß aber individuell gestaltet werden; die Massagekur dauert so lange wie, die Empfindlichkeit besteht und währt bei täglich 1/4 stündiger Sitzung etwa einen Monat. Warme Kopfumschläge in Form trockener Wärme ein bis zwei Stunden vor dem Zubettgehen sind daneben empfehlenswert. Der Haarschnitt des Kranken, die Art der Kopfbedeckung, eventuelles Tragen einer Nachtmütze, einer Perücke, können gelegentlich von Bedeutung sein. —

Die Kopfneuralgie läßt sich durch das Auffinden von Druckpunkten feststellen; die Therapie besteht in Wärmeapplikation und Massage; besonders ist die Gegend der Nervendruckpunkte zu massieren, wobei mit Erfolg von der Vibration Gebrauch gemacht werden kann.

Am häufigsten sind Kopfschmerzen auf Neurasthenie zurückzuführen. Hier muß die Therapie in erster Linie den Gesamtorganismus zu stählen versuchen, wobei in erster Linie die Hydrotherapie mit strenger Individualisierung zur Anwendung kommt. Beachtung verdient auf diesem Gebiete die Nervenpunktmassage nach Cornelius.

Neuere Arzneimittel.

Arhovin. Fabrikant: Chemisches Institut Dr. Horowitz, Berlin N. 24. Seine Erfahrungen über die Behandlung der Gonorrhö legt Dr. E. Schwarz, Prag, in einem Artikel der „Wien. Klin. Rundschau“ 1907, Nr. 34, etwa folgenden Inhaltes nieder.

Die Balsamica haben uns nicht gehalten, was sie versprachen. Darüber können wir uns nicht mehr täuschen. Selbst von den begeistertsten Fürsprechern balsamischer Mittel wird das jetzt zugegeben: primum injectio, deinde balsamicum! Um so mehr Aufmerksamkeit müssen wir einem Mittel schenken, das aus der Erkenntnis der Unzulänglichkeit der Balsamica heraus geschaffen wurde und diesen allein schon dadurch überlegen ist, daß es den allen Balsamicis gemeinsamen Nachteil mehr oder weniger ausgeprägter schädlicher Nebenwirkungen nicht hat. Es ist dies das Arhovin. Bei der hohen Bedeutung, die der inneren Gonorrhötherapie zukommt, ist es mit Freude zu begrüßen, daß in immer erneuten Nachprüfungen der von zahlreichen Autoren anerkannte Wert dieses Mittels kritisch begründet wird.

Die vorliegende Arbeit kommt zu folgenden Ergebnissen. Bei Urethritis gon. acuta anterior und posterior, bei der Urethritis non gonorrhoica, sowie bei chronischer Urethritis (ohne Infiltrationen) wurde mit Arhovin in allen Fällen der gewünschte Erfolg erreicht. Schwarz verordnete täglich sechs bis neun Kapseln innerlich, die er öfters am Tage einzeln nehmen läßt. Bei akuten Fällen kombinierte Verfasser die interne Arhovin-Therapie, welche schmerzlindernd und sekretionsbeschränkend wirkt, mit Injektionen von Silberpräparaten bezw. Adstringentien. Bei chronischen Fällen wandte er gleichzeitig Arhovinkapseln innerlich und dreimal täglich Arhovinstäbchen lokal an und fügte, nach hierdurch bewirkter „Beseitigung der subjektiven Reizsymptome und Klärung des Urins“, zur völligen Unterdrückung der Sekretion die jeweilig indizierte lokale Behandlung hinzu. Schwarz kommt zu dem Urteil, „daß das Arhovin einen Fortschritt gegen die bisherigen Mittel bietet“. „Es wirkt anästhesierend, setzt die Sekretion herab, hemmt das Wachstum der Gonokokken in hohem Grade, steigert die Azidität des Harns oder stellt sie her und klärt trüben Urin. Durch alle diese Wirkungen ist es geeignet, den Tripper in den ersten Stadien günstig zu beeinflussen, die Fortsetzung der Erkrankung auf die rückwärtigen Harnröhrenpartien zu verhindern und dadurch ein Chronischwerden des Prozesses auszuschließen.“

Salocreol. Fabrikant: Chem. Fabr. von Heyden, Radebeul-Dresden. Durch Verbindung der Salicylsäure mit den wirksamen Bestandteilen des Buchenholzteers (Guajakol, Kreosol u. a. Phenole) entsteht des Salocreol, welches demnach als der Salizylsäureester des Kreosols bezeichnet werden kann. Es stellt eine ölige, braune, nahezu geruchlose, neutral reagierende Flüssigkeit dar, die durch Natronlauge im Reagenzglas sowie durch den Chemismus des Körpers (im Darme) in ihre Komponenten gespalten wird, also die Wirkungen der Salizylsäure und des Kreosots vereinigt. Klinisch erprobt wurde das Präparat an der Klinik des Geheimrats von Leyden bei Gesichtsrose, chronischem Gelenkrheumatismus, Muskelrheumatismus, Arthritis deformans, akuter chronischer Lymphadenitis, Lymphadenitis nach Masern, Scharlach, Influenza usw., bei Angina mit Abszessus tonsillaris, bei skrophulösen Drüsenschwellungen. Selbst sehr große Dosen (in einem Falle 36 g pro die) verursachten keine Nebenwirkungen. Die Hautpartien, die mit Salocreol behandelt werden, müssen ganz trocken sein, ebenso auch die Schälchen, aus denen man das Medikament entnimmt, weil sich sonst eine Emulsion bildet, die das Salocreol nicht penetrieren läßt.

Patentnachrichten.

Patent-Anmeldungen.

30d. F. 22620. Nierengürtel. Dr. Siegfried Fackenheim, Cassel, Bahnhofstr. 10. 29. 11. 06.

30f. W. 25074. Stuhl für Atmungsgymnastik mit an der Rückenlehne angelenkten, wagerecht drehbaren und mit einem verstellbaren Leibgurt verbundenen Seitenlehnen; Zus. z. Pat. 181905. Ernst August Weidemann, Liebenburg, Hannover. 19. 1. 06.

30f. Z. 5050. Vibrationsapparat mit einer Schwungmassen tragenden Welle. Johannes Christian Johansen, Kopenhagen; Vertr.: E. Boehm, Pat.-Anw., Berlin S. 42. 15. 9. 06.

30h. R. 23734. Verfahren zur Herstellung einer anästhesierend und dauernd antiseptisch wirkenden Zahnwurzelfüll-, Zahnpulpadeck- und Unterkapselungsmasse. J. D. Riedel Akt.-Ges., Berlin. 15. 12. 06.

30i. T. 11630. Sterilisationsapparat. Dr. Joakim Tranjen, Plewna, Bulgarien; Vertr.: Otto Siedentopf, Pat.-Anw., Berlin SW. 68. 12. 11. 06.

30a. H. 40052. Plessimeter. Dr. Rudolf Hölzl, Wien; Vertr.: S. Goldberg, Pat.-Anw., Berlin SW. 13. 25. 2. 07.

Patent-Erteilungen.

30d. 188779. Fingerling. Blahomraf Anton Paroubek, Plainfield, New Jersey, V. St. A.; Vertr.: Dr. D. Landenberger und Dr. Graf v. Reischach, Pat.-Anwälte, Berlin SW. 61. 28. 9. 06. P. 18966.

30d. 188855. Suspensorium. Wilh. Jul. Teufel, Stuttgart, Neckarstr. 51. 22. 4. 04. T. 9618.

30f. 188856. Sitz- und Liegebidet in Hockerform. Jenny Winne, geb. Bartels, Erfurt, Radowitzstr. 47. 22. 11. 05. W. 24794.

30h. 189110. Verfahren zum Haltbarmachen von aus tierischen Organen frisch bereitetem Lecithin. „Sicco“, med. chem. Institut Friedrich Gustav Sauer, G. m. b. H., Berlin. 16. 5. 06. S. 22464.

30i. 189109. Verfahren zum Desinfizieren von Büchern. August Scherl, Berlin, Zimmerstr. 37—41. 16. 5. 06. Sch. 25662.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz Berlin N. 4 — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Nr. 39. 1907. 25. November.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Redaktion:
Berlin N. 4, Kesselstrasse 11
Dr. H. Lungwitz.



Verlag u. Expedition Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Inhalt.

Ein neuer grundlegender Fortschritt im Röntgen-Instrumentarium.

Von **W. Otto**, Ingenieur.

Trotz der vielen Verbesserungen, welche die Röntgen-Unterbrecher im Laufe der Zeit erfahren haben, und trotz der großen Zahl der verschiedenen Typen und Systeme, welche bei unseren modernen Röntgen-Instrumentarien zur Verwendung kommen, besitzen wir unter den heute bestehenden Unterbrechern noch keinen einzigen, der wirklich vollkommen und fehlerfrei ist. Diese Tatsache war um so bedauerlicher, als der Unterbrecher mit die Hauptaufgabe im ganzen Röntgen-Instrumentarium zu erfüllen hat und seine Funktion sowohl bei der Röntgenphotographie als auch bei der Durchleuchtung den Ausschlag gibt. Auf dieser Erkenntnis beruhen denn auch die immer wiederholten zahlreichen Versuche, durch neue Konstruktionen einen verbesserten Unterbrechertyp zu schaffen.

Zwei Hauptsysteme lassen sich heute unterscheiden, die von allen die besten sind und infolgedessen fast ausschließlich Verwendung finden: auf der einen Seite der elektrolytische Unterbrecher nach Prof. Wehnelt, auf der anderen Seite der durch Motorkraft getriebene rotierende Quecksilberstrahl-Unterbrecher. Diese beiden Unterbrecherarten kommen nun nicht nur einzeln, je für sich bei dem Röntgen-Instrumentarium zur Aufstellung, sondern sie werden auch beide nebeneinander zu demselben Induktor installiert, der beste Beweis, daß jeder von ihnen seine besonderen Eigenschaften besitzen muß, die einander gegenseitig ergänzen. Und das ist in der Tat auch der Fall.

Die Hauptstärke des Wehnelt-Unterbrechers liegt in der außerordentlich hohen erreichbaren Unterbrechungszahl, vermöge deren die Stromimpulse überaus schnell aufeinander folgen und das Durchleuchtungsbild auf dem Leuchtschirme so hell machen, wie dies mit keinem anderen Unterbrecher zu erreichen ist. Je schneller die einzelnen Stromstöße hintereinander auftreten und je häufiger in der Zeiteinheit die Netzhaut unseres Auges von den Lichtimpulsen des Leuchtschirmes getroffen wird, um so heller erscheint uns das Bild und um so besser und klarer sehen wir. Daher ist der Wehnelt-Unterbrecher speziell für die Röntgenuntersuchung mit dem Durchleuchtungsschirm am Platze.

Der Quecksilberstrahl-Unterbrecher arbeitet beträchtlich langsamer als der Wehnelt-Unterbrecher, aber er liefert zartere und feinere Bilder als jener. Er wird daher für die Röntgenphotographie jenem vorgezogen, zumal er auch die Röntgenröhre mehr schont, wohingegen der Wehnelt-Unterbrecher die Röhren sehr schnell verbraucht.

In dem großen Röhrenverbrauch, in der ungleichmäßigen Funktion, in der Erzeugung umgekehrter Stromrichtung in der Röntgenröhre (Schließungslicht) liegen die Hauptnachteile des Wehnelt-Unterbrechers. Das Schließungslicht ist bekanntlich für die Röntgenröhre deswegen so gefährlich, weil es das Platin der Antikathode zerstäubt, wodurch die Luftteilchen in der Röhre gebunden werden und die Röhre hart wird, also an Lebensdauer verliert. In diesen drei Punkten ist der Quecksilberstrahl-Unterbrecher dem Wehnelt-Unterbrecher überlegen, da er nur geringen Stromverbrauch hat, gleichmäßiger arbeitet und nur wenig zur Erzeugung von Schließungslicht neigt. Eine schließungslichtfreie Röntgenröhre liefert erheblich bessere photographische Bilder als eine andere mit Schließungslicht, worauf denn auch die Ueberlegenheit des Quecksilberstrahl-Unterbrechers in der Röntgenphotographie basiert.

Der Wehnelt-Unterbrecher hat noch weitere Mängel, die z. B. darin bestehen, daß er bei Spannungen über 150 Volt hinaus nicht mehr zufriedenstellend funktioniert, mit Akkumulatoren nicht gut betrieben werden kann, weil er eben bis zu 25 Ampère Strom verbraucht, ferner daß bei Wechselstromanschluß Umformer nötig werden, die in großen Dimensionen gehalten werden müssen und daher sehr teuer werden. Das unangenehme Geräusch, welches er bei der Arbeit hervorbringt, und die Säuredämpfe, welche er aussendet, machen sich gleichfalls störend bemerkbar. Ganz besonders aber fällt ins Gewicht, daß die Primärrolle des Induktors mit einer Vorrichtung zur Veränderung ihrer Selbstinduktion ausgestattet sein muß. Diese sogenannte Walter-Schaltung macht das Instrumentarium kompliziert und verteuert es wesentlich; außerdem ist dasselbe sehr viel schwieriger zu handhaben, da es durchaus nicht einfach ist, dem jeweiligen Härtegrade der Röhre entsprechend die Stiftlänge des Wehnelt-Unterbrechers und den Grad der Selbstinduktion der Primärrolle des Induktors richtig auszuwählen. Ohne Walter-Schaltung aber würde der Wehnelt-Unterbrecher so unsicher und unvollkommen zu regulieren sein, daß er die Röntgenröhre direkt ruinieren würde. Durch die Notwendigkeit der Walter-Schaltung geht auch die Einfachheit verloren, welche dem Wehnelt-Unterbrecher bis dahin als ein besonderer Vorzug nachgerühmt wurde.

Auch die Quecksilberstrahl-Unterbrecher besitzen Nachteile, von denen wir die relativ geringe Zahl der Unterbrechungen schon erwähnt haben. Ihre Durchleuchtungsbilder sind infolgedessen nicht immer hell genug, besonders wenn es sich um die Durchleuchtung schwieriger Objekte handelt. Der Hauptnachteil dieser Unterbrecher liegt aber darin, daß ihr Quecksilber durch den Gebrauch verschlammt, bei häufiger Inanspruchnahme oft schon nach wenigen Tagen. Da nun das verschlammte Quecksilber für den elektrischen Strom ein schlechter Leiter ist, so muß die Verschlammung notwendigerweise dazu führen, daß die Röhre nicht mehr genügend mit Strom versorgt wird und schwächer leuchtet, daß ferner trotz erfolgten Kontaktes die Leitung unterbrochen bleibt und der Strom nicht zum Fließen kommt, worauf die Röhre zu flackern beginnt und unregelmäßig arbeitet. In demselben Maße wird auch die Emission von Röntgenstrahlen schwächer und irregulär;

die photographischen Platten werden dann flau und kontrastlos, sie zeigen alle Merkmale der Unterexposition, und die Durchleuchtungsbilder sind nicht nur überaus unruhig und wechselnd an Helligkeit, sondern im ganzen dunkel und ohne Details. Dann muß das Quecksilber wieder gereinigt werden, und das verursacht Schmutzerei, ist unbequem, kostet Zeit, außerdem geht jedesmal dabei Quecksilber verloren.

Besitzt also jeder der beiden genannten Unterbrechertypen auf der einen Seite seine besonderen Vorzüge, so hat er andererseits auch schwerwiegende Nachteile, die für den Röntgenbetrieb direkt schädlich sind. Eine Verbesserung des Unterbrechers wird daher gleichbedeutend sein einer Verbesserung der Röntgentechnik überhaupt. Und ein ganz gewaltiger hochbedeutsamer Fortschritt würde es sein, wenn für das Röntgen-Instrumentarium ein Unterbrecher gefunden würde, der die guten Eigenschaften der beiden genannten Unterbrechertypen in sich vereinigt, von ihren Fehlern dagegen frei ist. Dieses Ziel ist nun heute erreicht worden durch den neuen Quecksilber-Unterbrecher „Rotax", der von der Elektrizitätsgesellschaft „Sanitas" in Berlin konstruiert und fabriziert ist und in den Handel gebracht wird.

Der „Rotax"-Röntgen-Unterbrecher besitzt sowohl die Vorzüge des Wehnelt- als auch die des Quecksilberstrahl-Unterbrechers; andererseits weist er keinen einzigen von den Fehlern auf, welche ersteren anhaften, noch besitzt er andere neue Fehler.

Der „Rotax"-Unterbrecher ist ein Quecksilber-Unterbrecher, der nie verschlammt und dabei stets gleichbleibende, exakte Unterbrechungen liefert. Er unterbricht den elektrischen Strom bis mehr als 8000 mal in der Minute, also 3—4 mal so häufig wie die bisherigen Quecksilberstrahl-Unterbrecher. Die Expositionszeiten sind daher sehr kurz und das Durchleuchtungsbild auf dem Leuchtschirme überaus hell. Der „Rotax" kann am Gleichstrom jeder Spannung angeschlossen und auch mit Akkumulatoren betrieben werden, da er nur geringe Energiemengen ($2^1/_2$ bis höchstens 4 Ampère) verbraucht. Bei Vorhandensein von Wechselstrom genügt ein kleiner Umformer, um die nötige Stromstärke zu beschaffen. Der „Rotax" erzeugt in der Röhre kein Schließungslicht, daher sind die Bilder in der photographischen Platte scharf gezeichnet und die Durchleuchtungsbilder klar und deutlich. Er arbeitet fast geräuschlos und bedarf keinerlei besonderer Wartung; seine Konstruktion ist durchaus einfach und übersichtlich. Teile, die der Abnutzung unterworfen sind, fehlen vollständig. Die Einrichtung des Induktors für veränderliche Selbstinduktion — Walter-Schaltung — fällt beim „Rotax" weg, der an jeden vorhandenen Induktor, der einen Kondensator besitzt, sofort angeschlossen werden kann, ohne daß es dazu besonderer vorbereitender Aenderungen bedürfte.

Der „Rotax"-Unterbrecher ersetzt in einem einzigen Apparat die bisher gebräuchliche große Doppel-Einrichtung für abwechselnden Betrieb durch Wehnelt- und Quecksilber-Unterbrecher.

(Schluß folgt.)

Zur Definition des Röntgenverfahrens als physikalische Untersuchungsmethode*).

Von **Friedrich Dessauer**, Aschaffenburg.

Auf Kombination der Eigenschaften der X-Strahlung beruht ihre diagnostische Verwendung. Sie durchdringen die Körper im allgemeinen im umgekehrten Verhältnis des spezifischen Gewichtes und bringen chemische Wirkungen und Fluoreszenzwirkungen auf der photographischen Platte und dem Bariumplatinzyanürschirm hervor. X-Strahlung, die im Sinne der Zentralprojektion wandernd, ein Gebilde mit Bestandteilen verschiedener Dichte passiert hat, ist nach Durchdringung dieses zusammengesetzten Körpers proportional der Dichtigkeitsanordnung geschwächt. Sie ist also Trägerin dieser Dichtigkeitsanordnung. Gelangt sie auf eine Reaktionsebene (photographische Platte — Leuchtschirm), so reagiert diese entsprechend der Strahlungsintensität in jedem Punkte, demgemäß also entsprechend der Durchlässigkeit des vorher bestrahlten Objektteiles. Es entstehen somit Schattenprojektionen der Dichtigkeiten. Die Methode der Röntgenuntersuchung ist demgemäß eine zentralprojektivische Darstellung der Dichtigkeitsverhältnisse, eine Methode der Differenzierung von Dichtigkeitsunterschieden.

In dieser Definition ist der ganze Inhalt des Röntgenverfahrens als Untersuchungsmethode eingeschlossen, sie sagt uns aber zugleich auch alles Wünschenswerte über den technischen und medicinischen Ausbau des Verfahrens.

Prinzipiell umfaßt vom physikalischen Standpunkt aus das Verfahren alles, was unter Dichtigkeitsdifferenzierung fällt. Der Inhalt des technischen Ausbaus wäre immer mehr verfeinerte Differenzierung, prinzipiell wäre alles zugänglich. Jeder, auch der feinste, normale oder pathologische Prozeß in den Organen ändert primär die Art, die Gruppierung und Zusammenlagerung der Moleküle und Zellen, ist also zuerst eine Veränderung der Dichtigkeit. Alles das bringt theoretisch das Röntgenverfahren zur Darstellung; praktisch natürlich nur in einer gewissen Annäherung. Die Waffen sind noch stumpf, sie zu verfeinern, zu schärfen ist das Ziel der Technik. Es gelingt uns praktisch nicht, die allerfeinste Differenzierung darzustellen, die Darstellung von immer Feinerem zu ermöglichen ist das Ziel der Röntgentechnik. Das hauptsächliche Hindernis ist die Sekundärstrahlung, welche die feinen Differenzierungen verwischt, löscht. Die Sekundärstrahlung zu eliminieren, die Primärstrahlung überragender zu verwenden, ist deshalb auch die Hauptaufgabe der Röntgentechnik.

Wir können soweit gehen, daß wir, abgesehen von den kleinen praktischen Vervollkommnungen in Bezug auf Einfachheit, Zuverlässigkeit, jede Neuerung in der Röntgentechnik von diesem Standpunkt aus betrachten: ob sie eine Verfeinerung in der Differenzierungsmöglichkeit darstellt oder nicht. Ist eine Neuerung so beschaffen, daß sie uns eine feinere Dichtigkeitsdifferenzierung darzustellen gestattet, dann ist sie ein prinzipieller Fortschritt der röntgenologischen Untersuchungsmethode. Eröffnet sie diese Möglichkeit nicht, so handelt es sich günstigenfalls um eine brauchbare formale Aenderung, um eine Vervollkommnung der Methode als solcher handelt es sich nicht.

Als medicinische Methode ist die röntgenologische Untersuchung eine neue physikalische Untersuchungsmethode. Es ist beim physikalischen Untersuchen uns nicht immer gegenwärtig, was der Arzt eigentlich tut, wenn er aus der Perkussion, Auskultation, Palpation auf das „Kranke" und „Gesunde" im Organismus schließt. Zunächst stellt er am untersuchten Organe nur den Grad der physikalischen Eigenschaft fest: den Grad des Schalleitungsvermögens, der Resonanz, der Elastizität, Härte. Das erste Ergebnis ist also lediglich eine Beurteilung des Grades einer physikalischen Eigenschaft. Durch eine aus langer Uebung und Erfahrung geschaffene und dadurch meist unbewußte Assoziation verbindet sich mit dem Bilde der physikalischen Eigenschaft die Vorstellung einer normalen oder anormalen (pathologischen) Entwicklung. Diese Assoziation muß immer bei der physikalischen Untersuchung, wenn auch unbewußt, vorhanden sein.

Ein guter Diagnostiker auf Grund physikalischer Untersuchungsmethoden ist ein solcher, der mit guten und geübten Sinnen ausgestattet, feine Differenzen des Schalles, der Resonanz, der Härte wahrnimmt und bei dem die Assoziation dieser physikalischen Ergebnisse mit den Krankheitsbildern sehr fein und sicher ausgebildet ist.

Während aber ähnliche Schallbilder durch Körper verschiedener Art, ähnliche Härtegrade ebenfalls durch ganz heterogene Prozesse verursacht werden können, und während es denkbar ist, daß kleine organische (Krankheits-) Veränderungen gar keine merkliche Alteration dieser physikalischen Eigenschaften hervorbringen, offenbart uns die röntgenologische

*) Aus dem unter der Presse befindlichen Lehrbuche: Leitfaden des Röntgenverfahrens, 3. Auflage, unter Mitarbeit von Hoffa-Berlin, Hildebrand-Marburg, A. Hoffmann-Düsseldorf, Holzknecht-Wien u. A. herausgegeben von Friedrich Dessauer und Dr. med. B. Wiesner, Verlag O. Nemnich, Leipzig.



Untersuchungsmethode von den physikalischen Eigenschaften der Organe die primärste, gewissermaßen die spezifischste, eröffnet uns einen unmittelbaren Blick in den molekularen oder zellulären Aufbau der Organe selbst. Deshalb ist sie prinzipiell die weitaus umfassendste, bedeutungsvollste von allen Untersuchungsmethoden. Sie zeigt uns nicht eine mehr oder minder sekundäre, durch verschiedene Ursachen vielleicht in gleicher oder ähnlicher Weise beeinflußbare physikalische Eigenschaft: Resonanz, Schalleitungsvermögen, Härte, sondern sie zeigt uns unmittelbar den Aufbau des Organs, seine Dichte.

Wir müssen annehmen, daß jede organische Veränderung bei den kleinsten Bausteinen, bei den Molekülen und Zellen anfängt, deren Art und Gruppierung alteriert. Diese Alteration ist eine Veränderung der Dichte, und Differenzierung von Dichtigkeiten, das ist die röntgenologische Untersuchung.

Somit läßt sich die Kunst des röntgenologischen Diagnostikers und die Stellung dieser Kunst gegenüber den übrigen physikalischen Untersuchungsmethoden wie folgt definieren: Sie besteht in der ausgeübten Fähigkeit, mit Bildern, die nur Dichtigkeitsdifferenzen darstellen, die Vorstellung des „Kranken" oder „Gesunden" zu verbinden, ganz analog wie bei der Auskultation das Bild des „Gesunden" und „Kranken" aus dem Schallbild abgeleitet wird; nur daß die Röntgenmethode eben etwas Ursprünglicheres als das kontingente Schallbild gibt. Die Kunst, durch bewußten oder unbewußten Rückschluß aus dem Dichtigkeitsbild das Krankheitsbild abzuleiten, das ist die Kunst des Arztes bei der Röntgenuntersuchung. Es ist aber eine Kunst die keineswegs die alten physikalischen Untersuchungsmethoden beeinträchtigt, minderwertig macht, überflüssig erscheinen läßt. Es ist vielmehr eine Kunst, die als gleichberechtigte, wenn auch prinzipiell wertvollere Schwester sich zu den vorhandenen gesellt. Es ist durch Röntgen zu den bisher beobachteten physikalischen Eigenschaften der Organe die Beobachtung einer neuen eingetreten.

Wie aber kein Mensch glauben wird, daß man ohne Perkussionskurs nutzbringend perkutieren wird, wie Jeder weiß, daß man in diesen Fertigkeiten nur mühsam und durch Erfahrung zur Vollkommenheit steigt. so sollte es niemand unternehmen, ein Röntgenbild ohne langdauernde, eingehende, mühsame Voruntersuchung lesen zu wollen. Auch die Kunst des Bilderlesens, des Rückschließens aus Dichtigkeitsbildern auf gesund und krank will erworben, das heißt mit Mühe zu eigen gemacht sein.

Gesichtsschutzmaske.

Von Zahnarzt **Otto Eichentopf** in Naumburg a. S.

Für Aerzte, Zahnärzte, Krankenpfleger und alle diejenigen, welche gelegentlich in direkter Nähe des Gesichtsfeldes zu tun haben, somit einer eventuellen Infektion durch die Exspirationsluft Kranker ausgesetzt sind, wurden unten beschriebene Gesichtsschutzmasken konstruiert und bestimmt. Außer Schutz vor Infektion sollen die Masken gegenseitige Atembelästigung verhindern, indem die Ausatmungsluft des Trägers der Maske nach der Seite abgeleitet wird; in weiterem dürften die Masken Anwendung finden als Respiratoren und zum Schutze der Atmungsorgane gegen scharfe, staubige Luft (Automobilfahrer etc).

Hergestellt sind die Masken aus leichtem, durchsichtigem, dünnem Celluloid, sie bedecken Mund und Nase und sind dem Gesicht derartig angeformt, daß weder Sprechen noch Atmen hinderlich beeinflußt wird.

Neben einer einfachen Form (cf. Modell I), deren Gebrauch bei nur kurzen Behandlungen indiziert ist, habe ich noch eine verbesserte angegeben, dieselbe ist aus ersterer entstanden. Die modifizierte Maske ist an geeigneter Stelle durchlöchert, um mehr Luftzufuhr zu erzielen. Davor ist jedoch ein breiter Schutzmantel angebracht (cf. Modell II); im übrigen erhalten beide Masken die Luft durch zwei seitwärts verlaufende Ausbuchtungen, die nach Anlegen einen weiten Kanal bilden. Die Atmungspause gestattet einen Ausgleich der Exspirationsluft mit der atmosphärischen. Befestigt wird die Maske durch Gummischnüre um die Ohren. Etwa vorhandene Druckstellen werden entfernt durch Eintauchen derselben in heißes Wasser und darauffolgendes Anpassen, die Maske läßt sich überhaupt auf diese Weise jedem



Modell I.

Gesicht anpassen. Je nach der Länge des Halses ist der Mantel (bei Modell II) lang zu tragen oder zu verkürzen. Das Reinigen geschieht am besten durch Abwaschen mit leicht desinfizierendem Wasser.



Modell II.

Für Chirurgen ist bei Modell II zwischen Mantel und eigentlicher Maske am unteren Rande eine Verbindung mittels leicht auswechselbarer Mullgaze hergestellt, die durch nasse Desinfektion die Exspirationsluft möglichst steril hält.



Modell III.

Der Zweck der Masken ist wohl ohne weiteres einleuchtend; sie sollen dazu dienen, wie schon erwähnt, Aerzten, Zahnärzten etc. einen Schutz vor Infektion und Erkrankung des Mundes, der Nase, des Halses und der Atmungsorgane zu ge-



währen, sie sollen den Arzt wie den Patienten beim Untersuchen und Behandeln am Gesichtsfeld vor gegenseitiger Belästigung durch den Atem schützen.

Die Masken dürften deshalb von Nasen- und Halsärzten mit Erfolg angewandt werden, denn gerade im Bereiche der Nasenhöhle, des Rachens, des Halses und des Kehlkopfes gibt es Erkrankungen, wie Tuberkulose, Lues, Diphtherie etc., die sowohl durch ihren Geruch den Arzt belästigen, als auch ihn einer gewissen Gefahr der Ansteckung aussetzen, und bietet die Maske einen nicht zu unterschätzenden Schutz. Besonders möchte ich hier auf die Untersuchung des Halses der Kinder bei Diphtherie hinweisen, wo leicht ein Husten- und Brechreiz hervorgerufen werden kann. Pflegern und Pflegerinnen wird die Maske dann auch ihren Nutzen bringen.

Eine Operation im Munde, Halse oder auch an den Augen läßt sich leichter und angenehmer ausführen, wenn man sich dem Patienten dicht nähern kann, ohne dabei durch Atem belästigt zu werden.

In weiterem ist die Maske in Anwendung zu bringen bei allen Operationen, wo strengste Asepsis des Operationsfeldes erforderlich ist und eine Infektion desselben durch den Atem des operierenden Arztes vermieden werden soll resp. muß (Chir.-Maske). Die kleine Unbequemlichkeit des Tragens nimmt man wohl gern mit in Kauf gegenüber dem lästigen längeren Anhalten des Atems. Die Luftzufuhr und Abfuhr ist bei Modell II derartig, daß kein Erwärmen unter der Maske eintritt.

Celluloid habe ich gewählt, weil dasselbe sich durch seine verschiedenen Eigenschaften wie hervorragende Schmiegsamkeit, leichte Verarbeitung ganz besonders zur Herstellung der Masken eignet. Besonders hervorheben möchte ich noch, um irgend welchen Bedenken entgegenzutreten, daß eine Explosionsgefahr sowie Selbstentzündung gänzlich ausgeschlossen ist. Es ist nur streng darauf zu achten, daß die Maske nicht mit hellem Feuer in Berührung kommt.

Zu beziehen direkt und durch medicinische Warenhäuser. Die Masken sind gesetzlich geschützt.

Periodische Literatur.

Künstliche radiumemanationshaltige Bäder. Von Laquer, Berlin. (Berl. klin. W. Nr. 23.)

Die Bäder werden nach dem Verfahren von Reitz-Elster hergestellt, das gegenüber andern den Vorzug großer Einfachheit und Handlichkeit besitzt; dasselbe beruht auf einem Festhalten von Emanation durch Einschluß in Kristalle verschiedener Salze. Von den Höchster Farbwerken werden derartige Präparate in Tablettenform unter dem Namen Emanosal dargestellt; eine solche Tablette im Badewasser einer Wanne aufgelöst, genügt, um das Wasser deutlich radioaktiv zu machen. 15 Patienten mit chronisch rheumatischen und gichtischen Gelenkerkrankungen wurden mit diesen Bädern behandelt. Eine primäre Reaktion, d. h. ein deutliches Wiederaufflackern des lokalen Erkrankungsprozesses, das mit vermehrter Schmerzhaftigkeit, zuweilen auch mit stärkerer Anschwellung der affizierten Gelenke einhergeht, läßt auf eine spezifische Einwirkung der Radiumemanation schließen; zu einer schädlichen Einwirkung auf Allgemeinbefinden, Herztätigkeit oder dergleichen kam es nie. Die lokale Reaktion dauerte meist mehrere Tage, dann klingt die Exazerbation ab, die Patienten reagieren auf weitere Bäder nicht mehr mit vermehrtem Schmerz. Die Kur erfordert große Geduld; nach etwa zehn Bädern ist der Beginn einer deutlichen Besserung zu konstatieren. Die hauptsächlichste Indikation für die emanationshaltigen Bäder geben die ohne primäre Deformität der Gelenkenden, aber mit ausgesprochener Exsudation und Schmerzhaftigkeit der Gelenke einhergehenden, nicht zu veralteten Erkrankungsformen; bei deutlicher deformierender Arthritis läßt sich Schmerzstillung und damit Besserung der Funktion erzielen. Einige schwere und hartnäckige Fälle von chronischer gichtischer Arthritis zeigten bei den Emanosalbädern eine mit spezifischer Reaktion einhergehende auffällige Besserung, daß wohl eine Wirkung der Radiumemanation anzunehmen ist. Der Emanationsgehalt mancher natürlichen Quellwässer und Moorerden dürfte für deren therapeutische Wirksamkeit von wesentlicher Bedeutung sein und die spezifische Heilwirkung mancher Kurorte hierdurch eine gewisse Erklärung finden.

Neuere Arzneimittel.

Cascara Dr. Adler. Fabrikant: Dr. Adler und Wild, Gesellschaft für chem. und pharm. Produkte, Wien und Budapest. Wird zur Herstellung des Cascara-Sagrada-Extraktes eine abgelagerte, vierjährige Rinde von Rhamnus Purch. verwendet, so wird die purgierende Wirkung des Extraktes dadurch vervollkommnet, daß unangenehme Nebenerscheinungen wegfallen. Um ein Präparat auf den Markt zu bringen, das keinerlei unerwünschte Nebenwirkungen zur Folge hat, verwendet die genannte Gesellschaft nach ihrer Mitteilung nur gut abgelagerte vierjährige Rinde und setzt zu dem daraus hergestellten Fluidextrakt keinerlei laxierende Substanzen hinzu. Die Cascarapastillen Dr. Adler, die wegen ihrer prompten und schmerzlosen Wirkung sich großer Beliebtheit erfreuen, erhalten durch einen Schokoladenüberzug einen angenehmen Geschmack.

Heidyl. Fabrikant: Fritz Schulz, Chemische Fabrik, Leipzig. Ueber dieses neue Medikament teilt uns der Fabrikant folgendes mit:

Heidyl wird aus frischen Heidelbeeren nach besonderem Verfahren hergestellt, um alle Bestandteile derselben nach Möglichkeit in der natürlichen Form zu erhalten, und bekommt lediglich einen Zusatz von 10 % Glyzerin. Alkohol in irgend welcher Form enthält das Heidyl nicht oder doch höchstens geringe Spuren, die durch Beginn einer Gärung vor der Sterilisation entstehen könnten. Bei den vorgenommenen Versuchen hat es sich speziell in der Kinderpraxis als Antidiarrhoikum bestens bewährt, zumal es mit guter Wirkung angenehmen Geschmack verbindet und von den Kindern gern genommen wird. Auch bei Erwachsenen wirkten größere Dosen gut, speziell im Anfangsstadium. Bei vorhandener Neigung zu Magenverstimmungen dürfte das Heidyl in Verdünnung mit gewöhnlichem oder kohlensaurem Wasser ein angenehmes und erfrischendes Getränk abgeben, ebenso am Krankenbett als Ersatz für Citronenlimonade usw.

Patentnachrichten.

Gebrauchsmuster.

30a. 311 755. Luft- und wasserdicht schließender Metallkasten. Fa. H. Windler, Berlin. 23. 5. 07. W. 22 518.

30a. 311 825. Ansatzstück zur Ausübung der Nagelpflege, aus zweckentsprechendem Material, welches durch eine geeignete Antriebsvorrichtung in Umdrehung versetzt wird. Jean Hornung, Chemnitz i. S., Kronenstr. 8. 6. 5. 07. H. 33 325.

30a. 311 826. Vorrichtung in Gestalt eines zum Elektromotor ausgebildeten Handgriffes mit an demselben befindlichem, auswechselbarem Ansatzstück zur Ausübung der Nagelpflege. Jean Hornung, Chemnitz i. S., Kronenstr. 8. 6. 5. 07. H. 33 326.

30a. 311 938. Flach auseinanderlegbare Wochenpflege-Tasche mit geteilten Seitenwänden und mit besonderer Innentasche. Julius Emil Ausbüttel, Dortmund, Johannesstr. 16. 28. 1. 07. A. 9849.

30a. 311 939. Flach auseinanderlegbare Wochenpflege-Tasche mit geteilten Seitenwänden ohne besondere Innentasche. Julius Emil Ausbüttel, Dortmund, Johannesstr. 16. 28. 1. 07. A. 10 305.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz Berlin N. 4. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Nr. 40. 1907. 2. Dezember.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Redaktion:
Berlin N. 4, Kesselstrasse 11
Dr. H. Lungwitz.



Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Inhalt.

Die hydrotherapeutische Behandlung der Gonorrhöe.

Von Dr. **Carl Peters**, Goslar.

Die Behandlung der Gonorrhöe, der am weitesten in allen Bevölkerungsschichten in Stadt und Land verbreiteten Geschlechtskrankheit — sie beträgt in den Städten nahezu 70% aller Geschlechtskrankheiten! — hat, soweit sie das starke Geschlecht betrifft, im Laufe der Jahre viele Wandlungen durchzumachen gehabt. Seitdem im Jahre 1879 durch Neißers Entdeckung des Gonokokkus als des Krankheitserregers nachgewiesen war, daß die Gonorrhöe nicht, wie man bis dahin angenommen hatte, eine katarrhalische Harnröhrenerkrankung, sondern eine richtige Infektionskrankheit sei, hat man versucht, diesen Krankheitserregern durch lokale Anwendung von allen möglichen scharfen Medikamenten beizukommen, die man in Form scharf ätzender Lösungen mittels einer Spritze mit konischem oder länglichem Ansatzstück in die Harnröhre hineinbrachte — ein Verfahren, das noch heute allgemein geübt wird. Was hat man da nicht alles empfohlen, Zinksulfat, Kaliumpermanganat, Höllenstein, Airol, Tannin, Argonin, Protargol, und wie diese Aetzsubstanzen sonst noch heißen mögen! Freilich gelingt es mit Anwendung dieser Mittel, die akute Eiterung bald zum Aufhören zu bringen, so. daß scheinbar brillante, schnelle Heilerfolge erzielt werden; scheinbar, sage ich, denn in Wirklichkeit tauscht man mit diesem Verfahren eine ganze Anzahl viel schlimmerer Uebel dafür ein!

An diesen Folgen der „Behandlung“ sind die Aerzte durch die mangelhafte Instruktion der Kranken oft selbst schuld. Kommt so ein verschämter armer Patient — namentlich wehe ihm, wenn er Kassenpatient ist! — zum Arzt, so wird ihm kurz gesagt: „ja, das ist 'n Tripper; hier schreibe ich Ihnen was zum Einspritzen auf, kaufen Sie sich 'ne Spritze dazu und kommen Sie in 14 Tagen wieder“; fertig! — Man wende mir nicht ein, daß das seltene Ausnahmefälle sind; ich selbst habe solche in dieser Weise von Aerzten „behandelte“ Kranke, die natürlich unter den Folgen solcher Behandlung schwer zu leiden hatten, sehr häufig in der Praxis gesehen! Fragt man solchen Unglücklichen dann nach den ihm vom ersten Arzt gegebenen Verhaltungsmaßregeln, so stellt sich heraus, daß er nicht auf die notwendigsten, elementarsten Dinge aufmerksam gemacht ist, wie: peinlichste Sauberkeit am erkrankten Glied; Bedecken der Eichel mit Wattebausch zur Verhütung der Beschmutzung von Wäsche und Kleidung; Tragen eines Suspensoriums zur Verhütung der Hodenentzündung; Reinhaltung der Hände, um nicht die für dieses Ansteckungsgift sehr empfängliche Augenbindehaut zu infizieren und dort eine schwere, langwierige Vereiterung der Augen hervorzurufen: — von dem allen kein Wort, nur Aetzlösung und Spritze! Nicht einmal deren Handhabung zu erläutern nehmen diese Aerzte sich Zeit und Mühe, obwohl die richtige Ausführung der Injektionen von so großer Wichtigkeit ist; so die Vorschriften, vor der Einspritzung zu urinieren, die Lösung anzuwärmen, nicht mehr als eine halbe Spritze voll zur Zeit zu injizieren usf. — nichts von alledem! — Der unerfahrene Laie spritzt nun drauf los, um bald vor Schmerz die Wände hochzugehen und nach einigen Tagen, wenn er's vor Schmerzen gar nicht mehr aushalten kann, zum — Spezialisten zu laufen, der ihm dann mit sarkastischem, überlegenem Lächeln — eine andere scharfe Lösung aufschreibt, ihm höchstens etwas eingehendere Vorschriften betr. der Technik der Einspritzungen gibt. Solche Opfer sind zu bedauern!

Aber nicht nur solche gänzlich verkehrt ausgeführte Injektionen in die Harnröhre bergen sehr viele und große Gefahren in sich, sondern auch die technisch richtig angewendeten Einspritzungen sind nicht ohne solche Gefahren, die hier im folgenden kurz geschildert sein mögen:

Der beim Geschlechtsverkehr akquirierte Primäraffekt sitzt fast immer im vordersten Teil der Harnröhre in der glans penis, an der plica navicularis; der Sitz des Entzündungsherdes macht sich durch leichte Verhärtung, durch brennende, stechende Schmerzen, namentlich bei und nach dem Urinieren, sowie durch Schmerzhaftigkeit auf Druck bemerkbar, während die ganze übrige Urethra frei von dieser Druckempfindlichkeit ist. Was geschieht nun durch die Einspritzung? Der ganze an dieser Stelle sich bildende Eiter, zum mindesten aber Teile desselben und mit ihm die Entzündungserreger werden durch die mit großem Druck in die Harnröhre eingespritzte Flüssigkeitsmenge in die hinteren, vorher davon freien Teile der Harnröhre, unter Umständen sogar bis in die pars prostatica und in die Blase gebracht; hier siedeln sich die Kokken nun aufs neue an, und es kommt zu einer eitrigen Urethritis posterior, Cystitis, Ureteritis, oder auch durch Fortschreiten der eitrigen Entzündung auf die Samenstränge und Hoden zur Epididymitis — alles überaus unangehme, schmerzhafte, in ihren Folgen nicht unbedenkliche und unter Umständen recht gefährliche Krankheiten! — Stellen sich aber diese schlimmen Folgen nicht ein, weil die Lösung von vornherein so scharf genommen ist, daß die Entzündungserreger unschädlich und unwirksam gemacht werden, so entstehen infolge der Schärfe der Lösung unter unerträglichen Schmerzen Verätzungen der sehr zarten und empfindlichen Harnröhrenschleimhaut, die ihrerseits wieder zu ringförmigen, das Lumen der Harnröhre verengernden Narben, den berüchtigten Strikturen, führen. Und in den Falten und Buchten hinter diesen Strikturen haben nun die Gonokokken ein sicheres Ruheplätzchen, an dem sie dauernd allen Einspritzungen und weiteren Aetzungen, die sie dort nicht erreichen, trotzen; von hier aus verursachen sie nun immer wieder, namentlich nach Exzessen in Baccho et Venere, kleine Eiterungen mit dem allmorgendlich auf Druck an der Urethra-

mündung sich zeigenden gelben Tröpfchen — dem sogen. „bon jour“ der Franzosen — den chronischen Tripper, dessen jahrelange Hartnäckigkeit schon manchen armen Kranken bis zur äußersten Verzweiflung getrieben hat.

Das alles sind die Folgen der Injektions-„Therapie“!

(Schluß folgt)

Ein neuer grundlegender Fortschritt im Röntgen-Instrumentarium.

Von **W. Otto**, Ingenieur.

(Schluß.)

Der „Rotax“-Unterbrecher setzt sich zusammen aus dem Elektromotor und dem Unterbrechungsgefäß mit der Unterbrechungsvorrichtung. Motor und Gefäß sind an einer gemeinsamen Achse befestigt und stehen übereinander, der Motor unten, das Unterbrechungsgefäß oben. Sie werden in vertikaler Stellung festgehalten durch ein etwa 35 cm hohes, in seinem größten Durchmesser im Fuße etwa 20 cm breites säulenartiges Metallgehäuse.

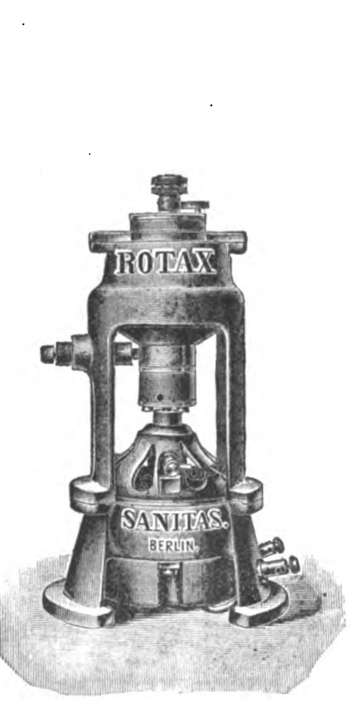


Abb. 1. „Rotax“-Röntgen-Unterbrecher.

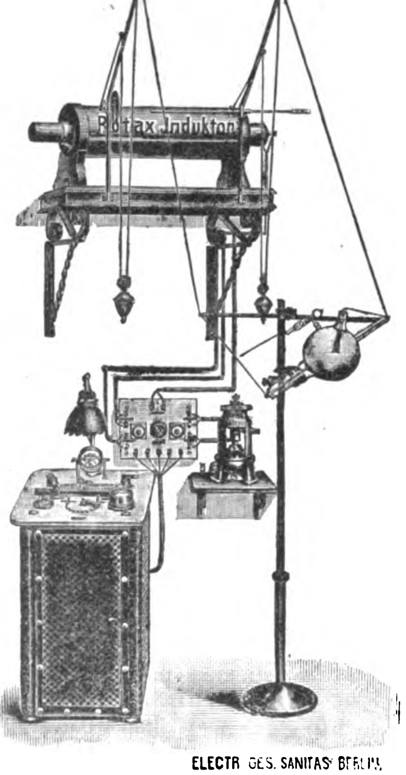


Abb. 2. „Rotax“-Röntgen-Instrumentarium.

Das Unterbrechungsgefäß wird mit ca. 400 g reinen Quecksilbers und ca. 180 g Petroleum gefüllt. Im Innern des Gefäßes steht horizontal, um eine Achse drehbar, aber exzentrisch zur Hauptachse gestellt, eine Scheibe aus Isolationsmaterial, die zwei metallische Kontaktsegmente trägt. Letztere sind mit einer auf dem Dache des Gehäuses angebrachten Klemmschraube in leitender Verbindung. An seiner Unterseite besitzt das Unterbrechergefäß einen Schleifring, der vermittelst einer Schleifbürste mit dem einen Pole der Gleichstromleitung in Verbindung gebracht ist; in der Anschlußklemme auf dem Dache wird der zweite Leitungsdraht festgemacht.

Sobald nun der Motor in Tätigkeit tritt, wird das Quecksilber in dem Gefäß zentrifugal geschleudert und rotiert an der größten Peripherie desselben. Hier trifft es nun den Rand der erwähnten Scheibe und nimmt diesen bei der Rotation mit, so daß sich die Scheibe gleichfalls dreht und in regelmäßiger Wiederholung mit den beiden Kontaktsegmenten in den Quecksilberkranz eintaucht. Da nun das Quecksilber durch Vermittelung des Metallgefäßes mit der Schleifbürste und dem einen Leitungspole in Verbindung steht, die Kontaktsegmente dagegen mit dem anderen Pol der Leitung verbunden sind, so wird der Stromkreis jedesmal geschlossen, wenn die Kontakte in den Quecksilberkranz eintauchen, geöffnet, sobald sie das Quecksilber verlassen. Bei jeder Umdrehung der Scheibe gibt es also zweimal Stromschluß und -Oeffnung. Da nun aber die Scheibe geringeren Umfang als das Unterbrechergefäß hat, so wird sie bei einer Rotation des letzteren mehr als einmal um ihre Achse gedreht. Daraus erklärt sich auch, daß mehr als 8000 Unterbrechungen in der Minute erreicht werden.

Der ganze Unterbrechungsvorgang spielt sich in äußerst einfacher Weise ab und verbleibt stets gleichmäßig, so daß unter sonst gleichen Bedingungen die Stromschlußdauer stets die gleiche ist. Man kann letztere variieren, indem man vermittelst einer auf dem Oberteil des Gefäßes angebrachten Schraube die Achse der Scheibe mehr nach dem Zentrum des Gefäßes oder an dessen Peripherie rückt. Je weiter die Scheibe peripher steht, um so länger ist der Weg, den die Kontakte im Quecksilberkranze zurückzulegen haben, umso länger also dauert der Stromschluß. Bei der umgekehrten Stellung der Scheibe sind Weg und Stromschlußdauer kurz.

Die Exaktheit der Unterbrechungen ist hauptsächlich eine Folge der unveränderten metallischen Reinheit, in welcher das Quecksilber verbleibt. Durch die zentrifugale Bewegung, die es bei der Tätigkeit des Unterbrechers erleidet, wird das Quecksilber nämlich gleichzeitig sedimentiert und somit einem Prozeß der „Selbstreinigung“ unterworfen, da es als spezifisch schwerster Körper stets am weitesten nach außen getrieben wird und sich auf diese Weise von etwa entstehenden Beimischungen sofort selbst reinigt.

Der „Rotax“-Unterbrecher, den Abb. 2 im Instrumentarium einmontiert zeigt, ist für jeden Induktor, der mit einem Kondensator ausgestattet ist, geeignet. Irgendwelche konstruktiven Aenderungen sind für seine Installation nicht zu machen. Jedoch haben die zahlreichen Versuche, welche diesbezüglich angestellt worden sind, ergeben, daß die Dimensionierung des Eisenkerns, die Drahtstärke und Windungszahl des Induktors, sowie noch einige andere Faktoren für die Funktion des „Rotax“-Unterbrechers von Bedeutung sind. Von Vorteil ist es daher, einen Induktor, der für den Betrieb durch den „Rotax“-Unterbrecher dienen soll, in den obengenannten Punkten speziell für den „Rotax“ abzustimmen. In diesem Falle wird man die besten Leistungen erzielen, welche erreichbar sind, so daß ein spezielles „Rotax“-Instrumentarium unter allen Umständen vorzuziehen ist.

Da, wie schon oben erwähnt, der „Rotax“-Unterbrecher alle Vorteile des Wehnelt- und der Quecksilber-Unterbrecher in sich vereinigt, und infolgedessen sowohl bei der Durchleuchtung, als auch bei der Röntgenphotographie hinter keinem der Unterbrechertypen zurücksteht, so macht er das komplizierte und teure Doppel Instrumentarium mit den beiden Unterbrechern überflüssig. Dadurch wird das Instrumentarium nicht nur ganz erheblich vereinfacht, sondern, und das ist noch wichtiger, bedeutend verbilligt. Es soll jedoch nicht unerwähnt bleiben, daß man, wenn man will, auch den „Rotax“-Unterbrecher ebensogut wie jeden anderen Quecksilber-Unterbrecher mit dem Wehnelt-Unterbrecher zum Betriebe ein und desselben Induktors kombinieren kann, also auch mit dem „Rotax“ ein Doppel-Instrumentarium schaffen kann. Freilich wird dies wohl kaum jemals geschehen, da das „Rotax“-Instrumentarium ja in sich schon ein Doppel-Instrumentarium ersetzt.

„Vier in Eins“.

D. R. G. M. erteilt. Patent angem.

Einen in seiner Vielseitigkeit recht brauchbaren Apparat bringt der Fabrikant Weidemann, Liebenburg a. Harz, in seinem „Vier in Eins“ auf den Markt. Obwohl er für den Gebrauch des großen Publikums bestimmt ist, sei doch an dieser Stelle dieses neuen Apparates gedacht, weil er sich bereitwillig auch in den Dienst von Patienten

stellt und insofern für die ärztliche Welt Interesse bietet. Die Benennung rührt von dem vierfachen Dienste her, den der Apparat leistet. Er besteht aus einem mehrfach fensterartig durchbrochenen, ca. 8 cm hohen, runden Metallgehäuse, dessen Inneres durch eine Oeffnung der Wand, die zum Einbringen eines Beleuchtungskörpers bestimmt ist, zugänglich ist. In der Decke befindet sich eine kreisrunde Oeffnung, von einem Herd umgeben, der das Aufstecken eines als Esse dienenden 8 cm langen Rohres ermöglicht. Dieser sehr einfache Apparat läßt sich in vierfacher Weise verwenden. Geliefert werden nämlich Beleuchtungskörper und zwar Blechschalen, die mit einem brennbaren, infolge des hohen Gehaltes an Zeresin geruchlos brennenden Wachsgemisch gefüllt sind. Man zündet den Docht an, schiebt die Schale in das Gehäuse und hat so ein gedämpftes, mildes Licht, das für Kranken- und Schlafzimmer sehr geeignet ist, zumal der Inhalt einer Schale viele Stunden lang ausreicht. Gleichzeitig kann aber die entwickelte Wärme benutzt werden, einmal zur Erzeugung eines frischen Waldgeruches, indem auf die Esse ein beigegebenes Blechtöpfchen, das mit Fichtennadelextrakt und Menthol imprägnierte Asbestwolle enthält, gesetzt wird, worauf sich nach wenig Minuten durch Verflüchtigung der ätherischen Stoffe, die auch in hygienisch-

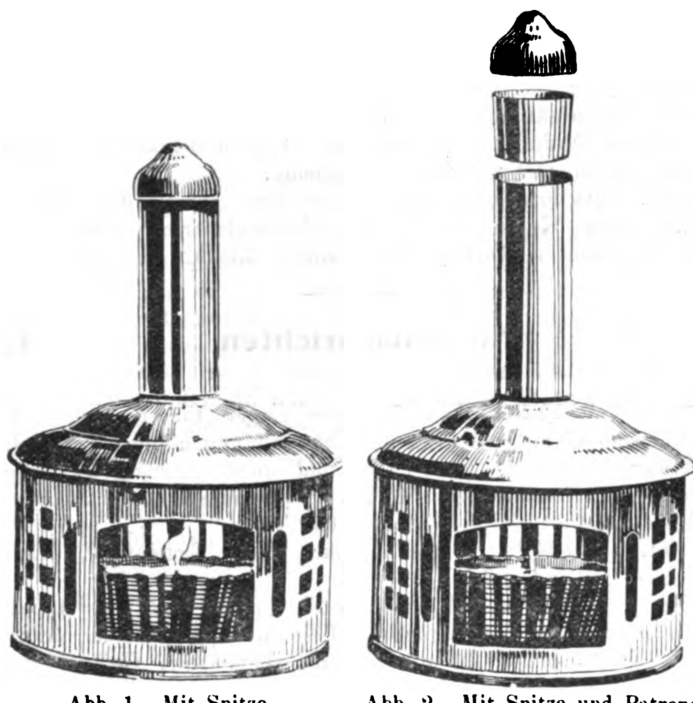


Abb. 1. Mit Spitze. Abb. 2. Mit Spitze und Patrone.

therapeutischer Hinsicht wertvoll ist, ein angenehmer und erfrischender Geruch verbreitet; dann aber zur Erwärmung von Milch, Kakao, Bouillon, Wasser u. a. für Kranke und Gesunde event. nötiger Flüssigkeit. Zu letzterem Zwecke ist ein kleiner Tisch, der auf die Esse aufgesetzt wird, und ein Metallbecher beigegeben; man kann so zu jeder Nachtzeit in wenig Minuten eine Flüssigkeit auf ca. 50 Grad erhitzen. Wer auf magische Beleuchtung, auf Ozonluft und warmes Getränk verzichten will, findet in dem Apparat auch noch einen brauchbaren Träger für Stearinkerzen, die einfach in die obere Oeffnung der Esse gesteckt werden. Außerdem ist der Apparat sehr billig, so daß man annehmen kann, daß derselbe große Aufnahme findet.

Periodische Literatur.

Die Therapie des Scharlach. Von Schick, Wien. (Berl. klin. W. Nr. 23.)

Von prophylaktischen Maßnahmen kann als Idealforderung unbedingt die der sofortigen Ueberführung jedes Scharlachkranken in ein Infektionsspital gelten. Auch wenn dies durchgeführt wird, ist gründliche Desinfektion des Krankenzimmers angebracht. Die in Berührung mit dem Kranken gekommenen Kinder sind mindestens vierzehn Tage vom Schulbesuch fernzuhalten. Die Frage, wie lange der Erkrankte isoliert bleiben soll, ist mit Sicherheit schwierig zu beantworten; auch nach sechs- bis achtwöchiger Isolierung, nach Bädern und Desinfektion der Kleider wird gelegentlich noch eine Infektion der Geschwister beobachtet. Im Hospital werden die Kranken am besten nach drei Gruppen getrennt gehalten: frische Fälle (erste und zweite Krankheitswoche), Fälle der dritten und vierten Woche, Fälle der folgenden Wochen. Nach Entlassung aus dem Krankenhause, die unter normalen Verhältnissen am 35. bis 42. Krankheitstage erfolgen kann, wird das genesene Kind am besten noch vierzehn Tage von den Geschwistern fern gehalten bei häufigen Bädern und reichlichem Wäschewechsel. Wo Spitalbehandlung unmöglich ist, soll die Zahl der beim Kranken Beschäftigten möglichst reduziert werden, da diese auch als Infektionsträger zu betrachten sind. Die von der Infektion verschonten Kinder werden am besten sofort aus der Wohnung geschafft. Nach Ablauf von sechs Wochen entfernt man am besten den Genesenen aus der Wohnung, desinfiziert dieselbe, läßt dann die gesunden Kinder zurückkommen und erst nach vierzehn Tagen den Rekonvaleszenten. Der Schulbesuch der Erkrankten ist nicht vor Ablauf von acht bis neun Wochen nach Krankheitsbeginn zu gestatten.

Bezüglich der Therapie ist ganz allgemein auch der leichteste Scharlachfall mindestens vier Wochen im Bett zu halten bei einer fleischlosen Kost. Reine Milchdiät ist nicht notwendig, vielmehr kann man neben Milch Malzkaffee oder Kakao, Milchspeisen, leichte Mehlspeisen, Semmeln, Butter, Einbrenn-, Kartoffelsuppen, Kompott, Honig geben. Die Zimmertemperatur soll 15° R. betragen; für fleißige Lüftung ist zu sorgen. Das Fieber soll man nicht durch Antipyretica bekämpfen, die leicht zu Kollapserscheinungen führen; kühle Packungen des Stammes sind das beste Mittel gegen Fieber. Einreibungen mit Vaselin-Lanolin kann man bei bestehendem Exanthem vornehmen und zur Zeit der Abschilferung, die auch durch warme Seifenbäder unterstützt werden kann; von der fünften Woche kann man solche alle ein bis zwei Tage verabreichen.

Betreffs der symptomatischen Therapie genügen bei leichter Rachenaffektion kalte Halsumschläge und Gurgelungen mit 1 bis 2% Wasserstoffsuperoxyd; bei schweren Rachenprozessen ist der Austrocknung der Mundhöhle vorzubeugen durch häufiges Trinken (Tee, Limonade) und Ausspritzungen des Mundes mit kaltem Wasser. Einblasungen von Pulver und Ausspritzen der Nase ist zu vermeiden. Rissige Lippen und Rhagaden der Mundwinkel, sowie die leicht wund werdende Umgebung der Nasenöffnung sind mit 3% Borlanolin-Vaselin einzufetten. Bei beginnender Otitis mit Rötung und Schwellung des Trommelfelles wird zwei- bis dreimal täglich 5% Karbolglyzerin lauwarm eingetropft, daneben kalte oder warme Umschläge appliziert; bei starker Vorwölbung des Trommelfells, heftigen Schmerzen, hohem Fieber wird die Parazentese vorgenommen; bei Otorrhoe wird zwei- bis dreimal täglich das Sekret durch Einträufeln von zweiprozentigem Wasserstoffsuperoxyd entfernt und in der Zwischenzeit aufsaugende Wattebäuschchen eingelegt. Lymphdrüsenschwellungen werden mit Prießnitzumschlägen, Einpinselungen von Jodvasogen, Auflegen von 10% Ichthyolsalbe behandelt; eine Inzision ist erst bei nachweisbarer Fluktuation angezeigt. Die rheumatischen Affektionen bedürfen einer internen Behandlung nicht. Mit besonderer Sorgfalt muß einer drohenden Herzschwäche entgegengearbeitet werden; Exzitantien, intern Digitalis, Digalen, schwarzer Kaffee, Alkohol, subkutan Kampfer, Koffein, Digalen sind zeitig und ausgiebig zu verwenden. Auf regelmäßige Stuhlentleerung ist zu achten. Die Serumtherapie hat sich noch nicht allgemeiner durchsetzen können, am meisten Vertrauen verdient noch das Mosersche Serum; schwere Erhältlichkeit und die großen Dosen, die zur Heilwirkung erforderlich sind, stellen Nachteile, die dem Scharlachserum anhaften, dar. Die Injektion erfolgt subkutan in die Bauchhaut; die einmalige Dosis beträgt 200 ccm; am schönsten entfaltet das Serum seine Wirkung in den rein toxischen Fällen; die Injektion muß aber, wenn man einen deutlichen Erfolg — kritischer Abfall der Temperatur und Rückgang der schweren Symptome — sehen will, in den ersten drei Krankheitstagen vorgenommen werden.

Von den Nachkrankheiten ist die wichtigste die Nephritis; eine Prophylaxe derselben (Ol. therebinthin., Urotropin) ist bisher nicht gelungen; als einzige prophylaktische Maßregel ist die Bettruhe zu betrachten. Leichte Nephritisformen heilen bei Bettruhe

und fleischloser Diät; Diuretika sind zu vermeiden. Um diaphoretisch vorzugehen, kann man sich auf feuchtwarme oder trockenwarme Packungen beschränken; eine Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr ist nicht nötig, Tee, Milch, alkalische Säuerlinge können abwechselnd gegeben werden. Mit Rücksicht auf die sichere Beeinflussung der Oedeme ist bei eingetretener Nephritis die kochsalzarme Diät zu empfehlen (Milch, Milch mit Kakao oder Malzkaffee, rohes oder gekochtes Obst, ungesalzenes Brot mit Butter, Honig, ungesalzene Suppen und Mehl- oder Milchspeisen). Bei eintretender Urämie ist eine ausgiebige Venäsektion (200 bis 300 ccm bei sechs- bis zwölfjährigen Kindern) am Platze und anschließend subkutane Kochsalzinfusion oder hohe Darmirrigation mit lauem Wasser. Bettruhe und kochsalzarme, fleischlose Diät sind womöglich bis zum achten Tage nach völligem Schwinden der Eiweißausscheidung auszudehnen; die Forderung der vierwöchigen Bettruhe gilt daher nur für die unkomplizierten Formen. Auch bei leichtesten Fällen von Scharlach sollte mindestens bis zum Ende der sechsten Woche täglich Vor- und Nachmittags die Körpertemperatur gemessen werden.

Nihilismus und Polypragmasie sind die beiden schädlichen Extreme in der Scharlachtherapie. Das richtige ärztliche Handeln liegt in der Mitte.

Neuere Arzneimittel.

Sullacetin. Fabrikant: Dr. von Gember und Dr. Fehlhaber, Berlin-Weißensee. Sullacetin ist die Kalium-Natrium-Verbindung der Brenzkatechinmonoacetsäure und der Guajakolsulfosäure und stellt ein weißes, geruchloses, wenig bitter schmeckendes Salz dar, das in Pulver- und Tablettenform (à 0,5 g) Verwendung findet. Es besitzt stark bakterizide Eigenschaften, ohne zu ätzen, und kann in allen Fällen von bakteriellen Erkrankungen der Atmungsorgane sowie des Magendarmtraktus angewendet werden. Neben völliger Ungiftigkeit zeichnet es sich durch eine eminent appetitanregende Wirkung aus. „Bei tuberkulösen Patienten hebt das Sullacetin die lästigen und vor allen Dingen sehr schwächenden Nachtschweiße bald vollständig auf, erleichtert den Auswurf und vermindert den Husten. Schon nach kurzer Zeit fühlt sich der Kranke vielfach so gekräftigt, die Arbeit, die er event. hat niederlegen müssen, wieder aufzunehmen. Durch diese antituberkulöse Wirkung ist das Sullacetin ein fast unentbehrliches Mittel in der Tuberkulosetherapie".

Bei entsprechender Diät wirkt Sullacetin ferner als Antidiarrhoikum.

Dosierung: Dreimal täglich ein Pulver oder eine Tablette zu 0,5 g für Erwachsene; Kindern gibt man die Hälfte oder verwendet — besonders bei Pertussis — eine Schüttelmixtur mit Honig, etwa nach folgendem Rezept:

Sullacetin. 7,5
Mel. depurat. 30,0
Aq. foenicul ad 100,0
M. D. S. Dreimal täglich 1 Teelöffel z. n.
Vor Gebrauch umzuschütteln.

Am billigsten sind die Tabletten, deren 20 à 0,5 g in einem Originalröhrchen 1 Mark kosten.

Indikationen: Tuberkulose der Lungen und des Kehlkopfes, Bronchialkatarrh, Keuchhusten, akuter und chronischer Magen- und Darmkatarrh, Lungengangrän, Skrophulose, croupöse Pneumonie.

Fachliste geschützter Erfindungen.

Herausgegeben von der Firma Heinrich Brust, Verbands-Patent-Bureau, Kassel, Hohenzollernstr. 43. Fernruf 3186. Amerikanischer Patentanwalt. Den Abonnenten dieser Zeitschrift wird Rat und Auskunft in allen Patentangelegenheiten kostenlos erteilt.

Patentanmeldungen.

30 i. Verfahren zur Desinfektion mittels flüchtiger Desinfektionsmittel im Kreislaufbetriebe. F. H. C. Lehmann, Eilenburg P. S., und Dr. Franz Schmidt, Hamburg.

Patenterteilungen.

30 b. Künstlicher Zahn. Siemens & Halske, Akt.-Ges., Berlin.

30 f. Vorrichtung zur Behandlung lebender Körper mit elektrischen Strömen. Hugo Benisch, Tegel, Brunowstr. 51.

30 h. Verfahren zur Herstellung leicht resorbierbarer Salbenseifen mit Seifen zersetzenden Arzneimitteln. Dr. Rudolph Reiß, Charlottenburg, Brolmanstr. 27.

Gebrauchsmuster.

30 a. Feile zu kosmetischen oder technischen Zwecken, deren Kern mit körnigem Material überzogen ist. Dr. M. Hohenadel, Dresden, Augsburgerstr. 41.

30 a. Hühneraugen- und Hornhautschaber. Anton Schaidacher, Dingolfing.

30 a. Nähfäden aus Ramiefasern für chirurgische Zwecke. Firma C. Stiefenhofer, München.

30 a. Dreiteilige Rinnensonde. Wilhelm Vogel, Köln a. Rh., Herzogstr. 19.

30 a. Instrument zur Operation des sogen. Nachstars. Dr. Hermann Georg Stutzer, Köln a. Rh., Schwalbengasse 46.

30 b. Mit der zahnärztlichen Bohrmaschine verbundener Ventilator. Franz Stapel, Diedenhofen.

30 i. Aus einem Gefäß mit Entnehmebecher sowie Luftein- und Flüssigkeitsauslaß bestehender Apparat zum Entnehmen von sterilisierter Flüssigkeit aus Gefäßen. Dr. Ernst Klebs, München, Göthestr. 25.

30 i. Desinfektionsapparat mit in der Ablaufleitung liegendem Behälter mit Desinfektionsflüssigkeit. Apparatebauanstalt Weimar Akt.-Ges. vorm. Gebr. Schmidt, Weimar.

30 k. Injektionsspritze mit Fingerstützen, für dickflüssige Medikamente, deren Kolben durch einen Zahnradantrieb bewegt wird. Eduard Bildhäuser, Aachen, Kleinkölnstr. 23/25.

Patentnachrichten.

Patent-Anmeldungen.

30 e. G. 22 281. Verstellbares Lager für Kranken- und Operationsmöbel mit einem senkrecht und gegen die Wagerechte verstellbaren mittleren (Sitz-) Teil und einem gelenkig an diesem angeordneten Rücken- und Fußteil. Johannes Groth, München, Nymphenburgerstr. 32/0. 18. 12. 05.

30 d. E. 12 096. Gesichtsmaske. Otto Eichentopf, Naumburg a. S. 16. 11. 06.

30 f. A. 12 892. Druckluftstrahlapparat mit am Apparat selbst angebrachter Wärmequelle und einem Doppelgebläse. August Anders, Pestalozzistr. 29 und Richard Beckmann, Galvanistr. 6, Charlottenburg. 26. 2. 06.

30 k. K. 32 787. Einführungsteil für zum Spülen von Körperhöhlungen dienende Spritzen. Heinrich A. Kaysan, Cassel, Wilhelmshöher Allee 4. 3. 9. 06.

30 f. R. 23 682. Apparat zur radiologischen Belichtung lebender oder lebloser Objekte. Dr. Isak Robinsohn, Wien. Vertr.: Pat.-Anwälte Dr. R. Wirth, C. Weihe und Dr. H. Weil, Frankfurt a. M. 1, und W. Dame, Berlin SW. 13. 5. 12. 06.

30 g. Sch. 26 942. Durchsichtiges Deckelgefäß. Christoph Schröter, Mühlhausen i. Thür. 10. 1. 07.

Patent-Erteilungen.

30 b. 190 218. Mit Platin überzogener Draht zur Herstellung von Stiften, Haken (Crampons), Oesen u. dgl. für künstliche Gebisse. Friedrich August Wienand sen., Pforzheim, Gartenstr. 16. 16. 2. 06. W. 25 244.

30 d. 190 219. Geradehalter mit Schulterringen und am Leibgurt befestigten Schenkelriemen. Fa. Heinrich Loewy, Berlin, 15. 11. 06. L. 23 470.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin N. 4. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Nr. 41. 1907. 9. Dezember.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Redaktion:
Berlin N. 4, Kesselstrasse 11
Dr. H. Lungwitz.



Verlag u. Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.**
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Inhalt.

Die hydrotherapeutische Behandlung der Gonorrhöe.

Von Dr. **Carl Peters**, Goslar.

(Schluß.)

Ganz andere Erfolge hat da die Hydrotherapie aufzuweisen; nicht so schnelle, in die Augen fallende Scheinerfolge, aber wirkliche, dauernde Heilerfolge ohne Nachbleibsel! — Die Behandlung erstrebt dabei folgende Ziele an: absolute, peinlichste Sauberkeit; Linderung der heftigen Entzündungserscheinungen durch Anwendung von Kälte und Vermehrung des Blutzuflusses zu der erkrankten Stelle, um durch Vermehrung der Phagozythen, der natürlichen Polizisten des menschlichen Organismus, an dem Erkrankungsherd den Krankheitserregern energischer zu Leibe zu gehen.

Zu diesem Zweck werden häufige Bäder des Penis in kaltem, zunächst 18—19gradigem (Cels.), später 12—13grad. Wasser gemacht, indem man in ein einfaches, damit gefülltes Wasserglas den Penis mit zurückgezogenem Präputium drei bis vier Minuten lang hineinhängen läßt; danach wird die glans und namentlich der sulcus coronarius mit einem nassen Wattebausch sorgfältig abgewaschen und abgetrocknet, dann ein trockener, reiner Wattebausch vor der Eichel befestigt; letzterer muß je nach der Heftigkeit der Absonderung öfters erneuert werden. Diese Lokalbäder werden mindestens alle drei, höchstens alle zwei Stunden, bei Nachlassen der Entzündungserscheinungen vier- bis fünfstündlich gemacht. Man verhütet dadurch einmal die großen Gefahren der Unreinlichkeit, nämlich die Komplikation mit der oft recht unangenehmen Balanoposthitis und der unter Umständen möglichen neuen Selbstinfektion durch den unter dem Präputium sich zersetzenden Trippereiter, und leitet andererseits die Entzündung der Harnröhre durch die kühlen Bäder nach außen ab, statt sie, wie das bei dem Injektionsverfahren geschieht, nach innen zu treiben; erzielt auch durch die Kältewirkung einen vermehrten Blutzufluß zu der erkrankten Partie, ein Faktor, der — wie schon vorher erwähnt — für die Bekämpfung jeder Entzündung von großer Wichtigkeit ist.

Daneben sind regelmäßig und methodisch durchgeführte, genau temperierte und in ihrer Einzeldauer geregelte Sitzbäder von sehr günstigem Einfluß. Man läßt immer an zwei aufeinander folgenden Abenden unmittelbar vor dem Schlafengehen baden, am dritten Abend aussetzen. Man beginnt mit einer Temperatur von 36 Grad C. und einer Dauer von zwölf Minuten, geht dann von vier zu vier Bädern um zwei Grad und zwei Minuten zurück, so daß

die ersten	4	Bäder	36	Grad	Temperatur	und	12	Min. Dauer,
die zweiten	4	„	34	„	„	„	10	„ „
die dritten	4	„	32	„	„	„	8	„ „
die vierten	4	„	30	„	„	„	6	„ „

haben; bei diesem letzten Modus bleibt man ca. drei Wochen, so daß sich der ganze Turnus über ca. sechs Wochen erstreckt. Man beugt damit zugleich allen etwa aus vorangegangener Injektionsbehandlung möglicherweise drohenden Folgekrankheiten der oben genannten Arten in wirksamster Weise vor.

Nebenher ist, falls es irgend durchzuführen ist, alle fünf Tage etwa eine Ganzpackung von dreistündiger Dauer mit nachfolgender lauer Ganz-Abwaschung und Frottierung sehr zu empfehlen, weil infolge der dadurch hervorgerufenen erheblichen Vermehrung des Stoffwechsels eine reichlichere Ausscheidung der etwa von dem Trippergifte in das Blut übergegangenen schädlichen Stoffe durch die Haut stattfindet. Jedenfalls ist das rationeller und wirksamer, als mit Einspritzungen scharfer Aetzmittel das Gift in den Körper erst recht hineinzutreiben!

Ich behandle die akute Gonorrhöe beim Mann seit sieben Jahren auf diese Art und habe in j e d e m behandelten Falle eine Heilung nach sechs bis acht Wochen erzielt, ohne daß sich jemals eine Striktur, eine chronische Absonderung, Hodenentzündung, Blasenkatarrh, Urethritis posterior oder ähnliches eingestellt hätte, oder daß — außer nach frischer Infektion — eine Wiederholung der Erkrankung aufgetreten wäre, wie sie nach dem Injektionsverfahren so vielfach zu verzeichnen sind.

Aber auch bei der chronischen, zumeist mit Strikturbildung verbundenen oder auf solche zurückzuführenden Gonorrhöe ist die Bäderbehandlung ein sehr wesentlich die Heilung unterstützender Faktor, während gleichzeitig eine sorgfältige Behandlung der Striktur mit vorsichtigem Bougieren mittels elastischer, konisch-geknöpfter Bougies einhergehen muß. Ich habe durch Kombinierung dieser beiden Verfahren alte, eingewurzelte, jeder anderen Behandlung vorher spottende Gonorrhöefälle chronischen Charakters zur Ausheilung gebracht.

Aber wir haben auch noch einen anderen wichtigen Faktor zur lokalen Behandlung der Gonorrhöe, der besonders da Beachtung verdient, wo eine schnelle Linderung der oft sehr heftigen und lästigen subjektiven Beschwerden angezeigt erscheint, die durch die kalten Bäder zwar auch, aber nur bis zu einem gewissen Grade beeinflußt werden, nämlich die natürliche, durchschnittlich etwa alle fünf Stunden die Harnröhre passierende Durchspülung, den Urin. Ihn kann man durch Versetzen mit geeigneten lindernden Substanzen zu einem nützlichen Heilfaktor gestalten. Diese Zuführung kann natürlich nur auf internem Wege geschehen. Damit komme ich noch kurz auf die interne Medikation bei der Gonorrhöe, die in neuerer Zeit wieder ganz besonders betont worden ist, zu sprechen.

Schon in früherer Zeit hat man bei Gonorrhöe die verschiedensten Medikamente innerlich angewandt, Cubeben, Copaivbalsam, Ol. Santali etc.; sie alle wurden meist schlecht oder auf die Dauer gar nicht vertragen. Seit einigen Jahren hat sich in dieser Hinsicht das von J. D. Riedel, A.-G. Berlin,

hergestellte Gonosan in Kapseln vorzüglich bewährt. Es ist das Verdienst von Boß in Straßburg, zuerst auf die großen Vorzüge und die ausgezeichnete Wirksamkeit dieses Präparats hingewiesen (s. Deutsche Medizinal-Zeitung 1902, Nr. 98) und es in die Therapie eingeführt zu haben. Nicht nur, daß es vom Magen sehr gut vertragen wird und die Nieren nicht reizt, genügen oft schon verhältnismäßig geringe Dosen (drei- bis viermal täglich zwei Kapseln à 0,5), um die beabsichtigte Wirkung herbeizuführen: Linderung des Reizes und der heftigen brennenden Schmerzen, sowohl beim Urinieren, wie bei den spontanen, namentlich nachts sehr störenden Erektionen, die Herabsetzung der Sekretion an der erkrankten Stelle und Linderung des Harndrangs.

Ich muß deshalb den Leitsatz von Boß (s. Deutsche Med.-Ztg. 1907, Nr. 46), mit dem ich mich sonst in der Wertschätzung des Gonosans eins weiß, dahin variieren: „Die zielbewußte und deshalb beste Tripperbehandlung besteht demnach in

a) möglichst frühzeitiger und streng durchgeführter Anwendung der erforderlichen hydrotherapeutischen Maßnahmen;
b) gleichzeitiger Darreichung von Gonosan bei sehr heftigen subjektiven und objektiven Erscheinungen, und
c) strengster Vermeidung aller örtlich reizenden oder ätzenden Medikament-Einspritzungen."

Wenn diese Mahnungen von den Aerzten und Kranken mehr und allgemeiner beherzigt würden als bisher, so würden die Erfolge in der Behandlung der akuten Gonorrhöe in wenigen Jahren ganz erheblich bessere werden, würden vor allem die üblen Folgekrankheiten dieses Peinigers der Menschheit infolge der natürlichen und gründlichen Beseitigung des Giftstoffes aus dem Körper mehr verschwinden, während sie heute noch infolge der unrationellen Behandlung in ungeahntem Maße verbreitet sind.

Wasserstoffsuperoxyd.

Von Dr. med **Mannel** in Geisa (i. Th.).

In der „Deutschen med. Wochenschrift" 1885, pag. 552, veröffentlichte Prof. Miller als Fortsetzung seiner Versuche über die Wirkung verschiedener antiseptischer Mittel auf die Bakterien der Mundhöhle einige Tabellen, in welchen die Ergebnisse seiner Prüfung verschiedener Mittel aus der Klasse der oxydierenden Substanzen, wie Kalium chloricum, Kalium hypermanganicum, Wasserstoffsuperoxyd bekanntgegeben wurden. Dabei stellte es sich heraus, daß von diesen Mitteln allein das Wasserstoffsuperoxyd die Entwickelung der Mundhöhlenpilze beeinträchtigt; in der Millerschen Tabelle nimmt es gleich hinter Sublimat und Höllenstein seinen Platz ein!

Allmählich hat sich denn das Wasserstoffsuperoxyd in der Zahnheilkunde und Medicin Eingang verschafft und gegenwärtig dürfte es wohl von allen Zahnärzten als bestes Mund- und Gurgelwasser, von den Aerzten aber als vorzügliches Desinfiziens geschätzt werden.

Die jetzt erlangte Beliebtheit verdankt das Wasserstoffsuperoxyd verschiedenen Vorzügen, die es vor anderen antiseptischen Flüssigkeiten hat, und die es für gewisse Zwecke in der Medicin unentbehrlich machen. Ein großer Vorzug besteht in seiner absoluten Ungiftigkeit. Das Wasserstoffsuperoxyd ist eine Verbindung von zwei Atomen Wasserstoff mit zwei Atomen Sauerstoff. Bei der Berührung mit den Schleimhäuten des Körpers oder mit dem Blut etc. zersetzt es sich mit großer Heftigkeit in Wasser und atomistischen Sauerstoff, welch letzterer die desinfizierende Wirkung hervorruft. Dieser Sauerstoff entwickelt sich so rapide, daß er z. B. festsitzende Verbände, die oft nur mit großer Schwierigkeit durch Aufweichen von den Wunden gelöst werden können, nach kurzer Zeit schmerzlos abhebt.

Auch bei der Reinigung beschmutzter Wunden ist Wasserstoffsuperoxyd ein sehr geschätztes Hilfsmittel. Durch die Sauerstoffentwickelung werden die Schmutzteilchen losgerissen und weggeschwemmt. Wie wertvoll das Wasserstoffsuperoxyd in dieser wie in mancher anderen Richtung für den Arzt ist, dafür bringt die medicinische Presse noch immer neue Belege.

Von besonderer Wichtigkeit ist die Sauerstoffentwickelung bei der Verwendung des Wasserstoffsuperoxyds als Mund- und Gurgelwasser. Wie von keinem anderen Mittel wird der Mund durch Wasserstoffsuperoxyd gereinigt und gesund erhalten. Nicht allein, daß der Körper durch Abtöten der Bakterien vor zahlreichen Infektionskrankheiten geschützt wird, durch die stark auftretende Schaumbildung werden auch die so nachteiligen Speisereste, die durch die Zahnbürste nicht entfernt werden können, weggespült; übeler Mundgeruch wird infolgedessen beseitigt, bereits verfärbte Zähne werden durch die bleichende Wirkung des Wasserstoffsuperoxyds wieder hell gemacht. Das Wasserstoffsuperoxyd wird im Großen hauptsächlich in dreiprozentiger Lösung hergestellt. Die stärker konzentrierten Lösungen sind schwerer herzustellen und deshalb sehr teuer. Das dreiprozentige Präparat wird nun, abgesehen von den zu technischen Zwecken benutzten Produkten, hauptsächlich als medicinisches Wasserstoffsuperoxyd in den Handel gebracht. Dieses enthält aber, um es haltbarer zu machen, eine größere Menge von Mineralsäuren. Dieser Säurezusatz wirkt aber bei der Verwendung zu Heilzwecken sehr störend, weshalb derselbe vielfach durch Aluminiumhydroxyd neutralisiert wird. Hierdurch wird jedoch die Haltbarkeit herabgesetzt, weshalb das Präparat, wenn es nicht schnell verbraucht wird, nicht zu empfehlen ist Für den Gebrauch als Mund- und Gurgelwasser aber dürfte es wegen des Vorhandenseins vieler Aluminiumsalze (z. B. Aluminiumchlorid), welche sich darin bilden, Bedenken erregen.

Ich möchte nun die Aerzte auf ein neues, von Dr. Arndts in Paderborn hergestelltes und seit einem halben Jahr in den Handel gebrachtes Präparat aufmerksam machen. In dem Verfahren des Dr. Arndts werden die Mineralsäuren des sogen. medicinischen Wasserstoffsuperoxyds durch Baryumsuperoxyd und Silbersulfat entfernt. Es bilden sich alsdann Baryumsulfat und Chlorsilber, die vollständig unlöslich sind und abfiltriert werden. Zu dem so entstandenen reinen dreiprozentigen Wasserstoffsuperoxyd werden dann im Verhältnis von 1 : 60000 Körper aus der Klasse der Gerbsäure zugesetzt, die das Wasserstoffsuperoxyd vollständig haltbar machen. Diese Substanzen sind für den menschlichen Körper nicht allein vollständig unschädlich, sondern haben durch ihre adstringierende, das Zahnfleisch festigende Wirkung für den Gebrauch des Wasserstoffsuperoxyds als Mundwasser noch einen gewissen Vorzug, weshalb ja auch die besten Mundwässer Zusätze von tanninhaltigen Drogen enthalten. Die Möglichkeit einer nachteiligen Wirkung ist also selbst bei unvorsichtigstem Gebrauch absolut auszuschließen.

Das von Dr. Arndts hergestellte Wasserstoffsuperoxyd wird ohne Zusatz von ätherischen Oelen etc. in den Handel gebracht und eignet sich deshalb, sofern nicht eine höhere Konzentration verlangt wird, zu allen medicinischen Zwecken.

Infolge des geringen Tanningehalts verlangsamt sich etwas die Zersetzung der Superoxydmoleküle, wodurch die Wirkung um so nachhaltiger wird. Das genannte Wasserstoffsuperoxyd ist meines Wissens das weitaus billigste aller säurefreien Präparate dieser Art und dürfte auch in der Qualität von keinem anderen Präparat dieser Art erreicht werden.

Zur Behandlung von Beinbrüchen in einer neuen Beinschiene.

D. R. P. 135172, 135173 etc. und Auslandpatente.

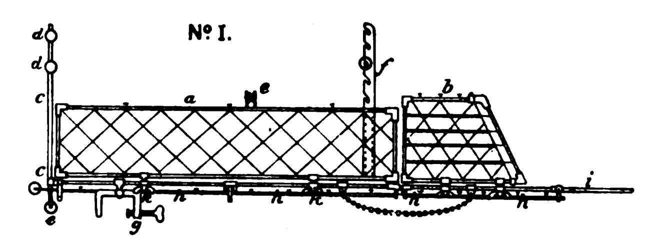
Von **Dr. Emge**, Hohentengen (Württemberg).

Eine von mir konstruierte Beinschiene ist auf die Bedürfnisse des Arztes in Stadt und Land zugeschnitten, welchem die reichen Hilfsmittel von Kliniken und großen Spitälern nicht zur Verfügung stehen.

Die neue Beinschiene besteht in der Hauptsache aus dem Boden und den verstellbaren Seitenwänden. Der Boden ist ein mit auslösbaren Gurten überspannter Eisenrahmen, zweiteilig für Unter- und Oberschenkel. Am hinteren Ende des Ober- und Unterschenkelteils sind die Rollen für den Gegenzug eingelassen; das vordere Ende des Unterschenkelteils trägt den nach rechts und links verschiebbaren Rollenständer mit verschieblichen Rollen zur Aufnahme der Extensionszüge.

Zur Aufnahme der Gegenzüge dient eine unter dem Niveau des Schienenbodens befindliche mehrteilige Rolle. Die Zugvorrichtung und der Verlauf der Züge sind aus Abb. 4 leicht ersichtlich. Nahe dem vorderen Ende ist eine drehbare Zwinge in den Schienenboden eingelassen, womit die Schiene am unteren Bettrand festgeschraubt wird. Am hinteren Ende des Oberschenkelteils kann die mit breitem Gurt versehene Beckenstütze je nach Bedarf rechts oder links eingeschraubt werden.

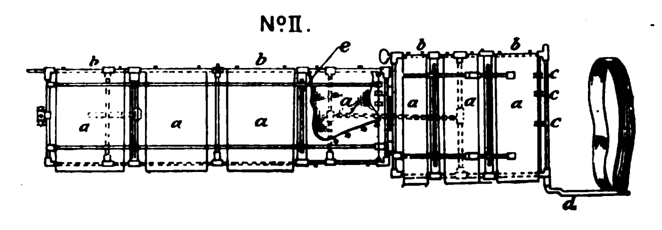
Die Seitenwände bewegen sich in Stahlschlitzen hin und her und werden in gewünschter Stellung mittels Schrauben an der Unterseite des Bodens festgezogen. Die Seitenwände klappen nur nach außen um, in senkrechter Stellung werden sie durch



kleine Gurten miteinander verknüpft und dadurch festgehalten. Die Seitenwände des Oberschenkelteils sind ein- und ausziehbar, so daß die Schiene für rechtes und linkes Bein benutzt werden kann.

Praktisch gestaltet sich die Behandlung der Beinbrüche folgendermaßen:

Die Schiene wird mittels Zwinge am unteren Bettende befestigt. Die Seitenwände werden in den Schlitzen genügend weit voneinander entfernt und umgeklappt. Das Bein wird eingerichtet — Oberschenkel am besten in Narkose —, mit Heftpflaster nebst Zugschnüren versehen und auf den mit Watte gut gepolsterten Boden der Schiene gelegt. Hierauf werden die Seitenwände senkrecht gestellt, gegen das gepolsterte Bein angedrückt, mittels der an der Unterseite der Schienen ange-

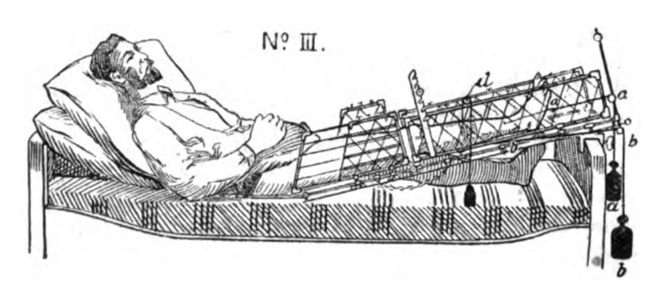


brachten Schrauben fixiert und in senkrechter Stellung durch kleine Gurten miteinander verknüpft.

Bei Unterschenkel-Brüchen, auch doppelten Knöchelbrüchen, werden die Heftpflasterstreifen an der Außen- und Innenseite des Beines angelegt und die Zugschnüre über die Rollen des vorderen Rollenständers geführt. Der Zug kann in solcher Richtung nach vorn und oben geführt werden, daß die Ferse nur leicht aufliegt. Am besten eignet sich für die Züge das amerikanische Heftpflaster. Dasselbe klebt an der mit Benzin gereinigten Haut so gut, daß keine zirkulären Bindeneinwicklungen nötig sind. Das gebrochene Bein liegt, auf diese Weise nur mit den Heftpflasterstreifen versehen, ohne irgend eine zirkuläre Einengung zwischen den Seitenwänden. Fünf bis acht Tage nach dem Unfall beginnen die passiven Bewegungen und die Massage des Beines praktisch in folgender Weise:

Die Seitenwände werden nach außen umgeklappt und die Zuggewichte abgehängt. Die linke Hand wird unter die Ferse geschoben, die rechte umgreift den Fußrücken. Nun wird der Unterschenkel am Fuße möglichst stark extendiert und zwei bis dreimal der Fuß im Fußgelenk kräftig gebeugt und gestreckt. So alle drei bis vier Tage. Das Bein wird dann wieder auf sein Lager gelegt, die Seitenwände hochgestellt und die Zuggewichte werden angehängt.

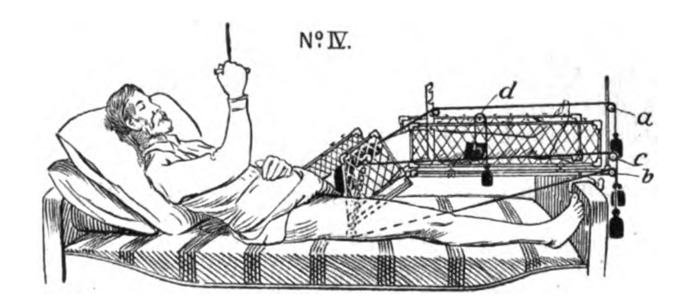
Verschiebt sich ein Bruchende nach irgend einer Richtung, so genügt ein leichter Druck, um es in seine richtige Lage zu bringen und das Einschieben eines Wattebausches zwischen



Seitenwand und Bein oder unter das Bein, um das Bruchstück in seiner Lage zu erhalten. Ein Querzug wurde bei Unterschenkelfrakturen nie benützt.

Bei einer Fraktur des oberen Tibia-Endes konnte das aufwärtsstehende obere kleine Bruchstück leicht in richtiger Lage gehalten werden, nachdem neben der Unterschenkelmuskulatur noch der Quadriceps cruris durch Heftpflasterstreifen an der Vorderseite des Oberschenkels entspannt war. In der fünften bis sechsten Woche lasse ich die Patienten die ersten Gehversuche machen und täglich mehrmals das Bein im Knie- und Fußgelenk beugen. Die Verletzten tragen bei den Gehversuchen nur einen über die Knöchel reichenden Schnürschuh.

Gebrochene Oberschenkel werden am besten zuerst in gestreckter Schiene behandelt wie Unterschenkelbrüche. Das eine Extensionsheftpflaster bedeckt die hintere, das andere die



vordere und äußere Seite des Oberschenkels; die Zugschnüre werden an den rechts und links vom Kniegelenk befindlichen Enden des vorderen und hinteren Heftpflasters befestigt (vier Schnüre) und laufen über die Rollen des vorderen Rollenständers. Der Verlauf der Extension bei gebeugtem Knie ist aus Abb. IVa ersichtlich. Bei tief (nach dem Kniegelenk) sitzenden Frakturen empfiehlt sich noch eine weitere Entspannung durch am Unterschenkel angelegte Heftpflasterzüge.

Um bei dem typischen Oberschenkelbruch der Aus- und Aufwärtsstellung und Auswärtsrotation des oberen Bruchstückes entgegenwirken zu können, umgreift ein breiter Heftpflasterstreifen das obere Bruchstück von hinten, außen und vorn. Die Schnur dieses Zuges geht nach innen und hinten über eine der am hinteren Ende der Schiene angebrachten Rollen, an der Unterseite der Schiene entlang zur untersten Rolle des vorderen Rollenständers, wo das Gewicht (IVb) mit dem des Zuges (IVa) frei vor dem Bettende herabhängt. Auf das obere Bruchstück kann man noch einen weiteren Querzug wirken lassen, dessen Verlauf aus Abb. IVc ersichtlich ist.

Etwa sechs bis acht Tage nach dem Unfall Beginn der Massage und der passiven Bewegungen; unter möglichst starker Extension des Oberschenkels, Beugen und Strecken des Oberschenkels im Hüftgelenk und Beugen und Strecken des Unterschenkels im Kniegelenk. So alle drei bis vier Tage.

Die Größe der Gewichtsbelastung hängt natürlich von der Stärke der Muskulatur des gebrochenen Beines ab.

Um Ueberdehnungen und Ernährungsstörungen von Muskeln und Bändern entgegenzuwirken, sollte kein Zug — einerlei ob stark oder schwach belastet, ob in Längs- oder Querrichtung des Beines wirkend — tage- und wochenlang unausgesetzt auf den Muskel einwirken. Ich lasse alle Gewichte für die Längszüge und den Querzug täglich zwei bis drei Stunden abhängen.

Es sei gestattet, einige Resultate von derartig behandelten Beinbrüchen anzuführen, und zwar betrachte ich als ausschlaggebend die Begutachtungen seitens der Berufsgenossenschaften:

1. W. P. aus B. Kräftiger Taglöhner, 50 Jahre. Doppelter Knöchelbruch rechts.
Arbeitsunfähig: 29. April bis 22. Juli 1902.
Resultat: Fuß frei beweglich, wie vorher.
Rente: 30% bis 1. Januar 1903. Von da keine. Auf Berufung vom Schiedsgericht 10% bis 1. Januar 1904, weil die Knöchelgegend nach schwerer Arbeit noch anschwoll.

2. M. M. aus B. Sehr kräftig, 30 Jahre. Doppelter Knöchelbruch rechts.
Arbeitsunfähig: 1. August bis 29. September 1902.
Rente: ca. 2 Jahre 20%. Fußgelenk frei beweglich.

3. J. G. aus E. 27 Jahre, sehr kräftig. Komplizierter Splitterbruch der tibia und fibula, etwa 10 cm oberhalb des Knöchels.
Arbeitsunfähig: 3. Oktober bis 20. Dezember.
Rente: 1 Jahr 20%.
Keine Verkürzung.

4. St. M. aus V. 25 Jahre. Querbruch der tibia.
Arbeitsunfähig: 27. Juli bis 24. September 1902.
Rente: 1/4 Jahr 20%.
Keine Verkürzung.

5. R. Th. aus Oe. 18 Jahre alt, sehr kräftig. Bruch der tibia, etwa 10 cm unterhalb des Kniegelenkes mit Luxation der fibula. Starker Erguß im Kniegelenk
Arbeitsunfähig: 14. Dezember 1904 bis 17. Februar 1905.
Resultat: Frei bewegliches Knie. Keine Verkürzung.
Rente: Keine.

6. Br. J. aus V. 55 Jahre. Komplizierter Splitterbruch der tibia.
Arbeitsunfähig: 18. Juli bis 30. September.
Gang und Arbeitsfähigkeit wie früher.

7. St. A. aus V. Sehr kräftig, 20 Jahre. Querbruch der tibia.
Arbeitsunfähig: 1. Mai bis 3. Juli 1902.
Resultat: Keine Verkürzung.
Rente: 1/4 Jahr 20%.

8. G. J. aus U. 40 Jahre, kräftig. Bruch des rechten Oberschenkels am 26. April.
Gehfähig: 8. Juni 1901. Keine Verkürzung.
Rente: 40% bis 1. Mai 1902, 30% bis 1. Oktober 1902, 10% bis 1. Januar 1904.

Ich darf wohl zum Schluß auf die Vorzüge der eben geschilderten Beinschiene aufmerksam machen.

Die Schiene macht den Arzt unabhängig von der Lagerstätte des Patienten. Sie bildet gleichsam ein besonderes Bett für das gebrochene Bein. Sie läßt sich für jedes Bein, ob rechts oder links, dick oder dünn, gleich genau einstellen und macht dadurch jeden zirkulären Verband aus Gips und dergl. überflüssig. Sie bietet ferner die Möglichkeit, sämtliche Züge, Gegen- und Querzüge an der Schiene selbst anzubringen und gestattet dadurch dem Kranken Bewegungen auf seiner Lagerstätte auszuführen, ohne daß man eine Lageveränderung des gebrochenen Beines zu befürchten braucht. Der Arzt kann jeden Bruch sofort nach dem Unfall einrichten, ohne weiteres die Beschaffenheit des Bruches oder etwa vorhandener Wunden kontrollieren und ohne Assistenz verschobene Bruchstücke in die richtige Lage bringen. Durch die leicht ermöglichte frühe Massage und passive Bewegung wird die Heilungsdauer abgekürzt und die Nachbehandlung überflüssig.

Periodische Literatur.

Die allgemeine Therapie der Geschlechtskrankheiten. Von Joseph, Berlin. (Deutsche med. W. Nr. 25.)

Für die akute Gonorrhoe ist zunächst die antiseptische Behandlung zu empfehlen mit Protargol- (1/4% bis 1%) oder Albarginlösung (0,1 bis 0,3%). Wichtig ist die Anwendungsweise. Die Spritze soll einen konischen Hartgummiansatz haben und 10 bis 15 ccm enthalten. Nachdem der Patient reichlich uriniert hat, spült er die Harnröhre mit einer Spritze voll warmen Wassers aus und injiziert dann das Medikament; prolongierte Injektionen ein oder mehrere Male am Tage, wobei die gonokokkentötende Flüssigkeit etwa eine halbe Stunde in der Harnröhre bleibt, event. auch dreimal hintereinander je zehn Minuten, sind am besten. Neben den Injektionen kann man Balsamica nehmen lassen, Sandelholzöl, Kawa-Kawa, Gonosan, Santyl. Die Anwendung des Protargols oder Albargins soll dauern, bis die Gonokokken geschwunden sind, worüber nur eine mehrmalige mikroskopische Untersuchung entscheiden kann. Ist das der Fall, dann kann die adstringierende Therapie beginnen mit Kalium hypermanganicum, beginnend mit 0,01:200,0 und steigend mit Zunahme der Epithelien im Sekret auf 0,02:200,0 eventl. bis 0,1:200,0; schließlich wenn der epitheliale Charakter des Ausflusses ganz in den Vordergrund getreten ist, können noch ein bis zwei Flaschen Wismut (Sol. Magist. Bismut. 3,0—5,0:200,0) gebraucht werden. Hiermit wird man in einer großen Zahl von Fällen in drei bis vier Wochen Heilung erzielen.

Kommt es zur Entwicklung einer Gonorrhoea acuta posterior, so ist mit jeder Injektionstherapie aufzuhören; dann treten zur Linderung der subjektiven Beschwerden die Balsamica in Kraft, neben eventueller Ruhe, Milchdiät, warmen Umschlägen auf das Abdomen. Bei sehr heftigem Harndrang empfiehlt sich neben Darreichung von Salol (dreimal täglich 1 g) Trinken von Tee (Fol. Uvae Ursi); bei fortdauernden Beschwerden muß Morphium verordnet werden. Bei den subakuten Formen hinterer Gonorrhoe versucht man Bespülung der hinteren Harnröhre; dazu versieht man die große Janetsche Handspritze mit einem kleinen spitzen oder konischen Gummiansatz, reinigt mit 100,0 bis 200,0 der Spülflüssigkeit die vordere Harnröhre, alsdann überwindet man unter Steigerung des Druckes den Widerstand des M. compressor und bringt noch 100 bis 200 g der Spülflüssigkeit in die hintere Harnröhre und die Blase; sobald der Patient Urindrang verspürt, entleert er die Flüssigkeit. Diese Prozedur muß täglich wiederholt werden. Die Art des zu injizierenden Medikaments hängt von dem mikroskopischen Befund ab; sind noch Gonokokken vorhanden, wählt Verf. das Albargin (1:1000), sonst Kali hypermanganic.

Bleibt trotzdem die zweite Urinportion besonders morgens trübe, weicht der Morgentropfen nicht der Behandlung, so ist mit Sicherheit eine Komplikation von seiten der Prostata anzunehmen. Bei akut entzündlichen Erscheinungen der Prostatitis ist jede lokale Therapie zu unterlassen; zur Erleichterung verordnet man Suppositorien mit Morphium 0,015, Ammon. sulfo-ichthyol. 0,5, Kal. jodat. 0,5 und kalte oder warme Umschläge auf das Perineum; bei Abszeßbildung in der Prostata ist vom Mastdarm aus zu punktieren. Kommt es zur chronischen Prostatitis, so sind Prostatamassage mit nachfolgenden Spülungen der Harnröhre mit Argent. nitrium 1:4000 bis 1:2000 oder Kali hypermangan. je nach dem Gonokokkenbefund vorzunehmen. Bisweilen bleibt nach Heilung der Prostatis und der Gonorrhoea posterior noch der Rest einer Urethritis anterior chronica zurück; hier richtet sich die Therapie nach dem endoskopischen Befund; bei weichem Infiltrat bleibt nur die lang fortzusetzende Bougiebehandlung übrig.

Die Behandlung des Ulcus molle erstrebt, dasselbe so früh wie möglich von einem virulenten zu einem avirulenten zu machen. Dazu bewährt sich am besten die lokale Aetzung mit Acid. carbol. liquefact; dies ist alle ein bis zwei Tage zu wiederholen, bis meist nach drei- bis viermaliger Aetzung sich eine gut granulierende Wunde zeigt; alsdann wird mit Streupulvern behandelt, Jodoform. Bismut. subgallicum, Airol, Europhen, Aristol. Kommt es zur Entwicklung eines Bubo, so ist die Biersche Stauung zu empfehlen.

Was die Behandlung der Syphilis betrifft, so hat man von einer Abortivbehandlung durch Exzision des primären Ulcus noch

keine sicheren Erfolge gesehen; vielleicht mag hier die Holländersche Heißluftbehandlung einen Fortschritt zu bringen. Was die Frage der exspektativen oder präventiven Therapie betrifft, so empfiehlt es sich wohl, bei Nachweis der Spirochaete pallida im Ulcus die Allgemeinbehandlung sofort einzuleiten; gelingt das nicht, so kann man immerhin im sogenannten zweiten Inkubationsstadium nach Abheilung des Primäraffekts bis zum Auftreten der Roseola lokale Einreibungen von grauer Salbe auf die dem Primäraffekt benachbarten Drüsen vornehmen. Bezüglich der Anwendungsweise des Quecksilbers empfiehlt Verf. einen Mittelweg. Der Patient soll in den ersten zwei Jahren gründlichst behandelt werden und während dieser Zeit vier Kuren machen, zwei Einreibungs-, zwei Injektionskuren. Die erste Kur, sobald das Exanthem deutlich zum Vorschein gekommen ist, ist am besten eine Innunktionskur: zehn Einreibungen à 3,0 der offizinellen grauen Salbe, dann zehn à 4,0 und schließlich zehn à 5,0; die Salbe soll eine halbe Stunde lang. eventuell durch einen Masseur eingerieben werden. Statt der offizinellen Salbe kann man auch andere Konstituentien, Resorbien, Vasenol, Mitin gebrauchen, die Verteilung des Quecksilbers muß nur eine gleichmäßig feine sein: auch die Quecksilberseifen (Sapolentum hydrargyri Goerner und Quecksilbervelopural) entfalten die gleiche Wirksamkeit. Während der Kur ist sorgfältige Mundpflege erforderlich, dreimal täglich Zähne reinigen mit Schlemmkreide, Kalichlorikumpaste oder Saluferinzahnpaste, häufige Spülungen mit Alaun, Kal. chloric., Wasserstoffsuperoxyd. Nach Beendigung der ersten Kur tritt eine Erholungspause ein, die je nach Verhältnissen zu Hause, an der See, im Gebirge zugebracht werden kann. Kommen bis zur nächsten Kur spezifische Symptome zur Erscheinung, so ist zunächst lokale Therapie zu versuchen, bei nässenden Papeln Kalomelaufpuderungen, bei Infiltrationsprozessen Quecksilberpflastermull, bei Plaques Pinselungen mit 10% Chromsäure und Aetzungen mit Höllenstein oder Sublimatapplikation (Sublimat. 1,0, Spiritus Aether sulf. aa ad 100,0). Wird damit Besserung nicht erzielt, so gibt man Quecksilberpillen: Hydrargyr. tannic. oxydulat. 0,1, Boli alb. 3,0, Glyzerin q. s. f. pil. Nr. 30, dreimal täglich eine Pille oder Sublimat 0,25, Bol. alb. 5,0, Ungt. Glyzerin q. s. f. pil. Nr. 50, zweimal täglich eine Pille oder das unter dem Namen Mergal in den Handel gebrachte Quecksilberoxydsalz der Cholsäure. Immer sollen diese nur als Aushilfsmittel bis zur nächsten größeren Kur dienen. Für diese wählt man Injektionen, entweder löslicher Quecksilbersalze (Sublimat 1,0, Natr. chlorat. 10,0 aq. ad 100,0, davon jeden Tag eine intramuskuläre Injektion in die Nates, eine Pravazspritze, im ganzen 30 Injektionen) oder unlösliche Salze; von diesen empfiehlt Verf. am meisten das Hydrargyr. salicyl. mit Paraffin liquid. oder Vasenol (1,0:10,0) als Emulgens; von Vasenol. Hydrargyr. salicyl. steril. 10% kommen Originalfläschchen zu 15 g in den Handel. Acht bis zehn intramuskuläre Injektionen sind zu einer Kur erforderlich. In der Ruhezeit nach der Kur können systematisch sämtliche palpable Lymphdrüsen lokal mit grauer Salbe behandelt werden. Die dritte Kur nach einem weiteren halben Jahr kann wieder eine Injektionskur sein, die vierte endlich nochmals eine Einreibekur. Neben dem Quecksilber ist das Jod ein glänzendes Spezifikum gegen die Lues; im allgemeinen ist dasselbe erst etwa ein Jahr nach der Infektion zu geben; am besten ist Jodkalium (Kal. jodat. 10,0, Extr. Belladon. 0,1, Aq. ad 200,0, davon dreimal täglich 1 Teel. steigend auf dreimal 1 Eßl.); ersetzen kann man es durch Jodrubidium (10,0:200,0). Gut verträglich sind Jodipin und Sajodin; doch ist bei deren Anwendung zu bedenken, daß sie viel weniger Jod enthalten. Bei schweren gummösen Krankheitsprozessen empfiehlt sich die Kombination von Quecksilber und Jod nach Ricord. Hydrargyr. bijod. 0,1 bis 0,2, Kal. jodat. 10,0, Ap. ad 200,0, dreimal täglich 1 Eßl. Wird Jod in keiner der Kombinationen vertragen, so kann man eventuell bei schweren gummösen Erscheinungen der Haut oder inneren Organe die Zittmann-Kur anwenden, die aber nach der exakten Vorschrift ausgeführt werden muß. Spezifische Bäder bei Lues, Schwefel-, Jodbäder gibt es nicht, dieselben können nur unterstützend zur Anregung des Stoffwechsels dienen.

Die Behandlung der hereditären Syphilis richtet sich im wesentlichen nach den gleichen Prinzipien; zunächst kann man versuchen, mit innerlicher Verabreichung von Quecksilber auszukommen; statt des Kalomel ist besonders das Protojoduret. Hydrargyrie empfehlenswert: Protojoduret. Hydrargyr. 0,1, Sacch. 0,5, f. pulv. Nr. 10. Das Pulver wird in Milch gegeben und gut vertragen; die Dauer der Medikation hängt von der Schwere des Krankheitsbildes ab. Zur Inunktionskur werden kleinere Dosen verwandt, beginnend mit 0,5 und steigend bis 1,0 oder 2,0. Zur Injektionskur empfiehlt sich die Lösung: Hydrargyr. bichlor. 0,2, Natr. chlor. 0,2, Aq. ad 10,0, davon wöchentlich einmal 1/10 ccm, drei bis vier Injektionen in die Hinterbacke sind meist ausreichend. Zur Unterstützung der Behandlung sind tägliche Sublimatbäder (1 Angersche Pastille auf 20 l Wasser) empfehlenswert. Jod wird am besten gereicht als: Sirup ferri jodat 5,0, Sir. simpl. 25,0, dreimal täglich 1 Teelöffel. Wünschenswert ist es auch, bei der Lues hereditaria nicht mit einer einmaligen Kur die Behandlung abzubrechen, sondern in halbjährigen Zwischenräumen vier bis fünf Kuren vorzunehmen.

Neuere Arzneimittel.

Jodofan. Fabrikant: Chemisches Institut Dr. Horowitz, Berlin. Ueber „Neuere Erfahrungen mit Jodofan" berichtet Dr. J. Rosner, Wien, in der Oesterreichischen Aerzte-Zeitung, 1907, Nr. 14 etwa folgendes:

Die glänzende Prognose, die man dem Jodofan als Jodoform-Ersatzmittel auf Grund seiner von bakteriologischer und von klinischer Seite gerühmten hohen Leistungsfähigkeit stellen konnte, erweist sich in der Praxis als zutreffend. Es ist nicht mehr zu bezweifeln, daß Jodofan nicht nur einen Ersatz des Jodoforms darstellt, sondern diesem durch seine auf das Bakterienwachstum geradezu antagonistisch wirkende Kraft (Piorkowski) bei vollkommener Geruch- und Geschmacklosigkeit sowie absoluter Ungiftigkeit und Reizlosigkeit gegenüber Wundfläche, Haut und Schleimhäuten überlegen ist. Die eingehenden Berichte der vorliegenden Arbeit bieten hierzu interessante Beläge.

Praktisch wichtig sind folgende Hinweise bezüglich der Anwendung des Jodofan: Bei jeder Art von sezernierenden Wunden ist Jodofan auf diese selbst nur in sehr dünner Schicht aufzustäuben. Es genügt dies infolge der hohen antibakteriellen Wirkung des Mittels, und ein zu Sekretionsverhaltung führendes Verbacken wird dadurch vermieden. Die Umgebung der Wunden dagegen wird mit dicker Jodofanschicht belegt. Es gelingt dadurch, das Sekret selbst bei stark infektiösen Prozessen unschädlich zu machen und jede Propagation zu verhüten. Den Abschluß bildet ein gewöhnlicher trockener bezw. feuchter Verband, zu dem man vorteilhaft Jodofangaze, die gebrauchsfertig zu beziehen ist, verwendet.

Bei Furunkulose sah Verf. mit diesem Vorgehen überraschend schnelle Heilung der Inzisionswunden. Niemals Kontaktinfektion oder Ekzem! Bemerkenswert ist ein Fall, der bei einer Furunkelattacke durch Jodoformanwendung ein hartnäckiges Ekzem bekommen hatte. Unter Jodofan heilten diesmal die zwei bestehenden Furunkel reizlos in 10 Tagen, während Pat. bei dem ersten Male zwei Monate an immer neu auftretenden Furunkeln zu leiden hatte.

Bei Ulcus molle wurde das Geschwür mit einer dünnen Schicht Jodofanpulvers bestreut, dann wurde, um die Infektion der gegenüberliegenden Hautpartie zu verhüten, eine Wattelage ziemlich dick mit Pulver belegt, wobei darauf geachtet wurde, daß die Partie der Watte, die auf das Geschwür zu liegen kam, frei von Pulver blieb. In allen (8) Fällen überraschend schnelle Heilung ohne jede Komplikation. Nie ein Weitergreifen! Verf. hält Jodofan bei Ulcus „allen anderen Antiseptizis für weitaus überlegen".

Gegen Impetigo contagiosa erwies sich eine Jodofanzinksalbe (Jodofan., Zinc. oxyd. aa 2,0 Vasel. flav. 10,0) und Jodofanstreupulver (Jodofan., Zinc. oxyd. aa 5,0, Talc. 10,0) als eminent wirksam. Die durch Oel von Borken befreiten Hautstellen wurden mit der Salbe bedeckt, die freie Haut dagegen schon mit einer dickeren Lage des Jodofanstreupulvers belegt; darüber hydrophiler Verband. Heilung in 6 bis 8 Tagen.

Schnitt- und Rißwunden bilden ein ausgezeichnetes Gebiet für Jodofan, meist war nach dem ersten Jodofanverband die Wunde vollständig gereinigt und heilte anstandslos aus.

Große Vorteile bietet nach Verf. die geschilderte Jodofanmethode bei den „Ulzerationen, die sich zwischen den Analfalten, in den Achselhöhlen, in der Haut zwischen Penis und Skrotum und diesem und den Oberschenkeln, in den Hautfalten zwischen Brustdrüse und Brustwand entwickeln". Der Kontaktinfektion tritt das Jodofan hier wirksam entgegen und erzielt so raschere Heilung.

Fachliste geschützter Erfindungen.

Herausgegeben von der Firma Heinrich Brust, Verbands-Patent-Bureau, Kassel, Hohenzollernstr. 43. Fernruf 3186. Amerikanischer Patentanwalt. Den Abonnenten dieser Zeitschrift wird Rat und Auskunft in allen Patentangelegenheiten kostenlos erteilt.

Patenterteilungen.

30f. Pneumatischer Vibrationsmassageapparat mit Kolbenpumpwerk und einem mit dem Kolben verbundenen Luftausgleichrohr. Dr. Friedrich Krauß, Weißer Hirsch bei Dresden.

Gebrauchsmuster.

30a. Doppelprisma mit gegeneinander geneigten Flächen zur Erzielung stereoskopischer Bilder in Körperhöhlen. Georg Haertel, Breslau, Albrechtstr. 42.

30a. Kompressorium für Blutungen bei Hebeotomie (Durchtrennung des knöchernen Beckens). Georg Haertel, Breslau, Albrechtstr. 42.

30b. Winkelstück für zahnärztliche Zwecke, mit schwingendem Werkzeughalter, der mittels Fingerdrucks und auch mittels eines Kurvenstückes bewegt werden kann. Weber & Hampe, Berlin.

30d. Verband mit Draht im Gewebe. Fa. Paul Hartmann, Berlin.

30d. Suspensorium, aus einem Stück gearbeitet, mit Gonorrhötasche. Albert Bergte, Kottbus.

30e. Krankenbett, dessen Matratze aus drei durch Scharniere verbundenen, durch Hebel zueinander verstellbaren Teilen besteht. Josef Hetzenecker und Anton Gnadl, Altötting.

30e. Scheintotenmeldeapparat. August Schnepf, Ettlingen.

30e. Zange zum Versenken von Kindersärgen. Franz Xaver Menndorfner, Köln-Deutz, Rolshoferkirchweg 103.

30k. Klistierspritze mit Ansatz aus Glas, mit angeschliffener Kanüle. Fa. Ludwig Bertram, Hannover.

30k. Geschliffener Glaskolben für chirurgische Spritzen, mit zum Teil eingeschraubter, nicht gläserner Kolbenstange. H. Schmidtsche Waldwollwaren-Fabrik, Remda.

30k. Naseneinatmungsrohr. Benno Liebenthal, Berlin, Genthinerstr. 20.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz Berlin N. 4. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Nr. 42. 1907. 16. Dezember.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Redaktion:
Berlin N. 4, Kesselstrasse 11
Dr. H. Lungwitz.



Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823

Inhalt.

Das Nasenbluten,

eine historische Studie.

Von Dr. **Carl Kassel,** Spezialarzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten in Posen.

Beim Studium der medicinischen Klassiker lohnt es sich, einzelne klinische Fragen für sich zu verfolgen, um an ihnen zu erkennen, wie schon die ältesten Aerzte auf Grund ihrer Beobachtungen die kleinsten Erscheinungen am kranken Menschen in dem Zusammenhange mit dem Ganzen zu bewerten verstanden. Interessant wäre eine historische Monographie über das Nasenbluten, dickleibig freilich und stellenweise mit kleinlichen therapeutischen Kontroversen angefüllt, aber beweisend, daß die Grundzüge unserer Klinik in dieser Frage auf die Aeltesten unserer Altvorderen zurückgehen.

Sehen wir ganz ab von der Hippokratischen Lehre der Hämorrhagie überhaupt, deren Konsequenz für das Nasenbluten dahin formuliert werden kann, daß dieses — außer bei rein traumatischer Aetiologie — nur als Symptom irgend welcher anderen Erkrankung anzusehen ist, so finden wir bei jenem Schöpfer ärztlicher Wissenschaft Beobachtungen in naivster Form, deren jede auch bei dem modernen Kommentator die Freude am Vergleich zwischen Einst und Jetzt erregt und wachhält.

Die kritische Bedeutung, welche Hippokrates dem Nasenbluten beilegte, stützt sich u. a. auf seine Beobachtung von Fällen, in welchen dem Blutergusse aus der Nase häufig Schwindel, Genickschmerzen, Schläfen- und Herzdruck, Nachlassen der Sehschärfe vorangingen. Er beschreibt eine Anzahl von Epistaxis als vikariierende Erscheinung bei menstruellen Störungen und beim Ausbleiben hämorrhoidaler Blutungen. Und erinnert nicht die Venäsektion bei Lungenschwindsucht, welche bis vor nicht allzulanger Zeit eine gewisse Rolle spielte, an die Beobachtung des Hippokratiker, daß das Nasenbluten die Schwindsucht aufhalte und prophylaktisch wirke?

Auf die kritische Bedeutung des Nasenblutens stützt sich der lange Streit, ob es überhaupt und in welchen Fällen unterdrückt werden darf, bis Galen, welcher im übrigen die therapeutischen Lehren des Hippokratiker annimmt, den Satz aufstellt, daß in jedem Falle eine lokale Behandlung notwendig, da das Blut der wertvollste Saft zur Erhaltung des Menschen ist.

Wir finden bei ihm die Krisenlehre seines großen Vorgängers ausgebaut. Ihm war das rechtsseitige Nasenbluten bei der Lebercirrhose wohl bekannt, wogegen bei Erkrankungen der Milz sich das Blut aus der linken Nasenhöhle entleert, um eine kritische Aenderung in das Krankheitsbild aller hitzigen und scharfen Entzündungen der Bauchseitenweichen zu bringen.

Der klinischen Auffassung entspricht auch die Bewertung der allgemeinen Therapie, deren Ziel dahin ging, die Zusammensetzung, die Menge und die Strömung des Blutes abzuändern. Im übrigen sollte auch das lokal zu applizierende Heilmittel hierauf wirken, außerdem aber die Wunde abkühlen und verkleben.

Aderlaß, Schröpfköpfe, Einreibungen, Abschnürungen und kalte Uebergießungen finden wir schon bei Hippokrates und Galen und nach ihnen Jahrhunderte lang bei späteren Aerzten mit ungezählten Variationen. Galen empfiehlt in jedem Falle von noch so starkem Nasenbluten Aderlaß in der Ellenbogenbeuge. Bei vikariierendem Nasenbluten wurde später der Aderlaß am Fußknöchel bevorzugt. Die Schröpfköpfe mit vorheriger Skarifikation ließ er gern in der Herzgegend setzen, während er bei vikariierendem Nasenbluten infolge Aussetzens hämorrhoidaler Blutung die Lebergegend wählte, ohne jedoch vorher Skarifikationen zu machen.

Um den Blutandrang herabzusetzen, untersagte er körperliche und geistige Anstrengung sowie jegliche Aufregung. Deshalb mußte der Kranke im Dunkeln liegen und vor allem das rote Licht meiden. Auch mußte er kühl gehalten werden.

Die größte Sorgfalt verwandte schon Hippokrates auf die Wahl der Nahrung: diese sollte kalt (abkühlend), leicht verdaulich und zusammenziehend sein. Der Kranke mußte Zunge und Kiefern nach Möglichkeit ruhig stellen, um die Wiederkehr der Blutung zu verhindern. Deshalb verordnete er eine ohne jede Mühe zu verzehrende Kost: Kraftmehl mit Hammelfußsuppe, gereinigte Gerste, Gerstenschleim mit Rosenwasser. Wein durfte nur ganz schwachen Patienten gereicht werden und zwar nur ganz junger und reichlich mit Wasser vermischt. Durch die Nahrung durfte das Blut nicht vermehrt und nicht scharf gemacht werden. Pfeffer und andere Gewürze waren daher verboten.

Von den bei Nasenbluten angewandten lokalen Blutstillmitteln sei nur ein Rezept Galens erwähnt, welchem wir in späteren Jahrhunderten immer wieder begegnen:

Turis p. j.
Aloës p. dimidiam.

Redige in pollinem et ovi candido misce ac subige ad mellis crassitudinem. — Deinde mollissimis pilis leporinis excipe et osculo vasis totique vulneri liberaliter impone.

Eben diese Mischung unter Weglassung der Hasenhaare läßt Galen auf Leinwand streichen und so außen auf die Nase legen.

Den Grundsätzen von Hippokrates und Galen begegnen wir später immer wieder. Wohl mehrt sich im Laufe der Jahrhunderte der Arzneischatz, in welchem wir den wunderlichsten Dingen begegnen (Eselsmist, frisch und gebrannt, im Notfalle hierfür auch Schweinekot, Muschelfleisch, frisch und gebrannt, Saft, ausgepreßt aus dem Pferdeschwanz, Schlangenblut u. s. f.), aber die Heilprinzipien bleiben die alten: Affluxum sanguinis probibentia.

a. Diaeta, b. Chirurgia, c. Pharmacia.

Die Pharmacie wiederum unterschied die medicament

refrigerantia totum corpus (kaltes Wasser, verschiedene Syrupe) und die refrigeratio partis affectae. — —

Es ist nicht wunderbar, daß auf Grund der kritischen Bedeutung, welche schon Hippokrates und seine Nachfolger dem Nasenbluten bei Fiebern, Kopfschmerzen usw. gaben, dieses bald auch als therapeutisches Hilfsmittel zu Rate gezogen wurde. Empfiehlt doch schon Hippokrates bei Rheumatismus, daß Patient sich mit Wein betrinken soll, bis ihm das Blut aus der Nase hervorbricht!

Um nur einen kleinen Ausschnitt aus diesem Kapitel anzuführen, sei hier der *Κεφαλεια* Erwähnung getan, welche Hippokrates und natürlich auch Galen ausführlich beschreibt. Bei Celsus*) finden wir das klinische Bild bedeutend vereinfacht zwar, aber dafür auch verschlechtert: „Es entsteht am Kopfe bisweilen eine hitzige, sehr verderbliche Krankheit, welche die Griechen *Κεφαλεια* nennen. Sie gibt sich zu erkennen durch heftigen Schauer, Lähmungen, eintretende Schwäche des Gesichtssinnes, Verwirrung des Geistes, so heftiges Erbrechen, daß auch die Stimme unterdrückt wird, oder so starken Blutfluß aus der Nase, daß der Körper erkaltet und Ohnmacht eintritt u. s. f.".

Weder Hippokrates noch Galen noch Celsus erwähnen des Nasenblutens als Therapeuticum. Aber schon Aretaeus von Kappadozien (wohl II. Jahrhundert n. Chr.) führt es in seinen Heilschatz ein.

Er beschreibt die Cephalaea, faßt aber bei der Therapie alle Kopferkrankungen zusammen: „Hoc auxilium Cephalaeae et Epilepsiae et Vertigini, utque summatim loquar, omnibus capitis morbis commune est." Die Venäsektion, Arteriotomie, Laxantien, Schröpfköpfe spielen die wesentlichste Rolle. Aber auch durch die Nase müssen mittels Nießmitteln die schlechten Säfte abgezogen werden. Nach allen diesen hier nur angedeuteten Maßnahmen tritt zur Stärkung des Körpers eine Pause von einem Tage ein und dann wird die Blutableitung durch die Nase angewandt.

Dies geschieht mit einem Instrumente, das Cateiadion oder Storyne genannt wird oder, wenn ein solches nicht zur Hand ist, mit einer Feder, deren Wurzel so abgetragen ist, daß der freie Rand der Pose einer Säge gleicht. Man faßt das Instrument mit beiden Händen, und führt es bis an das Siebbein und ritzt dort mit den Zähnen des Instrumentes ein. Das Blut entleert sich leicht und reichlich, da das Gewebe weich ist. — Andere benutzen zu dieser Skarifikation scharfe Gräser oder trockenes Laub, welche sie mit den Fingern in der Nase herumreiben. — Man entleert 1/4 Sextarius. Die Blutstillung erfolgt dann mit Schwämmen oder durch Einblasen von Alaun, Gallapfel oder Granatäpfelblüten.

Paulus von Aegina (7. Jahrh. n. Chr.) stützt sich auf die Lehre des Aristoteles, daß spontanes Nasenbluten wegen des Größenverhältnisses zwischen Kopf und ganzem Körper etwas Gesundes ist, da im Kopfe der ganze Blutstrom des Körpers zurückströmt (d. h. hier umkehrt). Leichtes Nasenbluten beim Viertagsfieber läßt er unbehandelt. Wo es ausbleibt, bringt er die Nase zum Bluten, begnügt sich dann aber nicht mit geringer Blutung. Nur in schweren Fällen stillt er sie. Neben den sonstigen immer wiederkehrenden Mitteln finden wir bei ihm die Abbindung (deligatura) der Vorhaut empfohlen, welches speziell (particulariter) das Nasenbluten stillen soll.

Im Gegensatz zu Galen, welcher den Kopf bei Epistaxis tief legen läßt, um, wie ein späterer Kommentator sagt, die Blutgefäße des Gehirns (also die Blutquelle) zu verstopfen, läßt Paulus von Aegina den Kopf hoch legen, verbietet das Schnauben, um den Thrombus nicht fortzuspülen. Aus seiner Pharmacie bei Epistaxis seien nur erwähnt: Lampendochttampons, imprägniert mit einer wässerigen Verreibung von Kupfererz. Zu dieser Verreibung kann man auch gebrannte Eierschale, einen halben Gallapfel und indisches Lycium zusetzen. Gebrannten Eselsmist ließ er einblasen oder den Eselsmist auspressen und den ausgepreßten Saft in die Nase träufeln. Ferner ließ er einen Mühlstein erhitzen, Essig darauf gießen, und den Dampf durch die Nase aufziehen. Manna, Weihrauch, Aloe, Eiweiß, Hasenhaar vervollständigten seine Pharmacie. Die Ohren ließ er, wie Galen, zustopfen. Schließlich noch die üblichen chirurgischen Maßnahmen, Schröpfköpfe etc.

*) Ungefähr 20 v. Chr. bis 45 n. Chr.

Als therapeutische Kuriosa seien noch die Verordnungen einiger Aerzte späterer Jahrhunderte erwähnt.

Arnaldus von Villanova war am Ende des 13. Jahrhunderts Professor zu Barcelona und Leibarzt Pedros von Arragonien. Er entstammte der Schule von Montpellier. In der im Jahre 1619 erschienenen Uebersetzung seines Buches „Conservator sanitatis" ist zu lesen:

Für das Nasenbluten.

Nimb weissen gebrandten Victriol / blase den durch ein Federkiel in die Nasen / das Blut verstehet alsbald / und ist ein Experiment für alles Bluten am Leibe.

Ein Zäpfflein von Leinwandt gemacht / in Täschelkrautsaft genetzt und in die Nase gesteckt / verstellet das Blut.

Item / Esel oder Sawdreck / so Graß gefressen haben / mit Essig vermischt / vnnd für die Nase gehalten / stillet das Blut.

Oder einen warmen Sawdreck in ein Tüchlein gebunden / und daran gerochen / hilfft auch.

N. B. Item / Im Mertzen / Aprill oder Meyen nimm Fröschgerick / oder gleich ungefähr ein Nössel oder Viertel / geuß daran frisch wasser / wasche und reibe es wohl darinnen / geuß dann weg / und wäsche es darnach in Weinessig / den geuß auch weg / netze dann in solchem Fröschgerick einen leinen Lappen / quetsche und knete denselben wohl darinnen / hänge ihn dann auf in einer Kammer / da keine Sonne hinscheinet / auch nicht viel Luft hineyn gehet / und laß ihn trucken werden / und wenn die Nase schweisset / da lege ein stück von solchem Lappen über / das Blut verstehet von Stund an.

Ein interessantes Blutstillmittel ist das des Fabricius Hildanus, welcher als Stadtarzt von Bern 1560 bis 1634 lebte und durch die Erfindung des Ohrenspiegels bekannt ist:

Rec. Farin. Volab. Unc. sex.
Sang. Dracon.
Thuris.
Bol. Armen.
Terrae Sigill. ana Unciam semis.
Ranar. Aquat. praepar. Unc. duas.
Musci Dranii humani, Unciam unam.
Pilor. Leporis minutiss. incis. drach. duas.
Pul. Album Ovor Sole Canic. exsiccat. Unciam unam.
Spumae maris.
Spongiae novae torraefactae ana Unciam semis.

Hieraus wird ein subtiles Pulver gemachet und so es nöthig, in die Wunden gestreuet. —

Schließlich sei noch einer Notiz aus einem recht interessanten Buche, Artzney der Reisenden von Dr. Christoph Schorern 1687, Erwähnung getan. In dem Kapitel über Nasenbluten, welches vor allem vollblütige Reisende bei großer Hitze befällt, heißt es:

„Optimum enim refrigerium Venaesectio est" sagt Galenus oder Syrupus de Papavre Erratico (Schnallensaft) 2 Loth, gemischt mit 2 Loth Schnallenwasser und trinke es. — Umschläge von kaltem Wasser um die Stirn. Stirnumschlag mit altem Ofenleim (Lehm?) mit halb Wasser und Essig zu Muß angemacht. — Innerlich Laudanum opiatum. Umschlag mit Pulvis adstringens Galeni, Eiweiß, Rosen- und Wegerichwasser.

In einem Falle half das alles nicht. „Es fiel mir damahlen deß D. Agricola Blutstellung bey, deren er in seiner Chyrurgia fol. 194 gedencket; Und gedachte ich, wann selbiges Experiment natürlich würcken sollte; so müsten nicht eben diejenigen Buchstaben die er meldet, mit des Patienten Blut an die Stirn geschrieben werden, sondern ich netzte ein Tüchlein in seinem Blut und schlugs ihm über die Stirn, in Hoffnung, es solle per sympathicum etwas thun: Aber es half auch nicht."

In jedem Falle, so rät er, soll man bei Nasenbluten einen Medicum holen. Mit den Stirnumschlägen muß man vorsichtig sein, da sie zuweilen schaden. Zu empfehlen seien auch kalte Wasser- oder Essigumschläge um den Hals oder „auf die Gemächt", — oder auch ebensolche heiße Umschläge.

Nach Riverius soll man einige Tropfen Rosenessig ins Ohr gießen.

Diese Skizze macht keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Würde doch schon die Darstellung der Krisenlehre des Hippokratiker und der weitere Ausbau der Beurteilung des Nasenblutens ausgedehnten Raum beanspruchen. Die traumatischen Blutungen, die hierher gehörende Klinik der Nasenbeinbrüche, die ja schon bei Hippokrates behandelt ist, sowie die sonstige Nasenchirurgie ist ganz übergangen.

Ebenso die Prognose, weil diese eine eingehende Besprechung der Diagnostik erfordert. Auch bietet die Pharmacie reichlich Stoff zu vergleichender Besprechung. Ferner geben die bei den Alten beschriebenen Fälle von tödlichem Verlaufe des Nasenblutens denjenigen, welche sich überhaupt für die Geschichte der Medicin interessieren, Anlaß genug, sich mit der Materie zu beschäftigen. — — — (Schluß folgt.)

Grossmanns Kaltwasserfilter.

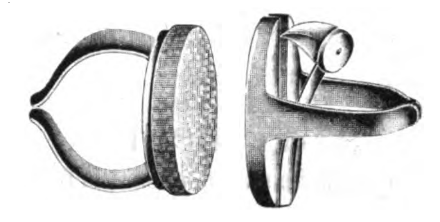
Ein Filter zur Enteisenung und Filtrierung des Wassers kleinerer und größerer Privatwasserleitungen kleiner Städte oder größerer Anstalten etc., welches eine besonders leichte Reinigung der Filter selbst ermöglicht, ist von Großmann konstruiert worden. Dasselbe wird durch eine besondere Konstruktion ausgezeichnet, vermöge deren das Filter selbst durch einen Gegenstrom des Wassers, den man durch Umschalten eines Hahnes sehr leicht erreicht, gereinigt wird von den aus dem Wasser aufgefangenen Schmutzstoffen. Letztere werden von dem Filter durch den Gegenstrom des Wassers aufgewühlt und in ein an dem Filter angebrachtes Bassin gespült, aus welchem sie durch eine Abflußleitung fortgeleitet werden. Ein solches Bassin ist mit mehreren Filtern verbunden und bildet mit letzteren eine Batterie. Je nach der Größe der Wasserleitung wird man eine oder mehrere solcher Batterien nacheinander aufstellen können und man kann die Filteranlage auch jederzeit durch Hinzufügen einer neuen Batterie vergrößern, ohne die ganze Anlage umändern zu müssen. Bei sehr großen Anlagen wird der Gegenstrom allein nicht genügen, um die Schmutzstoffe alle aufzuwühlen. Dann bringt man eine Rühranlage an, welche die auf dem Filter residuierten Stoffe während des Gegenstromes aufrühren. Diese Anlage besteht aus Flügeln, sogen. Rührflügeln, welche an einer Welle befestigt sind. Diese Welle wird von einer Kurbel in Bewegung gesetzt, und es ist nur notwendig, daß der die ganze Anlage beaufsichtigende Mann beim Reinigen der Filter die Kurbel dreht.

Springmanns Milchpumpen und Eitersauger.

Die unter 318444 patentamtlich geschützten, nach dem Hersteller Georg Springmann in Mannheim benannten Milch- und Eitersauger unterscheiden sich von den bestehenden Vorrichtungen zum Absaugen von Milch aus der Mutterbrust oder von Eiter aus Geschwüren lediglich dadurch, daß der an den Glashut angesetzte Gummiball mit einem Luftauslaßventil versehen ist. Es ist bekannt, daß die jetzt gebräuchlichen Milchpumpen und Eitersauger den Nachteil haben, von der Brust oder von dem Geschwür entfernt werden zu müssen, um den Ball zwecks nochmaligen Saugens wieder luftleer machen zu können. Dieses fortdauernde Ansetzen und Abnehmen des Instrumentes verursacht der Wöchnerin bezw. dem Kranken Schmerzen. Um diesen Nachteil zu beseitigen, hat Springmann an den Ball ein Ventil angebracht, welches beim Zusammendrücken des Balles die Luft aus demselben entweichen läßt. Die Konstruktion des Luftauslaßventils ist die denkbar einfachste; ein Versagen des Instrumentes erscheint gänzlich ausgeschlossen. Zweifellos stellt diese Neuerung eine brauchbare Verbesserung der Saugapparate vor.

Haemostix.

Haemostix, ein von Prof. Schottelius konstruiertes Instrument zur Entnahme eines Tropfens Blut aus der Fingerspitze oder dem Ohr des Kranken zwecks mikroskopischer Untersuchung, besteht aus zwei ringförmigen Teilen, von denen man den einen an die Spitze des Daumens und mit der Platte auf das Ohrläppchen etc. setzt, während man den anderen Teil mit seiner Platte an die gegenüberliegende Seite des Ohres



legt. Beim Druck mit dem Daumen springt ein Messerchen hervor, das in dem Ohrläppchen oder der betr. Fingerspitze eine kleine Wunde setzt, welche genügend Blut zu einer Untersuchung liefert. Das Instrumentchen ist ganz brauchbar und ersetzt wohl recht gut das Skalpell. Das Haemostix ist sterilisierbar und man kann das Messerchen leicht selbst schärfen.

Verbandkissen.

Ein Verbandkissen, welches als Ersatz für die bisherigen Verbandstoffe empfohlen wird, wird von der Firma P. Keuth in Düren in den Handel gebracht. Das Kissen besteht aus einem Mullsack, welcher kissenartig mit weißem Löschpapier, Filtrierpapier, in Form feiner Schnitzel gefüllt ist. Es wird durch das Löschpapier ein sehr weicher, leicht aufsaugender Stoff geschaffen, der als Ersatz der Watte und des Zellstoffes vor allem bei stark sezernierenden Wunden dienen soll. Es besteht kein Zweifel, daß hierin dem Verbandkissen ein Vorzug anhaftet, denn es zeichnet sich gegenüber der Watte und dem Zellstoff dadurch aus, daß es nicht an der Wunde kleben bleibt, wenn man den Verband entfernt, und daß es stark aufsaugt. Zudem kann man das Kissen sterilisieren. Es wird zweifellos das Wundkissen sich in manchen Fällen für chirurgische Verbände besser eignen wie die bisherigen Verbandmittel, nur kann man das Kissen nicht so leicht zerkleinern wie die Watte und den Zellstoff, man muß daher eine große Zahl verschiedener Größen des Wundkissens vorrätig haben. Jedenfalls eignet es sich besonders für Verbände an eiternden Wunden und zu feuchten und Salbenverbänden.

Periodische Literatur.

Tannothymal, ein neues Darmadstringens. Von Baumgarten, Halle. (Münch. medic. W., Nr. 25.)

Tannothymal ist ein nach Hildebrandt (Münch. med. W., Nr. 25) dargestelltes Kondensationsprodukt aus Tannin, Phenol (bezw. Thymol) und Formaldehyd; es ist ein Mittel, das ohne Beeinträchtigung der adstringierenden Wirkung nahezu geschmacklos ist, infolge seiner Unlöslichkeit in Säuren den Magen in keiner Weise belästigt, andrerseits aber im alkalischen Darmsaft löslich und spaltbar, vermöge seiner Phenolkomponente eine besondere antiseptische Wirkung entfalten kann. Verf. hat das von Schimmel & Co., Miltitz-Leipzig, hergestellte Präparat verschiedentlich benutzt und berichtet über drei Fälle, bei denen jede andere Medikation versagte, das Tannin-Thymol-Methan nach jeder Richtung hin die vom Entdecker desselben an Tieren gemachten günstigen Erfahrungen bestätigte. Das eine Mal handelte es sich um unstillbare Durchfälle bei einem an perniziöser Anämie leidenden Manne, bei dem Tannigen, Tannalbin absolut wirkungslos blieben, Tannin mit Opium kaum einen Erfolg aufwies; Dosen von 1 g des Präparats bewirkten innerhalb weniger Tage einen dickbreiigen, teilweise geformten Stuhl. Der zweite Fall btraf eine Mädchen mit fortgeschrittener Lungen- und Darmtuberkulose, bei dem seit Monaten Durchfälle mit aashaftem Gestank bestanden; das Präparat wurde in Dosen von dreimal täglich eine Messerspitze voll,



später bis zu dreimal täglich einen Teelöffel, meist in Oblate gegeben und ohne Reizerscheinungen oder Nebenwirkungen vertragen; schon nach einem Tage ging die Zahl der Stühle herunter, nach weiteren drei Tagen waren sie geruchlos, breiig, und nach drei Wochen fast völlig normal. Im dritten Falle konnten bei einem 80jährigen Manne mit chronischen Diarrhöen regelmäßig nach zweimaliger Verabreichung eines gestrichenen Teelöffels des Präparats die Durchfälle für einige Zeit zum Stehen gebracht werden.

Allgemeines.

Ueber einen aufsehenerregenden Vorfall von Odolvergiftung enthält der Jahresbericht der Evangelischen Heil- und Pflegeanstalt für Gemüts- und Geisteskranke „Der Tannenhof" (Lüttringhausen 1905 bis 1906) folgende wörtliche Ausführungen:

„Viel bedenklicher ging eine Dame vor, die ihr Fläschchen Odol unverdünnt austrank und sie schwer schädigende Anätzungen an den Lippen, im Munde und im Magen davontrug. Wochenlang mußte sie viele Schmerzen ausstehen, viel erbrechen und mit Nährklistieren mühsam über Wasser gehalten werden. Die Kranke gibt auch jetzt noch nicht zu, eine Selbstbeschädigung vorgehabt zu haben; uns aber hat das Vorkommnis gelehrt, das bisher als ganz harmloses Toilettemittel angesehene Odol, von dem Vergiftungen uns noch nicht zu Ohren gekommen sind, künftighin unter Verschluß zu halten."

Die schwer schädigenden Anätzungen an den Lippen, im Munde und im Magen, die wochenlang heftige Schmerzen verursachten und ein mühsames Ueberwasserhalten mit Nährklistieren erforderlich machten, geben doch zu denken, denn dieser Fall einer Odolvergiftung ist schlechterdings mit der bis zum Ueberdruß verbreiteten Reklame, daß Odol nach dem heutigen Stande der Wissenschaft das Beste für die Zähne sei, nicht in Einklang zu bringen und legt deshalb der Wissenschaft die ernste Pflicht auf, das Odol gründlicher zu prüfen

Fachliste geschützter Erfindungen.

Herausgegeben von der Firma Heinrich Brust, Verbands-Patent-Bureau, Kassel, Hohenzollernstr. 43. Fernruf 3186. Amerikanischer Patentanwalt. Den Abonnenten dieser Zeitschrift wird Rat und Auskunft in allen Patentangelegenheiten kostenlos erteilt.

Patent-Anmeldungen.

30h. Verfahren zur Herstellung klarer, haltbarer rotbleibender Hämoglobinpräparate. Sicco, med.-chem. Institut, Friedrich Gustav Sauer, G. m. b. H., Berlin.

Patent-Erteilungen.

30d. Vorrichtung zur Anlegung von Gips- oder anderen festen Verbänden bei Knochenbrüchen der unteren Gliedmaßen. Dr. Paul Manasse, Berlin, Elisabethufer 46.

30e. Stützvorrichtung für Reiter, insbesondere zum Transport Verwundeter im Felde. Friedrich Deinzer, Nürnberg, Wirthstr. 9.

30h. Verfahren zur Herstellung eines wasserbindenden, verstreichbaren Produkts aus Paraffinen, insbesondere aus Vaselin. Dr. Paul Runge, Hamburg, Dammtorstr. 27.

Gebrauchsmuster.

30a. Kastenartiger Explorator für Knochenbrüche. Hugo Israelski, Hagen i. W., Viktoriastr. 10.

30a. Halter zu Klammern von Nähbestecken. Sanitaria, G. m. b. H., vormals Gretsch & Co., Feuerbach.

30a. Aus einem Stück Blech oder dergl. Material gestanzter Zungenreiniger mit schräg nach hinten vorstehenden Schabern und eingedrückter Rippe. Albin Wagner, Oberplanitz bei Zwickau in Sachsen.

30b. Artikulator für zahntechnische Zwecke. Bernhard Putter, Berlin, Jägerstr. 9.

30d. Uterus-Pessar mit quergeriffeltem Kopfe. August Lauer, Berlin, Ritterstr. 49.

Patentnachrichten.

Gebrauchsmuster.

30. 311975. Handgriff für endoskopische Röhren, mit ausziehbarer Lampe. Fa. F. L. Fischer, Freiburg i. B. 11. 6. 07. F. 15757.

30a. 311976. Lampe zur Beleuchtung von Körperhöhlen, bestehend aus der an einem Handgriff befestigten Lichtquelle, einer Sammellinse und einem durchbohrten Spiegel, der in zwei zu einander senkrecht stehenden Ebenen verstellbar ist. Fa. F. L. Fischer, Freiburg i. B. 11. 6. 07. F. 15758.

30a. 312056. Lungen-Dichtigkeits-Wertmesser für photographische Darstellung von Dichtigkeitswerten des Lungengewebes. Fritz Köhler, Leipzig-R., Josephinenstr. 37. 4. 5. 07. K. 30658.

30b. 311835. Flaschenscharniergelenk, nach vor- und rückwärts beweglich, an Bohrmaschinen für zahnärztliche Zwecke. Jacob Brinzer, Leipzig, Körnerstr. 10. 24. 5. 07. B. 34565.

30b. 311961. Zahnwurzelheber mit umstellbarem Doppelwerkzeug und umlegbarer Druckbacke. J. W. Zeuch, Wanfried a. W. 31. 5. 07. Z. 4542.

30b. 311965. Nach allen Seiten zu beweglich gelagerte, das Werkzeug tragende Spindel für zahnärztliche Bohrerfräsvorrichtungen. Düsseldorfer Dental-Gesellschaft Ehrlich & Schnaß, Düsseldorf. 5. 6. 07. D. 12877.

30b. 312057. Aus hartgezogenen Konstantdrähten hergestellte, mit durchlochten Schwänzen versehene Zahnklammern mit dem anatomischen Bau der Zähne genau angepaßten Umklammerungsköpfen. Gottfried Stiegelmayr, Lechhausen. 4. 5. 07. St. 9409.

30c. 311946. Emaskulator, dessen Maulteile sich an Stangen befinden. Richard Blunk, Wesel. 3. 5. 07. B. 34372.

30d. 311599. Monatsbinde, bestehend aus einer netzartigen Hülle mit saugfähiger Einlage. Melanie Cammerer, geb. Scharowski-Albrecht, Erfurt, Trommsdorffstr. 8. 17. 4. 07. C. 5788.

30d. 311843. Urinflasche mit im Halse angeordneten, nach innen schlagenden Ventilklappen. Willy Fahning, Güstrow. 5. 6. 07. F. 15730.

30d. 311948. Pappkarton mit Sicherheitsschwämmen, Instrument zum Einführen derselben, Salbendose und einem Päckchen Seidenpapier. Dr. Karl Bösenberg, Hirsau, Württ. 15. 5. 07. B. 34078.

30d. 312065. Leibbinde, bestehend in einem flachen Mittelstück mit vier Fortsätzen. Dr. Rudolf Schlick, Kirchardt. 21. 5. 07. Sch. 25786.

30e. 311949. Gasdichter Verschluß für Holzsärge. Karl Krieger, Karlsruhe i. B., Kronenstr. 9. 17. 5. 07. K. 31075.

30e. 311969. Matratze für Krankenpflege mit zur Wärmezuführung dienenden Durchbrechungen. J. Omeyer, Mülhausen i. E., Tuchmacherstr. 14. 8. 6. 07. O. 4257.

30e. 311973. Zusammenlegbare Einrichtung zum Verwundeten-Transport in Eisenbahn-Güterwagen, mit Ketten zum Anhängen der Tragbahren. Johann Krämer, Insterburg. 10. 6. 07. K. 31313.

Unserer heutigen Nummer liegt ein Prospekt über **Lehmann's medicinische Handatlanten** bei, der der Aufmerksamkeit unserer Leser ganz besonders empfohlen wird. Lehmann's Handatlanten nebst kurzgefaßten Lehrbüchern haben nicht nur in Deutschland, sondern in der ganzen Kulturwelt (es bestehen Uebersetzungen in 14 Sprachen) guten Anklang und wohlverdiente Verbreitung gefunden. Jeder Arzt, sofern er nicht vorzieht, die Sammlung vollständig zu erwerben, wird gerne den einen oder anderen Band, der ihm besonders zusagt oder nötig erscheint, kaufen, denn nicht nur die vorzüglichen farbigen Tafeln, sondern auch der klare und instruktive Text machen die Atlanten zu einem begehrten Ratgeber für jeden Arzt und Studierenden.

In dankenswerter Weise ermöglicht es die Buchhandlung Karl Block jedem, diese „medicinischen Handatlanten" durch monatliche Teilzahlungen zu erwerben.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin N. 4. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Nr. 43. 1907. 23. Dezember.

Therapeutische Rundschau

Centralblatt für pharmakologisch-technische Fortschritte

Redaktion:
Berlin N. 4, Kesselstrasse 11
Dr. H. Lungwitz



Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823

Inhalt.

Das Nasenbluten,

eine historische Studie.

Von Dr. **Carl Kassel**, Spezialarzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten in Posen.

(Schluß.)

Die Einführung des Nasenspiegels hat uns in der Diagnostik des Nasenblutens zwar insofern weiter gebracht, als wir jetzt genau den Sitz der Blutquelle finden und diese durch weniger eingreifende Maßnahmen zum Versiegen bringen können. Durch Betrachtung der Schleimhaut (Anämie, Varicen) finden wir Anhalt zu weiteren diagnostischen Schlüssen, wir haben das blutende Septumgeschwür, die blutende Angiome kennen gelernt, aber im übrigen kannten schon Hippokrates und Galen die Blutung bei Plethora, wohl auch die bei Anämie und haemorrhagischer Diathese, sicher die bei den verschiedenen akuten fieberhaften Erkrankungen, bei der Phthisis, der Nephritis, der Lebercirrhose. Die vikariierenden Nasenblutungen bei Frauen hat er ausführlich beschrieben. Daß er die Epistasis bei Alkoholmißbrauch gekannt, erhellt mit Sicherheit aus seiner therapeutischen Verwertung bei Rheumatismus.

Von den Beobachtungen der Neuzeit sind die von Kompe (Friedrichsroda) wohl die interessantesten. Er fand, daß das Nasenbluten älterer Leute häufig ein Frühsymptom der Arteriosklerose ist, auch wenn an den peripheren Gefäßen kein Anzeichen für eine solche besteht. Dieser Verdacht wird gestärkt durch Störungen im psychischen Verhalten und in der Intelligenz, welche auf Gehirnerweichung schließen lassen. Die Blutungen sind gewöhnlich schwer stillbar. Wir finden in solchen Fällen neben Hypertrophie des linken Herzventrikels eine Verstärkung des zweiten Aortentones. Die Retinalgefäße sind dabei nicht selten korkzieherartig gewunden und weiß gerändert. Kompe macht ferner darauf aufmerksam, daß das Nasenbluten auch ein Frühsymptom der auf Arteriosklerose beruhenden Encephalomalacie sein kann und daß es bei chronisch interstitieller Nephritis zuweilen eine drohende Urämie ankündigt.

Zu der Frage der vikariierenden Epistaxis liegen einige wichtige neuere Beobachtungen vor:

Ed. Richter sah zwei Fälle hiervon. Bei dem ersten trat das Nasenbluten gleichzeitig mit hystero-epileptischen Krämpfen und Schmerzen im Unterleib auf. Die Korrektur des Uterus brachte Heilung. Bei der anderen 36 Jahre alten Patientin fehlten die Menses, an deren Stelle in regelmäßigen Zwischenräumen Nasenbluten, Unterleibs- und Rückenschmerzen, sowie Migräne eintraten. Die Untersuchung ergab Fehlen der Scheide; Uterus und linkes Ovarium waren verkümmert.

In keinem Falle von Nasenbluten dürfen wir uns mit der bloßen lokalen Untersuchung begnügen. Selbst bei einem Teil derjenigen traumatischen Fälle, in welchen wir die Fingernagelwirkung am vorderen Teile des Septum (Kieselbachscher Punkt) finden, muß uns die leichte Verletzbarkeit der Schleimhaut zu denken geben. Bei anämischen Personen müssen wir nach den Ursachen der Anämie fahnden. Finden wir unter ihnen solche, welche geschlechtlich ausschweifend leben (nicht selten Onanisten sind), dann werden wir durch geeignete Ratschläge und Verordnungen die Ausschweifungen einzudämmen suchen. Wir müssen darauf achten, ob etwa Einengung des Halses durch enge Halsumkleidung vorliegt, vorhandene Strumen behandeln, im übrigen nach den ätiologischen Momenten in den inneren Organen fahnden.

Dem entsprechend haben wir bei der Therapie des Nasenblutens zu unterscheiden:

1. die möglichst schnelle Blutstillung,
2. die ätiologische Behandlung.

Die lokale Blutstillung ist in den meisten Fällen durch die verschiedenen Nebennierenpräparate jetzt sehr vereinfacht. Ein Tampon, hiermit imprägniert und in die Nase eingeführt, bringt fast jede Blutung in wenigen Minuten zum Stehen, so daß dann die Ausgangsstelle leicht zu finden ist und nach Kokainisierung mit Kauter, Trichloressigsäure, Chromsäure usw. schnell verschorft werden kann.

Die wenigsten Fälle bekommen wir aber in unseren wohleingerichteten Ordinationsräumen zur Behandlung, wo uns die gewohnte manuelle Hilfe zur Verfügung steht. Besonders bei heftigen Blutungen finden wir einen aufgeregten, zum ruhigen Sitzen kaum zu bewegenden Patienten und eine noch aufgeregtere Umgebung, welche zu keiner Hilfeleistung fähig ist, vor; da heißt es, schnell handeln. Im Notfalle muß fürs erste die Tamponade mit irgend zur Hand befindlichen Gazen versucht werden, wenn das Zupressen der Nase durch Druck auf die Nasenflügel nichts hilft.

Die von verschiedenen Seiten berichteten Gefahren der Tamponade habe ich in meiner Praxis noch nicht bestätigt gefunden. Wenn ich in das Haus des Kranken gerufen werde, verzichte ich seit langem auf das Suchen der blutenden Stelle, sondern tamponiere zunächst. Komme ich mit der vorderen Tamponade nicht aus, so führe ich Tampons, welche ich an Fäden befestige, bis zu den Choanen.

Solche gegen die Gesetze der Aseptik verstoßende, durch die momentane Notlage zu entschuldigende Maßnahme, zu welcher ich doch schon einige Male genötigt war, korrigierte ich kurz nach dem Stehen der Blutung dadurch, daß ich Wasserstoffsuperoxyd, welches inzwischen herbeigeholt werden mußte, reichlich mit der Pravazspritze in den Tampon injizierte. Die Gefahr der Gasembolie bei endonasaler Verwendung des Wasserstoffsuperoxyds als Styptikum, auf welche Wertheim aufmerksam macht, gehört wohl zu den seltensten Ereignissen.

Notlage begründet aber kein Gesetz, selbst dann nicht, wenn noch so große Erfahrung mit Eingriffen, welche jene begründet hat, keinerlei Mißerfolg gezeitigt hat. Andererseits dürfen wir uns aber durch einzelne Unfälle, welche dieses oder

jenes Mittel im Gefolge gehabt hat, nicht gänzlich von seiner Verwendung abschrecken lassen. Sonst müßte bei der Behandlung des Nasenblutens das Kokain, der Nebennierenextrakt, das Wasserstoffsuperoxyd, die Chromsäure, der Galvanokauter, die Gelatine u. a. m. ausgeschaltet werden.

Aus der großen Literatur über die lokale Behandlung der Epistaxis will ich nunmehr einige neuere Angaben wiedergeben.

Cornick führt trockene Schwammtampons von der Größe des kleinen Fingers eines zwölfjährigen Knaben, mit kochendem Wasser vollgesaugt, dann trocken gedrückt, den Nasenboden entlang ein.

Paul Carnot empfiehlt fünf- bis zehnprozentige Gelatine in künstlichen Serum (Chlornatrium 7,0 mit Aq. 1000,0) zur Tamponade.

G. Freudenthal berichtet über eine profuse Nasenblutung bei einer 68jährigen Frau. Tamponade hatte nur vorübergehenden Erfolg. Infolge von Lebensgefahr mußte er 1/2 Liter physiologische Kochsalzlösung infraclavikulär subkutan einspritzen. Dauernden Erfolg hatte er erst dadurch, daß er 30 ccm warme Gelatine mittels erwärmter Glasspritze in die erkrankte Nase spritzte.

Berthold beschreibt die intranasale Vaporisation zur Stillung lebensgefährlichen Nasenblutens.

Sikkel betont die hämostatische Wirkung des Terpentins.

Herm. L. Armstrong spritzt in die Nase möglichst heiß vertragenes Wasser ein.

H. Hunter Mackenzie behandelte einen Fall von unstillbarem Nasenbluten durch Abkratzung der Schleimhaut von der blutenden Stelle im vorderen Drittel des Septums, wobei er Chloroformnarkose anwandte.

Rhéti übte ebendiese Methode bei zwei Patienten, von denen der eine an Lebercirrhose, der andere an Arteriosklerose litt und applizierte nachher Trichloressigsäure.

Struycken modifizierte den Cooper Roseschen Rhineurynter, welcher in die Nase bis zu den Choanen eingeführt und dann ausgeblasen wird, insofern, als er einen gewöhnlichen in Formalin sterilisierten Fingerkondon gut einfettete, einführte und mit hydrophiler Gaze ausfüllte.

Nach Art der Scheidentamponade führte Philipp mittels einer Sonde ein Stück Gaze tief in die Nase und füllte diesen Sack mit Wattebäuschchen.

Die Siebenmannsche Blutstillung mit Kalium permanganikum wurde von der chemischen Fabrik von Riedel mit der schon seit Jahrhunderten als Blutstillmittel bekannten Holzkohle kombiniert und beide zu einer Paste „Styptegan“ verarbeitet. Schädel berichtet aus seinen Versuchen, daß nach 24 bis 48 Stunden sich ein Schorf mit Zurücklassung einer reinen, bald heilenden Granulationsfläche abstoße.

Diese Reihe der einzelnen Mitteilungen könnte noch vergrößert werden; denn ungezählt sind die Mittel, welche zur lokalen Blutstillung angegeben sind. Es dürfte aber kaum einen Arzt mit reichlicher Erfahrung geben, welcher sagen könnte, er habe mit einem bestimmten Mittel oder einer bestimmten Methode stets Erfolg gehabt. Vielmehr versagt nicht selten das eine oder das andere, weshalb es nötig ist, stets eine gewisse Auswahl zur Hand zu haben.

Die leichten Blutungen, welche beim Waschen, Bücken, Schneuzen etc. öfter wiederkehren, sind recht einfach zu behandeln. Ich vermeide seit langer Zeit in diesen Fällen das Kauterisieren, sondern lasse den Patienten sich mehrere Male täglich für einige Zeit Tampons mit Wasserstoffsuperoxyd einführen, welche er vor allem beim Waschen zu tragen hat. An Stelle des Wasserstoffsuperoxyds, welches zuweilen unangenehmes Brennen in der Nase oder auch Ekzeme erzeugt, kann man auch 20%ige Ferripyrinlösung verwenden.

Die schweren Blutungen dagegen erfordern schnelle Entschließungen und Eingriffe, weil wir die Patienten meist schon nach großen Blutverlusten zu sehen bekommen.

Wie schon erwähnt, sind wir meist gezwungen, einen Unterschied zwischen der Behandlung im Hause des Patienten und der in unserem Sprechzimmer zu machen, wiewohl uns die Nebennierenpräparate, von denen mir das synthetisch dargestellte Suprarenin am besten gefällt, die genaueste Behandlung lege artis, d. h. durch Verschorfung der blutenden Stelle, sehr erleichtert haben. Aber schließlich haben wir auch mit der Tatsache zu rechnen, daß die wenigsten Aerzte die endonasale Technik beherrschen. Deshalb seien an dieser Stelle die Maßnahmen beschrieben, welche jeder Arzt leicht ausführen kann, wenn er zu einer starken Nasenblutung geholt wird.

Die von A. Fedorow empfohlene forzierte Erweiterung des Brustkorbes, wobei der Patient sich vollkommen gerade auf einen Stuhl setzt, beide Arme auf den Kopf legt und dabei möglichst tief und ruhig durch den Mund inspiriert, ist ein altes wohl bewährtes Volksmittel, welches darauf beruht, daß hierbei möglichste Blutleere der Venen des Kopfes und der Nase eintritt. In jedem Falle haben wir dadurch den Vorteil, daß die Aufmerksamkeit des Patienten abgelenkt wird und wir ruhiger eingreifen können. Beim Atmen mit offenem Munde kann auch der meist schon aufgeregte Patient nicht schwätzen (vergl. Hippokrates!).

Da wir bei alten Leuten mit den Nebennierenpräparaten sehr vorsichtig sein müssen, empfiehlt es sich, bei sicherer Arteriosklerose auf diese ganz zu verzichten.

Die Tamponade führe ich am liebsten mit Vioformgaze, die ich mit steriler zehnprozentiger Gelatine durchtränke, aus. Besonders in den Fällen von arteriosklerotischer Blutung oder solchen infolge von Nephritis habe ich hiermit noch die besten Erfahrungen.

In zweiter Linie verwende ich das Wasserstoffsuperoxyd, wobei ich durch den Patienten permanent Wattebäuschchen, welche mit diesem getränkt sind, an den Naseneingang halten lasse, um so das Wasserstoffsuperoxyd des in der Nase liegenden Tampons stets zu erneuern. Dieses wird öfters durch Zusammenpressen der Nasenflügel ausgedrückt.

Als drittes Styptikum habe ich immer das Ferripyrin zur Hand, welches ich besonders nach operativen Eingriffen bevorzuge.

Die Entfernung des Tampons muß nach 24 Stunden erfolgen. Man vermeidet hierbei ein Wiederauftreten der Blutung am leichtesten dadurch, daß man mit der Pravazspritze Wasserstoffsuperoxyd in den Tampon einspritzt. Entleeren sich dann noch einige Tropfen Blut, so genügt es meist, die Nase mit Watte für wenige Minuten zuzuhalten.

Der mit der Technik vertraute Arzt wird bei habituellem Nasenbluten nach dem ersten Tamponwechsel in jedem Falle zur Verschorfung der blutenden Stellen schreiten, was nach Kokainisierung schnell zu erledigen ist und dem Patienten meist weitere lokale Behandlung erspart. Anderenfalls wird man schon prophylaktisch eine leichte Tamponade wiederholen oder öfter am Tage ca. 30 ccm Gelatine einspritzen müssen.

Diese drei Medikamente sind für mich die erprobtesten. Von der Behandlung mit Pulvereinblasungen habe ich noch nichts Gutes gesehen, schon weil diese meist Nießreiz hervorrufen und damit die Gefahr erneuter Blutung. Empfohlen werden Natr. sozojodolicum, Vioform, Ferripyrin, Ferrostyptin, Stypticin, Acid. tannicum, Alaun etc.

Andere schieben Eisstückchen in die Nase.

Bei Nasenbluten Hämophiler wird vor allem Tamponade mit Nebennierenextrakt empfohlen.

Steht unter der lokalen Behandlung die Blutung, so empfiehlt es sich in jedem Falle schon aus prophylaktischen Gründen, Mittel zu verordnen, welche die Gefäße zusammenziehen. Ich gebe seit einiger Zeit nach jeder Operation mit gutem Erfolge dreimal täglich 1 g Calcium chloratum in Gelatinekapseln. Patienten, welche die Kapseln nicht schlucken können, verordne ich das Medikament in versüßter, wässeriger Lösung. Auch gebe ich gern während der lokalen Behandlung das allerdings nur kurze Zeit wirkende Adrenalin (20 bis 30 Tropfen) innerlich.

Als innerliche Mittel kommen noch u. a. in Betracht Ol. terebinth. rectif., Secale cornut., Hydrastinin, Acid. sulf. dilut.

Auch ist die subkutane Gelatineinjektion (Merck) sehr zu empfehlen.

Kompe gibt in den Fällen von Nasenbluten, welche er ätiologisch auf Arteriosklerose zurückführt, sofort Jodkali.



Richardsohn erzielte bei einer Blutung nach vergeblicher lokaler Behandlung Heilung durch:

Hydrarp bichlor. corros. 0,06.
Acid. mur. dilut. 8,0.
Tct. canab. ind. 8,0.
Fl. Extr. Ergot. 12,0.
Sir. spl. 30,0.
Jnf. Quassiae 225,0.
Dreimal tägl. 1 Eßl. in Wasser.

Zur Behandlung der schweren Fälle von Nasenbluten sollte jeder Arzt stets handlich bereit halten:

1. ein Nebennierenpräparat.
2. Ferripyrin (Gaze und Pulver, um sich schnell eine frische Lösung zu bereiten).
3. Sterile Gelatine.
4. Calc. chlorat. in 1 g-Kapseln.

Diese Mittel sind, im Gegensatz zu dem sonst sehr empfehlenswerten Wasserstoffsuperoxyd, dauernd haltbar.

Nach Stillung der Blutung werden wir durch genaue körperliche Untersuchung die Ursache des Leidens festzustellen haben, um hiernach die allgemeine Behandlung einzurichten.

Ueber trockene und flüssige Somatose.

Von San.-Rat Dr. **L. Fürst**, Berlin.

Die altberühmten Farbenfabriken, vorm. Friedrich Bayer & Co. in Elberfeld, denen wir schon so manches wertvolle pharmazeutische und diätetische Präparat verdanken, hatten mit ihrer „Somatose“ ein pulverförmiges Fleisch-Eiweißpräparat auf den Markt gebracht, das sich in wenigen Jahren als konzentriertes Nähr- und Stärkungsmittel eine große Beliebtheit errang. Teils war es das berechtigte Vertrauen in ihre Produkte, welches der Firma die Einführung ungemein erleichterte, teils der vielfach bestehende Wunsch, neben den zahlreichen bewährten Nähr- und Stärkungsmitteln konzentrierten Pflanzen-Eiweißes doch auch ein solches animalen Ursprungs zur Verfügung zu haben. Es galt ein Präparat aus Fleisch herzustellen, welches, diesem an Nährwert gleich, ja überlegen, dem Körper die löslichen Abbau- und Spaltprodukte des Muskel-Eiweißes (Albumose, Peptone, Aminosäuren usw.) in leicht und fast restlos resorbierbarer Form zuführt, den Verdauungsorganen dadurch weniger Arbeit verursacht, also auch für Kranke und Geschwächte sich eignet und sowohl Ersatz als Ansatz von organischer Substanz, selbst wenn es nur als „Beikost“ gegeben wird, rascher ermöglicht.

Noch wesentlich mehr, als bei der Verwendung des Pflanzen-Eiweißes aus den Körnerfrüchten oder bei der des Milch-Eiweißes großer, moderner Molkerei-Betriebe, kommt bei der Beschaffung, Auswahl und Bearbeitung des Muskelfleisches für die Herstellung animalen Eiweißes das volle Vertrauen des Arztes und Konsumenten zu der Provenienz des Grundmaterials in Betracht. Ich glaube, das Elberfelder Haus kann sich über Mangel an solchem Vertrauen nicht beklagen. Wenn auch die Prospekte über Herkunft und Beschaffenheit des verwendeten Fleisches sich nicht verbreiten, so darf man ohne Bedenken annehmen, daß die Elberfelder Farbwerke nur absolut einwandfreies Material verwenden, zumal eine Illustration eines populär gehaltenen Prospektes, die den Lassofang wild lebender Büffel der Prärie darstellt, den Schluß ziehen läßt, daß die Somatose aus dem gesunden Muskelfleisch dieser Tiere hergestellt wird. Immerhin wäre eine kategorische Erklärung der Firma erwünscht gewesen, die sich nicht bloß auf die Worte „aus reinem Fleisch hergestellt“ beschränkt und lediglich angibt, daß „Fett und Leimstoffe sowie sonstige nicht nährende Bestandteile“ sorgfältig ausgeschieden sind.

Besonders erwünscht wäre eine solche Erklärung zu der Zeit gewesen, als die ekelhaften Vorgänge der Chicagoer Schlachthäuser aufgedeckt wurden. Aus „reinem Muskelfleisch gesunder, tierärztlich untersuchter Rinder“ sollten ja die Fleisch-Konserven hergestellt sein, welche seit vielen Jahren in Millionen von Büchsen über die ganze Welt verbreitet, von Millionen Gesunder und Kranker vertrauensvoll genossen und für die Unternehmer zur Quelle eines Riesen-Reichtums geworden waren. Das Ansehen der amerikanischen Fleischkönige, von denen das Wort „Unde habeas quaeret nemo, sed ut habeas“ jetzt gelten kann, war unbestritten und niemand hätte daran zu zweifeln gewagt. Sie erhielten Händedrücke von gekrönten Häuptern, wurden zur Tafel und zur Yachtfahrt geladen, kurz als gesellschaftlich gleichwertig behandelt.

Da kam der große Krach, und es stellte sich heraus, daß ungeahnte Mißbräuche ekelerregender Art in der Massenfabrikation amerikanischer Fleischpräparate seit langen Jahren begangen worden waren. Gesunde und Kranke, Alte und Kinder, Schwache und Rekonvaleszenten, ganze Klassen der Arbeiter, der Zivil- und Militärkreise, Anstalten aller Art hatten Jahre hindurch dies Zeug gegessen, an welchem sich die Nabobs Amerikas, eingedenk des „non olet“, bereichern konnten.

Der Rückschlag dieser furchtbaren Enthüllungen, die sich als begründet erwiesen, blieb nicht aus. Er äußerte sich zunächst in einem Mißtrauen gegen alle künstlichen Fleischpräparate, unter welchem auch die guten zu leiden hatten und an dem nun auch die Erklärungen der „Fleischkönige“ nichts ändern konnten, es würde jetzt alles behördlich kontrolliert und beaufsichtigt, die Uebelstände wären behoben, alles in bester Ordnung.

Wo nun einmal das Vertrauen erschüttert ist, kann es nur allmählich, durch offene, bestimmte Aufklärung, wieder Fuß fassen. Die erwähnten großen Fabriken von amerikanischen Fleischkonserven haben, in richtiger Erkenntnis der Sachlage und raschem Erfassen dieses Entschlusses das Publikum bereits beruhigt. Aber auch die pharmazeutischen Fabriken, welche Nährmittel und Diätetika animalen Ursprungs herstellen, dürften nunmehr in eigenem Interesse handeln, wenn sie über die bisherige, ganz besonders aber über die jetzige Provenienz ihres Rohmaterials eingehende, zuverlässige Auskunft geben. Erinnere ich mich doch, als vor Jahren solche Fleischmehl-Präparate auftauchten, eines Falles, wo ein Patient, welcher gerüchtweise gehört hatte, sie würden aus unkontrollierten Abfällen hergestellt, das Einnehmen entschieden verweigerte und zu Gunsten der „Hundekuchen“ darauf verzichtete.

Eine sorgfältig und gewissenhaft hergestellte pulverförmige Somatose, wie man sie von dem Elberfelder Hause ohne Weiteres voraussetzen darf, hat manche chemisch-physiologische Vorzüge. Hierüber nur wenige Worte. Das gelbliche, fast geschmack- und geruchlose Pulver löst sich leicht in Wasser. Sein löslicher Eiweißgehalt beträgt 80 bis 81,4%, was ca. 33 Kalorien entsprechen würde. Es ist aus Fleisch-Eiweiß durch künstliche Verdauung (Peptonisierung) hergestellt, frei von Fleischbasen und Extraktivstoffen, also auch für Patienten mit chronischer Nephritis und harnsaurer Diathese verwendbar. v. Noorden rühmt die Somatose als das beste Albumosen-Präparat. Allerdings enthält sie vorwiegend diejenigen Bestandteile des Fleisches, denen ein wirklicher Nährwert zukommt, also fast nur Albumosen (das Eiweiß in bereits aufgeschlossener, leicht löslicher und assimilierbarer Form); außerdem aber die Nährsalze des Fleisches, zumal Kaliumphosphat. Dieser Reichtum an Kalisalzen hat allerdings bei längerer Darreichung gewisse Nachteile. Er begünstigt das Zustandekommen von Verdauungsstörungen, kann selbst bis zu Stickstoff-Verlust, Gewichtsabnahme und Herzreizung führen, wenn die Kontrolle und Ueberwachung der Somatose-Ernährung eine mangelhafte ist. Andererseits aber erfüllt sie bei sorgfältiger Ueberwachung des Stoffwechsels, Gewichts und Allgemeinbefindens, nach dem Urteile vieler Autoritäten „die Indikation, Appetitmangel, Blutarmut, Bleichsucht, Unterernährung, Körperschwäche, Kräfteverfall etc. zu bessern“, den Hämoglobingehalt zu vermehren, die Herztätigkeit mäßig anzuregen. Um es kurz zu resümieren, ist also die pulverförmige (trockene) Somatose ein Fleisch-Präparat, welches nicht erst den ganzen Verdauungsprozeß zu durchlaufen braucht, vielmehr von den Chylusgefäßen leicht aufgenommen, de

Lymphe und dem Blute zugeführt und rascher zur Ernährung der Körpergewebe verwendet wird.

Aeußerst spärlich sind die Angaben über eine „Flüssige Somatose", welche die Elberfelder Fabriken neuerdings in den Handel gebracht haben, vornehmlich um dem Publikum eine „gebrauchsfertige" Form zu bieten. Wir erfahren aus den beigefügten Drucksachen nur, daß es sich um eine sterilisierte, wässerige Lösung der pulverförmigen Somatose handelt, und zwar um eine mit „süßem" und eine mit „herbem" Geschmack. Das ist über die Herstellung und Zusammensetzung eines Präparates, welches doch im Grunde als flüssiges Fleisch gelten soll, etwas wenig, und so entschloß ich mich, um mir ein selbständiges Urteil bilden zu können, dazu, mir — da keine Analysen vorlagen — solche im Laboratorium des Herrn Dr. Aufrecht (Berlin N. 20, Albrechtstr. 11) ausführen zu lassen, überzeugt, daß daselbst die Präparate streng exakt, aber auch, da das Laboratorium nichts Näheres über die beiden, in andere Flaschen umgefüllten Nährmittel von mir mitgeteilt erhielt, durchaus objektiv analysiert werden würden. Das Ergebnis (d. d. 15. Nov. 1906) war für mich in mehrfacher Beziehung interessant.

Es ergaben 100 T. der „süßen" und der „herben" Somatose-Lösung:

	süß	herb
Spezif. Gewicht bei 15° C.	1,255	1,0973
Polarisation (in 200 mm R.)	+19,8	—2,95
Wasser	54,51	76,85
Trockenrückstand	45,49	23,15
Gesamt-Eiweiß	12,65	15,41
Fällbares Eiweiß	2,85	1,27
Albumosen	0,96	9,75
Peptone	Spuren	Spuren
Fleischbasen	1,38	1,80
Sonstige Stickstoff-Subst.	7,46	2,59
Zucker	31,17	nicht vorh.
Glycerin	nicht nachweisb.	nicht nachweisb.
Mineralstoffe	1,186	4,680
Chlornatrium	0,047	1,930
Phosphorsäure	0,226	0,463

Beide Präparate sind, nach diesen Analysen, unzweifelhaft animalen Ursprungs, also flüssige Fleischsubstanzen und zwar höchstwahrscheinlich gelöste Albumosen, da Peptone nur in Spuren vorhanden sind. Das durch die Analysen festgestellte Gesamt-Eiweiß (bezw. fällbare Eiweiß) ist in dieser Form schwerlich assimilierbar, sondern dürfte es erst nach der Ueberführung in Albumosen während der Verdauung möglich werden. Ein Vorzug ist, daß Fleischbasen nur in geringem Prozentsatz (weniger als 2%) nachweisbar sind. Der ziemlich hohe Gehalt an Mineralsalzen in der herben Form scheint vegetabilen Ursprungs, also weniger bedenklich zu sein. Im Ganzen macht die flüssige Somatose, zumal die süße Form mit ihrem hohen Zuckergehalt (31,17%) den Eindruck eines Mischpräparates, das wohl besser den Namen Albumosen-Sirup führte. Sein Nährwert ist nicht zu leugnen, aber doch bei weitem nicht so hoch, wie man z. B. aus der Bezeichnung „Flüssige Somatose" schließen könnte; nicht im entferntesten erreicht sie den löslichen Eiweißgehalt der trockenen Somatose, der sie meines Erachtens an Nährwert nachsteht, während ihre Anwendung gewisse Annehmlichkeiten bietet. Ein definitives Urteil wird sich freilich erst gewinnen lassen, wenn die Firma selbst die Angaben über Herstellung und Zusammensetzung jeder Flasche beigibt, und wenn genügend Nährversuche an Menschen vorliegen. Dann wird sich auch zeigen, ob die „Flüssige Somatose" eine wirkliche Bereicherung unseres diätetischen Apparates ist, oder ob nicht die schon seit Jahren bewährten, aus frischem Fleischsaft hergestellten Dauer-Präparate der Aufgabe vollkommener entsprechen, der Muskelsubstanz und dem Blut in leicht verdaulicher, wirksamer Form als Ersatz- und Ansatzmittel zu dienen und den Appetit anzuregen.

Elektrisches Hemd mit tragbarem Taschenautomaten.

Man bediente sich bisher zur Applikation der Elektrizität eines größeren Apparates, der teuer, unhandlich, schlecht zu transportieren war, daher den Aufenthalt des Patienten in einem bestimmten Raume, d. h. aber eine Berufsstörung, erforderte. Die Behandlung konnte ferner nicht geheim ausgeführt werden, was doch gelegentlich erwünscht ist.

Diesen Mangel auszugleichen, scheint der Taschenapparat „Vera vita" oder „Radinium" von H. Behnisch, Tegel bei Berlin, berufen.

Aussehen. Er hat die ungefähre Größe eines Taschenbuches oder einer Taschenlaterne. In ihm befindet sich ein Uhrwerk, welches 30 Stunden geht. Das Zifferblatt hat Kontakte, der Zeiger bewegt sich; so oft er einen Kontakt berührt, wird der elektrische Strom, der in einem eingefügten kleinen, aber sehr starken Element erzeugt wird, erregt. Die Dauer des Stromschlusses bezw. der Pausen zwischen den Stromschließungen richtet sich ganz nach der Einteilung des Zifferblattes, dies kann je nach Wunsch ausgewechselt werden. Die Stromstärke läßt sich aufs feinste regulieren, je nach Wunsch und Bedürfnis. Die Stärke des uns vorliegenden kleinen Modells beträgt 2,5 Ampere.

Verwendbarkeit. 1. Der Apparat kann gebraucht werden mit Bandagen, welche aus biegsamem Metall hergestellt, mit Flanell oder Wildleder überzogen sind, angefeuchtet und mit Bändern an dem leidenden Körperteil befestigt werden. Von denselben führen zwei dünne, weiche Leitungsschnürchen unter der Kleidung zu dem in der Tasche getragenen Apparat, der nun den leidenden Körperteil stundenlang in regelmäßigen Zwischenräumen mit feinen elektrischen Strömen behandelt, ohne daß noch irgend ein Eingreifen nötig wäre. Ein Druck auf einen Hebelknopf genügt, um event. den Apparat in Ruhe zu setzen.

2. Der Apparat kann auch wie jeder andere Induktionsapparat, z. B. jene großen Kästen, verwendet werden mit den bekannten blanken Handgriffen, der Rolle zur elastischen Massage, Pinsel usw.

3. Völlig neu ist die systematische Behandlung des Körpers mit dem sogenannten „elektrischen Hemd", die uns sehr wichtig zu sein scheint. Wohl hat Bordier, Paris 1902 in „Trecis d'Electrothérapie" die Wichtigkeit der Behandlung mit spiralförmig um den Körper geführten, isolierten Strömen betont, auch in Amerika versucht man die großen Vorteile dieser Behandlungsweise nutzbar zu machen, indem man den entkleideten Patienten in eine Spirale stellt und ihn von Strömen umkreisen läßt, nirgends aber wurde bisher dazu eine mit spiralförmig geführten, isolierten Drähten versehene Leibwäsche angewendet, obwohl sie das Natürlichste ist. Diese Bekleidungsstücke, Aermel, Strumpf, Handschuhe etc. oder Hemd haben in der Struktur Aehnlichkeit mit den bekannten leichten Netzhemden, sie tragen aber feine, isolierte Spiraldrähte, welche mit Textilfäden versponnen sind, so daß sie beim Tragen und in der Wäsche nicht brechen.

Wirkungsweise. Der Körper wird gewissermaßen in den Kern einer Induktionsspule verwandelt. Die im Körper herrschenden Kraftlinien durchqueren den Körper diametral. Während bei parallelen Leitern (siehe unter Verwendung 1. Bandagen mit biegsamen Metallstücken) eine reine Oberflächenwirkung erzielt wird, resp. die Wirkung des Stromes nach dem Innern des Körpers zu mit dem Quadrat der Entfernung abnimmt, verstärken sich bei vorliegender Behandlungsweise die Kraftlinien des umwundenen Körpers oder Körperteiles nach der Mitte zu, so daß diese stets dem Maximum der Kraftlinien ausgesetzt ist, woraus ferner folgt, daß besonders die inneren Organe einer ganz besonders intensiven Einwirkung unterliegen.

Außerdem werden in dem Körper, da derselbe in der Tat zum Kern einer Induktionsrolle wird, unzweifelhaft auch Längsströmungen hervorgerufen, welche dem Blutumlauf und seinen Organen zu gute kommen. Es werden also sowohl die



an der Oberfläche des Körpers liegenden Nerven und Nervenenden, als auch die blutbildenden lymphatischen Apparate (Eulenburg), besonders auch die Nervenzentren (Rückenmark) wie überhaupt die inneren Organe vom elektrischen Strom getroffen und in ihrer Funktion angeregt.

Durch dieses Hemd oder die Bandagen (Aermel, Strümpfe) lassen sich auch leicht zu temperierende Wärmewirkungen übertragen, welche besonders bei rheumatischen Leiden angezeigt sein dürften.

Der Apparat kann auch mit Platten ausgerüstet werden, welche zwei Kontaktkreise haben., einen inneren und einen äußeren, so daß nacheinander sowohl eine Durchströmung, als auch eine spiralige Umrieselung des Körpers oder Körperteiles stattfindet.

Außer dem Hemd können Hemdhose, Beinkleid, Strümpfe, Handschuhe, Aermel, Gürtel, Leibbinden, Kompressen, Korsetts, Leibchen, Geradhalter, Kopfbedeckungen, Rückenmarksregeneratoren, Suspensorien, Bandagen für Hals und andere Körperteile Verwendung finden.

Da der Apparat faradische wie konstante Ströme liefert, ist das Indikationsgebiet ohne weiteres gegeben. Zweifellos wird dieser neue Apparat sich bald viele Freunde erwerben — berechtigterweise; ist es doch für den Patienten außerordentlich angenehm, den Elektrisierapparat ungeniert bei sich tragen und in bestimmten Perioden Ströme von bestimmter Qualität ohne jede Berufsstörung auf sich einwirken lassen zu können. Auch den Anhängern der „Kataphorese" dient der Apparat infolge der sinnreichen Anordnung des „elektrischen Hemdes".

Periodische Literatur.

Die Syphilisbehandlung im Lichte der neuen Forschungsresultate. Von Lesser, Berlin. (Deutsche medic. W., Nr. 27.)

Die beiden großen Fortschritte der Syphilisforschung, die sichere Feststellung der Uebertragbarkeit auf Tiere durch Metschnikoff und Roux, vor allem die Entdeckung der Spirochaete pallida durch Schaudinn und die Begründung der ätiologischen Bedeutung dieses Parasiten für die Syphilis haben die wissenschaftliche Bearbeitung dieser Krankheit auf eine ganz neue und sichere Grundlage gestellt und auch schon auf die therapeutischen Anschauungen einigen Einfluß ausgeübt. In der viel umstrittenen Frage der Exzision des Primäraffektes stand bisher wesentlich die Unsicherheit der Diagnose der Klärung der Meinungen im Wege. Durch die Untersuchung auf Spirochaeten ist man jetzt in der Lage, den Primäraffekt im allerersten Beginn der Entwicklung mit Sicherheit als solchen zu diagnostizieren, zu einer Zeit also, in welcher dies bisher wegen der noch uncharakteristischen Erscheinungen ganz unmöglich war. Damit sind die Chancen, frühzeitig eine völlige Elimination alles Virus durch die Exzision zu erzielen, gewachsen. Während man früher nach der Exzision eine Allgemeinbehandlung erst einleitete, wenn eine Induration der Narbe oder Allgemeinerscheinungen auftraten, ist heute, wo mit dem Spirochaetennachweis das sichere Vorliegen von Syphilis bewiesen ist, die Einleitung der Allgemeinbehandlung nach der Exzision des Primäraffektes angezeigt. Die Frage, wann die Allgemeinbehandlung zu beginnen hat, dürfte sich nach zwei Richtungen hin zuspitzen; erstens: Kann durch möglichst frühzeitige Behandlung das Virus noch in seiner ersten Ansiedlung im Primäraffekt und den nahgelegenen Gefäßbahnen und eventuell Lymphdrüsen vernichtet und so der Körper überhaupt vor der Allgemeininfektion geschützt werden? und zweitens: Kann durch die frühzeitige Behandlung, wenn auch dieses Ziel, die Verhütung der Allgemeininfektion, nicht erreicht wird, die Krankheit doch in günstigerer Weise beeinflußt werden als durch die später einsetzende Behandlung, indem durch frühzeitige Vernichtung eines großen Teils des Virus die Erscheinungen und der ganze Verlauf gemildert werden? Bei der Kürze der Beobachtungszeit ist die erste Frage bisher noch nicht zu entscheiden. Bezüglich der zweiten ist daran zu erinnern, daß man sich bisher vorstellte, daß das Quecksilber am energischsten seine Wirkung auf das syphilitische Virus entfalte, wenn es zur Zeit der allgemeinen Ueberschwemmung des Organismus mit demselben in Berührung kommt. Als Zeitpunkt dieser Ueberschwemmung sah man den Ausbruch der Sekundärerscheinungen an; diese letztere Annahme ist aber wohl irrig. Es ist vielmehr wahrscheinlich, daß regelmäßig die Ueberschwemmung des Blutes mit dem Virus dem Ausbruch der Allgemeinerscheinungen um einige Zeit, vielleicht um drei Wochen, wenn man sich an die durchschnittliche Dauer der ersten Inkubationszeit hält, vorausgeht, daß sie also etwa sechs Wochen nach der Infektion eintritt. Das würde also die Zeit sein, zu welcher, unter Annahme der Richtigkeit der Voraussetzung, die Wirkung des Hg sei am günstigsten im Moment der Ueberschwemmung des Blutes, die Allgemeinkur einzusetzen hätte. Nach dem Verlauf der syphilitischen Erkrankung, nach der steten Abnahme der Zahl der einzelnen Herde erscheint es wahrscheinlich, daß die Ueberschwemmung des Körpers und die Aussaat in die Gewebe nur im Anfang stattfindet, daß die späteren Rückfälle ihren Ursprung Keimen verdanken, die von damals zurückgeblieben sind. Diese Annahme, daß überall im Körper Keime stecken, ist einer der wichtigsten Gründe, der die Berechtigung und die Notwendigkeit der intermittierenden chronischen Behandlung dartut. Alle die in lebendem Zustande, wenn auch im Augenblick untätig im Körper zurückgebliebenen Keime abzutöten, ist Aufgabe einer rationellen Syphilistherapie. Wenn nun auch die Vernichtung der im Körper zerstreuten Keime von einer mehrfach angewendeten Quecksilberbehandlung gemeinhin zu erwarten ist, so kommen doch auch bei energischer und hinreichend lange fortgesetzter Behandlung Rezidive vor. Das macht es wünschenswert, neben dem Quecksilber ein anderes Hauptmittel gegen die Syphilis zu finden, da auch das Jod, so wichtig es als Hilfsmittel ist, nicht als Ersatz des Quecksilbers angesehen werden kann. In dieser Richtung hat die Entdeckung des Syphiliserregers zu neuen Versuchen geführt und zunächst die Atoxylbehandlung gebracht. Verf. hat 28 Fälle von Syphilis, 22 Männer, 6 Frauen, mit Atoxyl behandelt; darunter waren drei Fälle von ganz früher Syphilis, Primäraffekte und Schwellung der Inguinaldrüsen, die sich noch vor Ausbruch der Allgemeinerscheinungen befanden, 19 Fälle hatten sekundäre Erscheinungen, Exantheme und Schleimhautaffektionen, einmal bestand Iritis, einmal Myelitis; teils handelte es sich um den ersten Ausbruch der Syphilis, teils um Rezidive; fünf Fälle litten an galoppierender Syphilis, einer an tertiären Erscheinungen; 16 der Fälle waren mit Quecksilber noch nie behandelt. Die Atoxylinjektionen wurden fast immer mit einer 10%igen Lösung intramuskulär gemacht, pro dosi durchgängig 0,5, bei Frauen 0,4, gegeben: die Injektionen wurden gewöhnlich jeden zweiten Tag, nachher jeden dritten Tag gegeben; über 6,2 als Gesamtdosis wurde nicht hinausgegangen. Der Erfolg bezüglich des Verschwindens der Erscheinungen war in allen Fällen ein ganz unverkennbarer; oft konnte er als recht gut bezeichnet werden, in einigen trat er überraschend schnell auf; die Primäraffekte zeigten meist einen raschen Rückgang, während bei den sekundären Exanthemen die Resorption langsamer erfolgte. Auffallend war die rasche Heilung der Ulzerationen bei Syphilis maligna; in dem Falle von tertiärer Lues besserten sich die Erscheinungen der schwieligen Glossitis, einer sonst überaus hartnäckigen Affektion, auffallend rasch, während ein gummöses Infiltrat der Nase einen langsameren Rückgang zeigte; die Myelitis war nach Anwendung von 2,9 Atoxyl wesentlich gebessert. Eine spezifisch wirkende Lokalbehandlung der Primäraffekte, Papeln, Schleimhautplaques und Geschwüre wurde nicht vorgenommen; nur in einigen Fällen wurden neben der Allgemeinbehandlung lokale Pinselungen mit Atoxyllösung vorgenommen mit anscheinend nützlichem Effekt. Ueber die Dauer der Heilung ist noch nichts zu sagen; indessen hat Verf. doch einige ungünstige Beobachtungen gemacht. Was die toxischen Wirkungen dieser Behandlung betrifft, so hat Verf. im Gegensatz zu Salmon das Auftreten zum Teil erheblicher Nebenwirkungen öfters gefunden. Bei den 22 Männern fehlten 13 mal die Nebenwirkungen ganz, 8 mal bekamen die Kranken meist recht heftige Magenschmerzen, Koliken, Uebelkeit, manchmal Erbrechen, Durchfall, Schwindelgefühl; in einem Falle trat Nephritis auf, vereinzelt auch Blasenreizung, Harndrang, Dysurie. Andrerseits vertrugen aber auch zwei Kranke, die nach Quecksilber Enteritis und Albuminurie bekommen hatten, das Atoxyl gut. Von den sechs Frauen traten bei drei die Störungen



von seiten des Magen- und Darmkanals, Kolik, Uebelkeit, Erbrechen auf. Darreichung von Opium und Morphium gegen diese Erscheinungen erwies sich zunächst als wenig wirksam; dagegen konnte durch eine prophylaktische Behandlung in der Weise, daß in Fällen, in denen sich Reizerscheinungen gezeigt hatten, zwei, vier und sechs Stunden nach jeder Atoxylbehandlung je 0,003 Morphium auf 0,3 Natron bicarbonicum gegeben wurden, die Häufigkeit und Intensität der Störungen von seiten des Intestinaltraktus wesentlich herabsetzen. Bei zwei Dritteln der Kranken wurde eine zum Teil erhebliche Gewichtszunahme — in einem Falle 5 1/2 kg in 3 1/2 Wochen — und nur in drei Fällen eine Gewichtsabnahme von 1/2 bis 1 1/2 kg konstatiert, woraus erhellt, daß das Atoxyl keinesfalls einen ungünstigen Einfluß auf die allgemeinen Ernährungsverhältnisse hat. Aus den bisherigen Erfahrungen mit Atoxyl zieht Verf. die Folgerung: Das Mittel beseitigt bald in langsamerer, bald in prompterer Weise die sichtbaren Erscheinungen der Syphilis, in manchen Fällen, besonders bei galoppierender Syphilis scheint es in Bezug auf die Schnelligkeit des Erfolges den Kalomeleinspritzungen, der besten bisher bekannten Behandlungsweise dieser Fälle, gleichzustehen. Man kann daher schon jetzt in gewissen Fällen, z. B. solchen, bei denen eine stärkere Empfindlichkeit des Organismus gegen Quecksilber besteht, die Auffindung des neuen Mittels zur Beseitigung der Krankheitssymptome als wertvolle Bereicherung der Therapie ansehen. Aber ein nur einigermaßen abschließendes Urteil über den Wert der Atoxylbehandlung bei Syphilis im allgemeinen zu geben, ist im gegenwärtigen Augenblick ganz unmöglich, das kann erst nach Jahren geschehen, nachdem hinreichende Erfahrungen an einer großen Zahl von Fällen, und besonders auch Erfahrungen über die Dauer der Heilwirkung gemacht sind. Von der größten Wichtigkeit ist dabei die strengste Berücksichtigung und objektivste Beurteilung der toxischen Wirkung auf den Organismus; denn wenn auch die Anwendung jedes differenten Mittels mit Gefahren verknüpft ist, die im einzelnen Falle einmal zu einem ungünstigen Ereignis führen können, so dürfen diese Gefahren doch ein gewisses Maß nicht überschreiten. Ein Mittel, das noch so prompt gewisse Krankheitserscheinungen beseitigt, ist ein schlechtes Heilmittel, wenn in einer relativ großen Anzahl von Fällen mit der erfolgreichen Dosierung oder mit der erforderlichen Applikationsart des Mittels erhebliche Gefahren verknüpft sind.

Fachliste geschützter Erfindungen.

Herausgegeben von der Firma Heinrich Brust, Verbands-Patent-Bureau, Kassel, Hohenzollernstr. 43. Fernruf 3186. Amerikanischer Patentanwalt. Den Abonnenten dieser Zeitschrift wird Rat und Auskunft in allen Patentangelegenheiten kostenlos erteilt.

Patentanmeldungen.

30c. Kopfhalter für Versuchstiere. F. & M. Lautenschläger, Berlin.

30h. Verfahren zur Herstellung von tierischem Heilserum. Dr. R. H. Deutschmann, Hamburg, Alsterkamp 19.

30h. Verfahren zur Herstellung von pulverförmigen Gemischen und Verbindungen des Phenyldimethylpyrazolans. Carl Eberth, Bremen, Nordstr. 89.

30h. Enthaarungsmittel. Dr. Emil Konorowicz, Berlin, Kurfürstenstr. 144.

30h. Verfahren, Wasserstoffsuperoxyd in Mischung mit anderen Stoffen haltbar zu machen. M. Alfred Queißer, Hamburg-Eimsbüttel, Eppendorferweg 77.

Patenterteilungen.

30e. Auflager für verletzte Beine mit mehreren einzeln nachspannbaren Quertüchern. Dr. Wendel Emge, Hohentengen, Württemberg.

Gebrauchsmuster.

30a. Innen und außen mit wasserdichtem lederartigem Stoff bezogenes, aseptisches Etui für ärztliche etc. Thermometer. Fa. Theodor Lenk, Charlottenburg.

30a. Verpackungsvorrichtung für Kanülennadeln von Injektionsspritzen mit zwischen Glimmerplatten liegender Gummiplatte und übergestreiften Gummiringen. Paul Phul, Berlin, Brunnenstraße 131.

30a. Aus schrägstehenden, an Hebelarmen befestigten und durch Druck insgesamt nach einem Punkte radial beweglichen Nadeln bestehendes Instrument zur Entfernung von Warzen und anderen Hautauswüchsen auf elektrolytischem Wege. Werner Otto, Berlin, Friedrichstr. 131.

Patentnachrichten.

Patent-Erteilungen.

30f. 190220. Vibrationsvorrichtung mit durch einen Schnurantrieb wechselweise hin- und herbewegter, das Vibrationsorgan tragender Welle. Johann Christian Johansen, Kopenhagen; Vertr.: W. Wagner, Berlin SW. 13. 13. 7. 05. J. 8558.

30f. 190221. Vorrichtung zur Erzeugung von Rüttelbewegungen; Zus. z. Pat. 185865. Werner Otto, Berlin, Lüneburgerstr. 26. 1. 3. 06. O. 5124.

30f. 190222. Massiervorrichtung mit mechanischem Antrieb und einem in einem Gehäuse umlaufenden, exzentrisch einstellbaren Schwungkörper. Jules Joseph Bercut, Paris; Vertr.: Dr. W. Karsten und Dr. C. Wiegand, Pat.-Anwälte, Berlin SW. 11. 22. 3. 06. B. 42591.

Für diese Anmeldung ist bei der Prüfung gemäß dem Unionsvertrage vom $\frac{20.\ 3.\ 83}{14.12.00}$ die Priorität auf Grund der Anmeldung in Frankreich vom 22. 3. 05 anerkannt.

30g. 189958. Verschluß für Capillarröhren mit unebener Bruchfläche; Zus. z. Pat. 185213. Société Chimique des Usines du Rhône Anct. Gilliard, P. Monnet et Cartier, Paris; Vertr.: C. Fehlert, G. Loubier, Fr. Harmsen und A. Büttner, Pat.-Anwälte, Berlin SW. 61. 1. 2. 07. S. 24069.

30h. 189959. Verfahren zur Herstellung zusammengesetzter Tonerdelösungen. Dr. Rudolf Reiß, Charlottenburg, Grolmanstr. 27. 20. 12. 06. R. 23748.

30i. 189960. Desinfektionsmittel. Dr. Hans Schneider, Hamburg, Graumannsweg 55. 17. 2. 06. Sch. 25132.

30i. 189961. Verfahren zur Desinfektion von in Ballenform dicht zusammengepreßten Fasern. Verein für chemische Industrie, Frankfurt a. M. 25. 12. 06. V. 6928.

Gebrauchsmuster.

30f. 311503. Im Handgriff untergebrachter Antriebsmechanismus für Massageapparate. Dr. Friedrich Krauß, Weißer Hirsch b. Dresden. 30. 5. 07. K. 31201.

30f. 311944. Resonateur für elektro-medizinische Zwecke. Bohumil Jirotka, Pankow b. Berlin, Nordbahnstr. 17. 23. 4. 07. J. 7163.

30f. 311962. Vorrichtung zum Mischen von Gasen mit Flüssigkeiten durch beieinanderliegende Behälter mit Strahldüsen. Otto Bihlmaier, Braunschweig, Riddagshäuserweg 11. 1. 6. 07. B. 34715.

30i. 311972. Aus einem in ein durchlochtes Gehäuse eingehängten, mit aufsaugfähigem Material gefüllten Säckchen bestehender Desinfektions- und Luftreinigungsapparat. Eduard Holzapfel, München, Pettenkoferstr. 48. 10. 6. 07. H. 33667.

30k. 311947. Konisch gezogene Rein-Nickel-Hohlnadeln (Kanülen), mit zu Ansatzkonussen (Anschlußstücken) erweiterten Enden. Fa. Hermann Frommholz, Berlin. 14. 5. 07. F. 15622.

30a. 312285. Vorrichtung zum Einstellen intensiver Beleuchtung für verschiedene Tiefen der zu untersuchenden Körperkanäle bezw. Hohlräume. Georg Haertel, Breslau, Albrechtstr. 42. 9. 3. 07. H. 32695.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin N. 4. — Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.
Druck von der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

